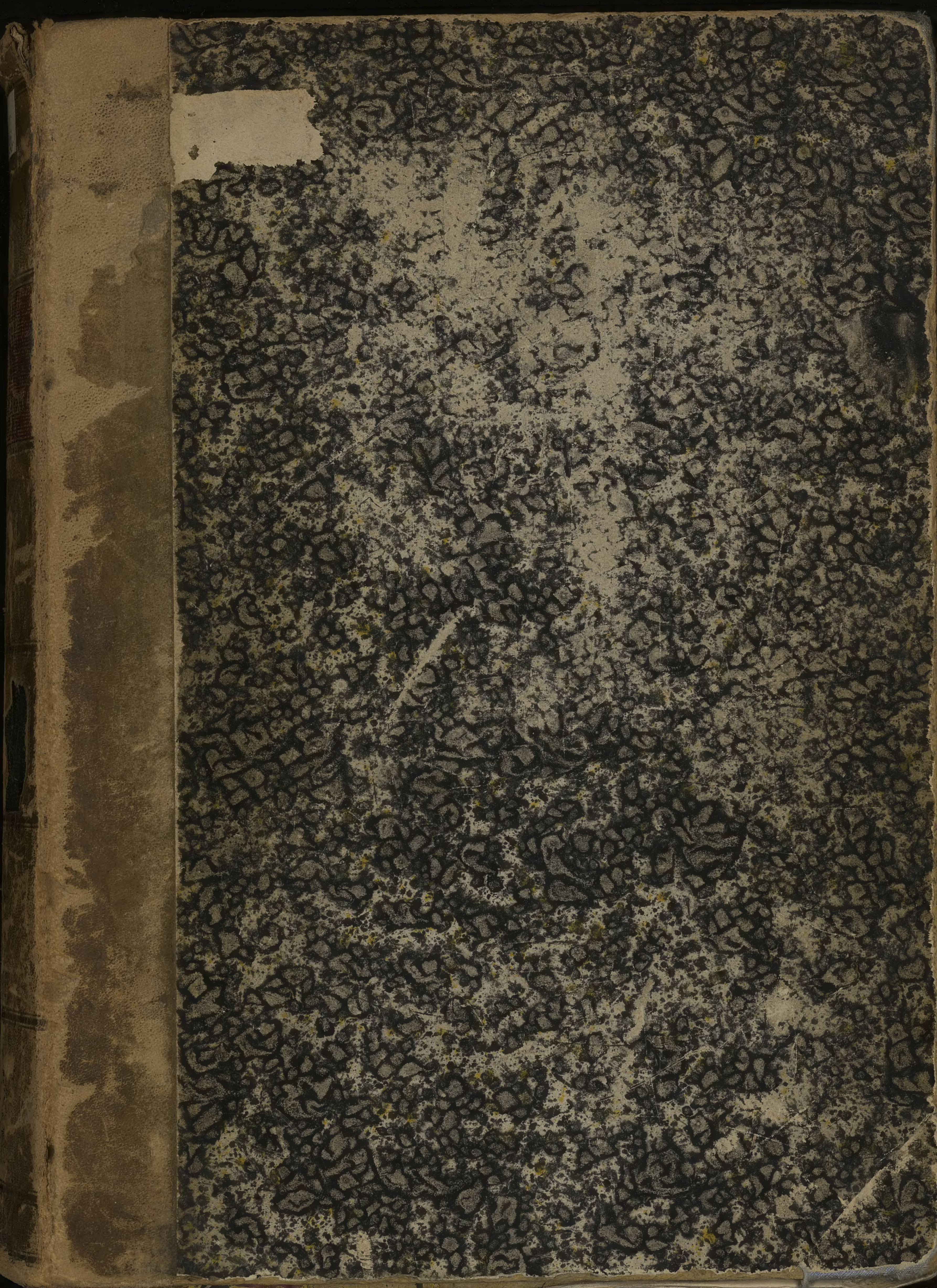
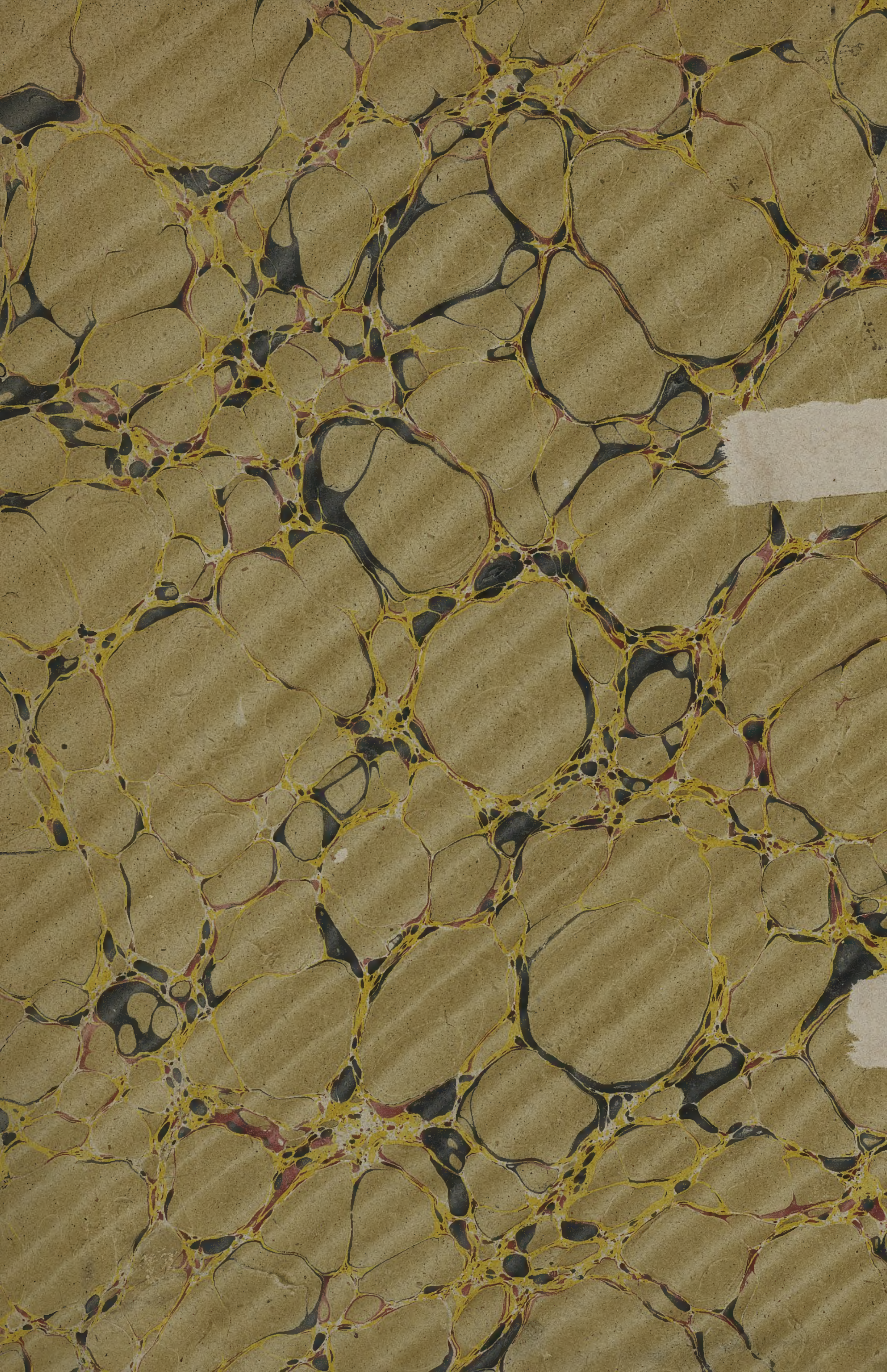
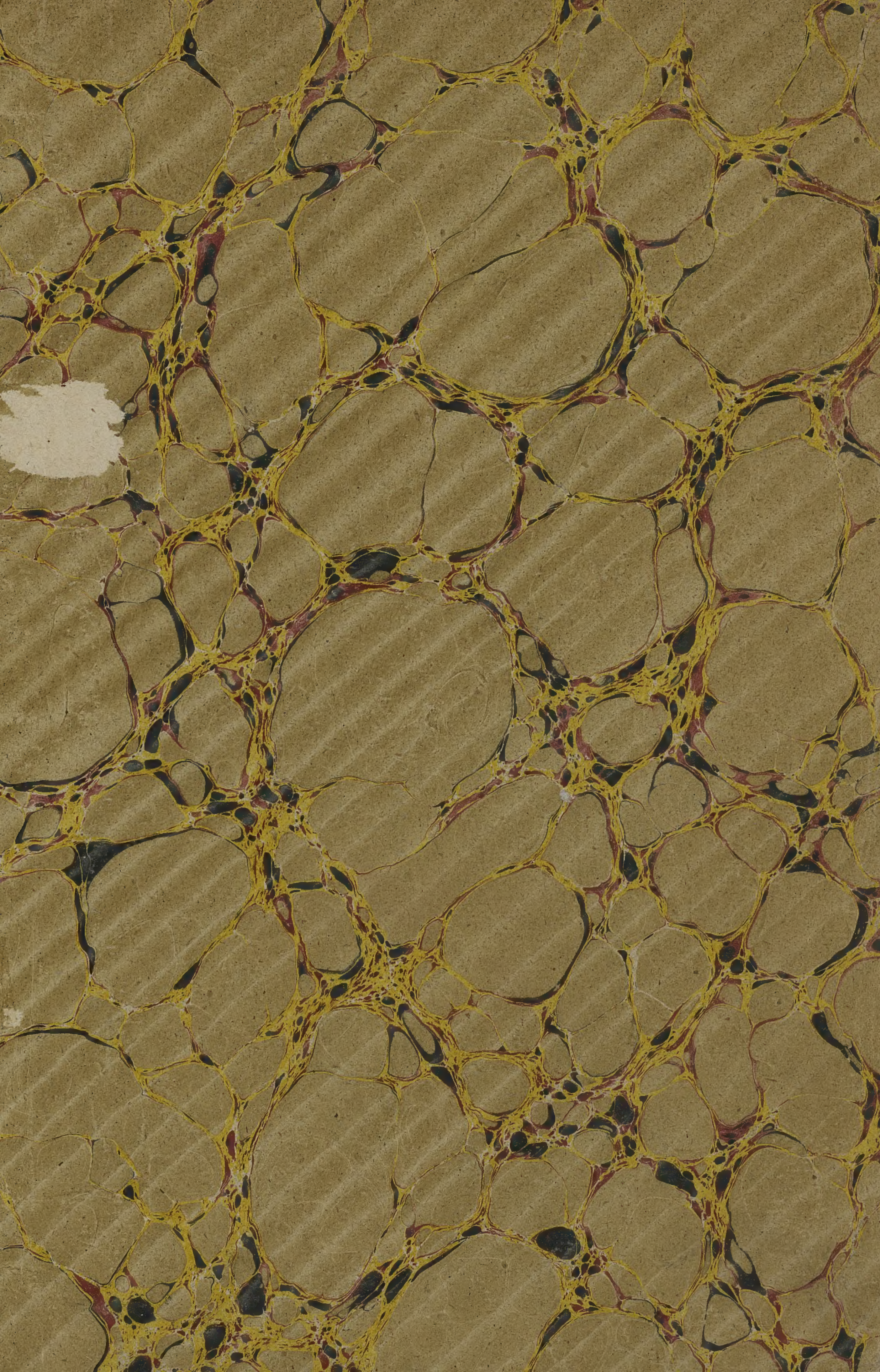
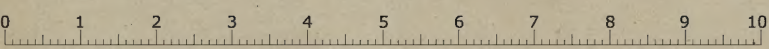








LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARIS

TYPOGRAPHIE GEORGES CHAMEROT

19, RUE DES SAINTS-PÈRES, 19

LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES



CINQUANTE-CINQUIÈME ANNÉE

1882

PARIS

BUREAUX D'ABONNEMENT : RUE DE L'ODÉON, 4

PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

1882

Un riche fermier de Normandie s'en va chasser avec quelques amis; c'est un homme jeune (trente ans), marié, sobre. Il traverse un pré, s'assoit et s'endort. Au bout d'un certain temps, ses amis, ne le voyant plus, l'appelant en vain de tous côtés, se mettent à sa recherche; ils le trouvent enfin, endormi, et le secouent de toutes façons inutilement pour le réveiller. On le transporte chez lui toujours endormi, et ce n'est qu'au bout de sept heures qu'on parvient à le réveiller. Le lendemain, même sommeil survenant subitement, alors qu'il ét[illegible] [illegible]ans sa cour. Et tous les jours ainsi, à dater de ce [illegible] s'endormait à des heures variables. La famille, [illegible]me fit appeler; je partis, je restai vingt-quatre [illegible] et pus constater chez cet homme un sommeil absolu[illegible]ypnotique, à ce point que sa femme le réveillait hypnotiquement aussi en lui soufflant sur le nez. Depuis cinq ans cet état persiste, et, en véritable fille d'Ève, sa femme joue avec son sommeil qu'elle développe hypnotiquement, le faisant causer, faisant de son mari une sorte de sujet.

J'ai connu une jeune fille plus hypnotique encore, dont le sommeil revenait périodiquement chaque jour à huit heures précises; qu'il fît jour, qu'il fît nuit, que la pendule avançât ou retardât, elle s'endormait à une heure fixe et toujours la même.

Un chef-d'œuvre en ce genre, un comble! c'est l'observation de cette comtesse belge s'endormant chaque soir pendant deux ans, à neuf heures précises, quoiqu'elle fît, restant figée pour ainsi dire dans l'action commencée au moment du sommeil. Mais là s'ajoutait la catalepsie. Elle restait fixe, la bouche ouverte, dans la même position jusqu'au lendemain matin.

Ces faits exposés, étudions le sommeil d'autre façon. Un individu a l'appétit du sommeil; au lieu d'y succomber, il s'en défend et lutte. Il se fait alors chez lui le travail suivant, composé de données en apparence contradictoires. Il appelle à son aide tout ce qui peut l'empêcher de dormir, appelant aussi à lui, pour le repousser, tout ce qui peut le porter au sommeil.

D'autre part, un fait très-démontrant, c'est le bercement de l'enfant pour amener le sommeil, bercement physique par le mouvement imprimé au corps, bercement mental par la chansonnette qui l'accompagne le plus souvent; bercement que nous retrouvons dans un sermon, dans un cours ennuyeux, dans un orateur politique monotone, et contre lequel nous luttons si nous ne voulons pas céder au sommeil. On se berce aussi par sa propre pensée. On se donne ainsi volontairement le sommeil par un bercement quelconque, les uns au moyen de combinaisons de chiffres, de calculs répétés avec une certaine monotonie, d'autres en récitant des vers ou quelques dizaines de chapelet, ou quelque prière connue et maintes fois répétée. C'est, pour suivre notre comparaison avec l'appétit du sommeil, ce que l'on peut appeler la mastication du sommeil, pendant laquelle on détourne tout ce qui peut lui nuire, et l'on appelle tout ce qui peut le favoriser.

Par contre, il existe une catégorie d'idées tout aussi monotones qui, bien qu'elles soient des berceuses, ne bercent pas du tout, mais repoussent le sommeil; elles constituent, en terme pathologique ou psychique, des obsessions.

Il faut donc qu'une idée monotone soit volontaire, systématique, pour amener le sommeil, tandis que celui auquel une idée s'inspire est forcé de détruire l'obsession pour parvenir à s'endormir.

Enfin, indépendamment des empêchements moraux au sommeil, il existe encore un élément important, considérable; je veux parler de la posture à prendre. Nous sommes un peu comme le chien, qui pour s'endormir tourne plusieurs fois en rond jusqu'à ce qu'il ait trouvé une posture convenable.

La posture joue un très-grand rôle, et il faut, chez un malade, savoir y attacher une certaine importance. Elle intervient dans le sommeil en facilitant au système musculaire la plus grande somme de détente possible et aux organes splanchniques la plus grande liberté d'action. C'est même là ce qui distingue le sommeil naturel du sommeil hypnotique. Il y a donc une posture musculaire et une posture splanchnique nécessaires, dont l'importance varie selon l'état sain ou morbide de nos organes.

Enfin je dirai en post-scriptum que, de même que nous avons l'appétit du sommeil, de même nous avons aussi l'appétit du réveil, de telle sorte que la chronologie complète du sommeil comprend en réalité les cinq temps suivants: 1° Appétit du sommeil; 2° sommeil commençant; 3° sommeil dans son plein; 4° sommeil décroissant; 5° appétit du réveil.

HOPITAL NECKER. — M. Tréiat.

Lipome de la cuisse.

Il nous est entré dans le service ces jours derniers ce que j'appellerai un drôle de malade. C'est un homme de quarante-six ans, à l'œil intelligent, qui s'était présenté lundi à la consultation. Sa figure était anxieuse; il se plaignait de souffrir partout, on ne pouvait le toucher sans qu'il poussât un cri, c'était comme une véritable sensitive.

Je le fis entrer dans nos salles où je le laissai se reposer pendant vingt-quatre heures, me promettant de le chloroformiser, afin de savoir ce qu'il avait en réalité, les sensations douloureuses qu'il manifestait à la moindre palpation rendant toute exploration absolument impossible.

Cependant, le surlendemain, lorsque je m'approchai de son lit pour l'examiner, les énormes douleurs dont il se plaignait si vivement jusque-là avaient cessé en grande partie, et cette diminution, pour ainsi dire suâ sponte, nous indiquait d'avance le caractère de cet homme.

Méridional, né dans le Lot, faisant le métier de colporteur entre la France et l'Espagne, cet homme s'était, nous dit-il, toujours très-bien porté jusqu'à l'âge de quarante-un ans.

C'est donc il y a cinq ans qu'il a commencé à être malade.

A cette époque, en effet, il a éprouvé pour la première fois des douleurs dans le genou droit d'abord, puis dans le genou gauche également, douleurs qui devinrent assez vives pour le forcer à se soigner; le traitement dura longtemps.

Lorsque les douleurs disparurent enfin, sous l'influence de la médication à laquelle on avait eu recours, médication sur laquelle il ne nous fournit aucun renseignement bien précis, un foyer de suppuration se forma dans l'aine droite, bientôt suivi d'un foyer semblable dans l'aine gauche: tous deux ne furent bien certainement autre chose que des adénites suppurées, dont nous avons pu constater à l'entrée du malade les cicatrices parfaitement nettes.

Cet homme est maigre, mais d'une maigreur qui n'a rien de cachectique ni de maladif; le dos est voûté, mais nous devons nous rappeler qu'il exerce le métier de colporteur depuis plus de vingt-cinq ans, et nous ne trouvons chez lui aucune autre déviation de la taille. Nous ne constatons rien de particulier dans sa démarche qui puisse tenir à l'ataxie locomotrice: pas de douleurs fulgurantes, nul trouble de la sensibilité ni de la marche, qu'il ait les yeux ouverts ou fermés. Il ne tousse pas, il n'a pas de sueurs nocturnes, pas de diarrhée, en un mot aucun des symptômes de la tuberculisation pulmonaire ; il n'a jamais eu d'hémoptysies, et tout ce que nous pouvons remarquer, c'est une très-légère induration du sommet du poumon droit.

Serait-il scrofuleux? Actuellement, non ; mais il a été au moins très-lymphatique, et a pu être sujet, à une certaine époque, à des manifestations scrofuleuses. Peut-être aussi les adénites de la région inguinale, dont je vous parlais tout à l'heure, étaient-elles seulement le résultat de fatigues excessives dans le métier qu'il exerçait.

Quoi qu'il en soit, lorsque nous l'avons examiné, nous avons constaté l'existence, à la partie antérieure et supérieure de la cuisse droite, d'une tuméfaction considérable, qui était très-douloureuse au toucher le jour et le lendemain de son entrée. Mais, hier, j'ai pu la palper de toutes les façons sans développer aucune douleur ; elle était absolument insensible. Les téguments qui recouvrent cette tumeur n'ont subi aucune modification. Les muscles de la région se contractent facilement, la flexion et l'abduction des muscles contraires sont conservés et se dessinent nettement, mais il n'en est pas de même du droit antérieur, la cuisse peut être fléchie facilement. La tumeur que nous observons sur la face antérieure de la cuisse est donc située sous les muscles superficiels de la région.

L'artère fémorale est soulevée par la tuméfaction, l'on voit très-nettement ses battements à travers les tissus qui la recouvrent. De plus la tumeur, n'entravant en rien les mouvements de l'articulation coxo-fémorale, n'intéresse pas celle-ci, n'en provient pas, ne l'entoure pas immédiatement, en un mot n'a aucun rapport avec cette articulation.

Cette tuméfaction est limitée en haut par l'arcade fémorale; en bas elle s'étend de façon qu'il est impossible de la circonscrire, et elle paraît cesser immédiatement vers la partie supérieure du triangle de Scarpa. Quant à savoir si elle est fluctuante, il faut, pour se prononcer avec quelque certitude, y regarder à plusieurs fois et avec le plus grand soin, et ce n'est qu'après un examen des plus attentifs que je puis répondre négativement. Cette tumeur est molle, et sa consistance est celle d'un lipome.

Je dirai à cette occasion, entre parenthèses, qu'il m'est arrivé une fois de traiter comme un kyste des gaines tendineuses de la main, tant elle en avait tous les caractères, une tumeur qui n'était autre qu'un lipome. J'étais même tellement convaincu de l'existence d'une tumeur kystique que je la ponctionnai avec le trocart qui sert aux opérations d'hydrocèle, et l'issue d'aucun liquide modifia si peu ma manière de voir que je ponctionnai de nouveau deux fois encore avec un gros trocart, mais toujours en vain. Ce ne fut que lorsque je vis un peu de tissu adipeux s'engager à travers l'orifice que je consentis à reconnaître que j'avais affaire à un lipome. Alors seulement je me décidai à en faire l'ablation, et le malade guérit parfaitement; j'ai présenté dans le temps l'observation à la Société de chirurgie.

Ici, chez le malade qui nous occupe, nulle illusion sur la présence d'un kyste n'est possible, la tumeur ne se déplace pas. De plus, le palper du ventre nous fait reconnaître un cordon dur, indolent, sans fluctuation, et parallèle au muscle psoas-iliaque droit.

Le diagnostic est en somme très-difficile : les apparences de la tumeur, sa sensibilité jusque dans ces derniers jours, la date du début, les bubons antérieurs, le rhumatisme ancien des genoux, la corde dure parallèle au psoas-iliaque, la tuméfaction énorme de la cuisse, perr[illegible]ertain nombre d'hypothèses.

Serait-ce un abcès par compression, d'o[illegible]ahissa[illegible] apparaissant dans l'aine? Mais nous ne tr[illegible] pas la fluctuation d'une vaste tumeur, et, de plus, il [illegible]ste depuis hier aucune douleur le long de la colonne vertébrale.

J'ai vu deux fois par moi-même, et j'en ai causé avec mon collègue de la Faculté, M. Charcot, des ataxiques qui présentaient, comme cela est assez fréquent, des tuméfactions considérables au niveau des grandes articulations, ayant les apparences d'une sorte de lipome. J'ai même ponctionné l'une d'elles et il n'en est rien sorti, comme cela devait être du reste. De plus, ces tumeurs des ataxiques disparaissent généralement comme elles sont venues, si bien que l'on en est parfois à se demander si l'on n'a pas été victime d'une illusion. Notre malade ne présente absolument rien d'un ataxique.

Hier, en l'examinant, et réfléchissant que cet homme voyageait constamment en Espagne, qu'il était allé autrefois aussi dans les Antilles, la pensée me vint un moment que nous pourrions peut-être avoir affaire à quelque dilatation de vaisseaux et des ganglions lymphatiques.

Je me rappelai le fait que j'avais présenté à la Société de chirurgie qui avait étonné tout le monde, et que je n'avais diagnostiqué sans erreur que parce que j'avais eu l'occasion d'en entrevoir un cas à la Clinique, dans le service de Nélaton.

Bref, je songeais donc hier à la possibilité de pareille affection chez notre malade, lorsque, dans les mouvements de contraction de la cuisse, je vis le fascia-lata se soulever facilement, le couturier se dessiner et la tumeur rester située au-dessous de ses muscles. Pareille topographie ne pouvait être celle d'une tuméfaction des ganglions lymphatiques qui sont au contraire superficiels à ces muscles.

La tumeur que nous observons chez cet homme n'est donc pas une tumeur ganglionnaire ; du reste, elle n'en a ni la forme vermiculaire ni la lobulisation.

Les différentes tumeurs que nous venons de passer en revue étant ainsi écartées, il nous reste tout simplement un lipome, lipome profond développé chez un malade à apparences morbides étranges qui justifient l'expression de drôle de malade que j'ai prononcée en commençant. De plus, cet homme nous a avoué hier qu'il n'en avait jamais souffert, quoi qu'il nous eût dit, le jour de son entrée, et qu'il ne s'était aperçu de l'existence de sa tumeur qu'alors qu'elle avait acquis déjà un certain volume. Aussi, celle-ci ne lui occasionnant ni gêne ni douleur, je ne trouve nullement nécessaire de la lui enlever, d'autant plus que, par sa situation, elle ne compromet en rien la beauté de ses formes. Je ne serais même pas surpris qu'il ait profité de sa tumeur, en invoquant des douleurs excessives, pour venir passer ici quelques jours.

ARTHROTOMIE ANTISEPTIQUE (1)

Par M. le Dr Jules Bœckel (de Strasbourg), membre correspondant de la Société de chirurgie de Paris, etc.

VI

L'extraction des *corps étrangers articulaires* est assurément l'un des points les plus intéressants de l'histoire de l'arthrotomie antiseptique. A différentes reprises, cette importante question a [illegible]rtée devant la tribune de la Société de chirurgie [illegible] été po[illegible] [illegible]écemment encore, elle vient de donner lieu à [illegible] [illegible]n pleine d'intérêt, à propos d'un travail communiqué pa[illegible] Monod (3). La plupart des membres de cette savante compagnie approuvent l'opération en question. Plusieurs d'entre eux l'ont pratiquée un certain nombre de fois avec succès, de sorte qu'on peut la considérer comme définitivement acclimatée dans les hôpitaux de Paris. La statistique la plus récente, établie par Nepveu (4), a d'ailleurs démontré l'innocuité presque absolue de l'extraction à ciel ouvert sous le pansement antiseptique, comparativement à l'extraction directe, telle qu'on la pratiquait autrefois, ou à la méthode sous-cutanée de Goyrand. En effet, avant 1867, ces deux dernières donnaient une mortalité de 19 et de 9 p. 100; tandis que l'arthrotomie antiseptique n'accuse jusqu'à présent qu'une mortalité qui n'atteint pas 3 p. 100. Sans doute, ainsi que le fait observer Tillaux, il s'agit de poser des indications nettes et précises : ne pas intervenir lorsque le corps étranger n'est pas flottant, lorsque le malade n'éprouve qu'une gêne modérée. Mais, avec Verneuil, on peut affirmer « qu'il est certain que, si la thérapeutique donne un procédé facile et innocent, on aura le droit d'opérer plus souvent ».

A propos de certains détails opératoires, deux points ont surtout fixé l'attention : le drainage et la suture. M. Nicaise pense que le drain n'est nécessaire que lorsqu'il y a inflammation de l'articulation ou épanchement d'une assez grande quantité de liquide. M. Lucas-Championnière admet que le drain est toujours nécessaire, mais que bien souvent il serait possible de l'enlever plus tôt qu'on ne le fait. M. Verneuil rejette la réunion immédiate et partant le drainage dans ce genre d'opération.

Dans une des opérations qui me sont propres, j'ai réuni la plaie sans la drainer; il faut dire que l'incision mesurait à peine 2 centimètres, que l'hémorrhagie avait été absolument nulle, que le corps étranger (aiguille) était de petite dimension, que les manœuvres nécessitées pour l'extraction avaient été facilitées par la position verticale de l'aiguille, toutes circonstances favorables à la réussite de l'entreprise (obs. XVIII). Malgré ce succès, j'ai jugé plus prudent de placer un drain chez mon deuxième opéré (obs. XIX), après avoir réuni la synoviale par trois points de suture au catgut, et la peau par un nombre égal de sutures métalliques. Un insuccès observé sur une malade de M. E. Bœckel (voir *Gaz. méd. de Strasbourg, loc. cit.*) et tenant ainsi qu'il le dit lui-même à l'absence de drainage, avait contribué à me rendre plus circonspect sous ce rapport. Mon avis est donc que, lorsqu'on aura suturé la plaie, il sera plus prudent d'insérer un tube à l'un des angles, à la condition de le retirer de bonne heure; je crois que, lorsque l'articulation est saine, on le supprimera avec avantage au bout de vingt-quatre heures, comme je l'ai fait dans ma deuxième opération. Quant à la question de savoir si en général il vaut mieux suturer ou ne pas suturer la plaie, je partage l'opinion de M. Lucas-Championnière, qui est partisan de la réunion; on évite ainsi les guérisons longues et par conséquent les raideurs articulaires.

(1) Suite. — Voir le numéro du 31 décembre 1881.

(2) Communication de Verneuil in *Bull. et Mém. Soc. chir. de Paris*, t. IV, nouvelle série, p. 717 et suiv.

(3) *Ibid.*, t. VI, p. 490, etc.

(4) *Ibid.*, t. VII, no 10.

Obs. XVIII. — *Corps étranger (bout d'aiguille) introduit dans le genou. Arthrotomie. Pansement de Lister. Guérison en six jours. Exeat le treizième jour.* (Malade présentée à la Société de médecine de Strasbourg) (1). — Marie D... quatorze ans, entre le 15 novembre 1875 au no 15 de la salle 34. Elle était en train de coudre et avait fixé une aiguille dans sa robe au niveau du genou droit, lorsque son petit frère, se jetant sur elle, enfonça l'aiguille dans les chairs; on l'amena aussitôt à l'hôpital, où elle se présenta à la consultation de M. Jules Bœckel.

L'aiguille est entrée un peu en dehors et au-dessous du bord supérieur de la rotule; elle n'est plus visible à l'extérieur et paraît placée verticalement.

On chloroformise la jeune fille, après quoi M. J. Bœckel pratique au niveau de la piqûre une incision longitudinale de 2 centimètres de longueur; il arrive jusqu'au cul-de-sac sous-tricipital de l'articulation du genou qu'il fend à son tour et au dessous duquel le condyle externe du fémur est visible. A ce moment, une certaine quantité de synovie s'écoule au dehors. Saisissant la pointe de l'aiguille qui apparaît à ce moment, il la retire à l'aide d'une pince à pansement. Le bout d'aiguille mesure 0m,025; quatre sutures métalliques ferment la plaie. Le membre est immobilisé dans une gouttière plâtrée postérieure. Pansement de Lister. Le spray a fonctionné pendant toute la durée de l'opération.

Le 16. TM. 37°,2; TS. 37°,2. Aucune réaction; douleurs nulles.

Le 17. 38°; 37°,6.

Le 18. 37°,6; 37°,1. Enlèvement des deux sutures inférieures. Absence absolue de pus.

Le 24. Enlèvement des deux sutures restantes. Réunion parfaite sans une goutte de pus. On applique un carré de ouate sur le genou et on laisse l'appareil plâtré en place jusqu'au 1er décembre.

Exeat le 2 décembre. Les mouvements de l'article sont parfaitement libres.

La malade est présentée à la Société de médecine de Strasbourg le 6 janvier 1876.

Guérison maintenue depuis lors, sans complication ultérieure.

Obs. XIX. — *Corps libre de l'articulation du genou. Arthrotomie antiseptique. Extraction. Guérison par première intention après trois pansements.* — M. J. H..., dix-huit ans, candidat à l'École polytechnique, entre le 27 septembre 1881 au no 30 de la salle 103, que je dirigeais en l'absence de M. E. Bœckel. Il est atteint depuis plusieurs mois d'un corps étranger du genou gauche. L'étiologie de son affection mérite d'être notée. Au mois de décembre 1880, il s'amusait à tirer sur l'extrémité d'une corde, pendant qu'un de ses camarades tirait la corde en sens inverse. Ce dernier eut la malheureuse idée de lâcher la corde à un moment donné. H... tomba en arrière sur le côté gauche. Au même instant il ressentit une vive douleur dans le genou, entendit un petit craquement sec et ne put se relever. Son genou enfla; le malade dut garder le lit pendant une huitaine de jours, au bout desquels il fut en état de marcher. Alors qu'il était encore alité, il prétend avoir senti un corps mobile dans le genou, au niveau du bord externe de la rotule; il avait les dimensions d'une lentille et était retenu en haut et en bas par un filament. Au mois de mars, le corps étranger, qui avait augmenté de volume, se détacha spontanément; le malade pouvait à volonté le faire passer sous la rotule et jusque dans le creux poplité, où il finit par se loger pendant

(1) V. *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1876, no 3, séance du 6 janvier 1876.

quelque temps. A partir de ce moment, des douleurs se manifestèrent au point de rendre la marche presque impossible et d'empêcher tout mouvement de flexion ou d'extension de la jambe. Depuis environ deux mois, le corps étranger a changé de place; on le sent au côté externe de la rotule, mais il fuit à la moindre pression, et il faut le concours du malade pour lui faire reprendre sa position primitive.

M. H... demandant à être débarrassé de son corps mobile, je me décide à pratiquer l'arthrotomie antiseptique.

Opération le 28 septembre. Précautions antiseptiques. Avant de chloroformiser le malade, on l'engage à faire saillir le corps étranger qu'un aide maintient fixé contre le bord externe de la rotule. Incision longitudinale de 5 centimètres 1/2 à 3 centimètres en dehors du bord externe de la rotule. Hémorrhagie insignifiante, nécessitant la torsion de quatre artérioles. La synoviale à nu, on fixe le corps étranger à l'aide d'une érigne pointue, avant d'inciser la capsule. Puis, celle-ci divisée, on retire le corps du délit avec une pince à griffe sans la moindre difficulté. Suture de la synoviale à l'aide de trois points de suture au catgut; trois sutures métalliques pour rapprocher les téguments. Petit drain introduit dans l'articulation. Pansement de Lister modifié. Immobilisation du membre sur l'attelle à pédale qui sert d'ordinaire pour les opérations sur la cuisse ou la jambe.

Le corps étranger est rond; il mesure 3 millimètres d'épaisseur et 14 millimètres de diamètre. Examiné au microscope, on constate que le centre est constitué par du cartilage vrai et le reste par des dépôts de fibrine. TS. 37°,8.

Le 29. TM. 37°,2; TS. 38°,5. Premier pansement, la mousseline contient une légère quantité de sérosité sanguinolente. Enlèvement définitif du drain.

Le 30. TM. 37°,4; TS. 37°,8.

Le 1er octobre. TM. 37°; TS. 37°,4.

Le 2. TM. 37°,3; TS. 38°. Enlèvement de deux sutures; légère hydarthrose du genou; du reste, pas de réaction. Ganglions inguinaux légèrement engorgés (1).

Le 3. TM. 37°,3; TS. 37°,8.

Le 4. 37°,5; 37°,6.

Le 5. 38°; 38°,2.

Le 6. 39°,5; 37°,4. Troisième pansement en présence de M. P. Berger, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Enlèvement des deux dernières sutures. Réunion parfaite. L'hydarthrose a diminué. L'engorgement ganglionnaire a disparu.

Le 7. TM. 37°; TS. 37°,5.

Le 8. 37°; 37°,6.

Le 13. Enlèvement de l'attelle. Pansement compressif simple.

Le 14. Le malade quitte l'hôpital complètement guéri.

Il se présente à la consultation vers la fin du mois. La guérison ne s'est pas démentie. Les mouvements du genou sont parfaitement conservés. Le malade peut sans difficulté amener le talon au contact de la fesse.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Traitement de l'ophthalmie purulente des nouveau-nés. — Toucher, matin et soir, la surface de la conjonctive avec un pinceau trempé dans la solution suivante :

Collyre. . .	Nitrate d'argent. .	25 centigr.
	Eau.	10 grammes.

Immédiatement après le pinceau imbibé de la solution au nitrate d'argent, passer sur les conjonctives un second pinceau imbibé d'une solution de chlorure de sodium. Par cette seconde manœuvre, on neutralise l'excès de nitrate d'argent qui, libre à la surface de la muqueuse, ferait l'office de corps étranger et deviendrait irritant.

Tel est le procédé à employer, dit M. Galezowski, sans se préoccuper de l'abondance de la suppuration, de l'intensité des chémosis ou du plus ou moins mauvais état de la cornée. Le principe de la méthode est donc : cautérisation deux fois par jour avec une solution de nitrate d'argent au 1/40°. (*Recueil d'ophth.*)

Collyre antiseptique. — Dans le cas d'ulcère rongeant de la cornée, des compresses imbibées du liquide suivant seront appliquées sur l'œil :

Acide salicylique.	1	gramme.
Acide borique.	3	—
Eau distillée.	100	—

Faites dissoudre.

On s'efforcera, en outre, d'arrêter la marche envahissante de l'ulcère par la cautérisation ignée, pratiquée d'une manière légère et superficielle, au moyen d'une petite olive pointue. Cette cautérisation, qui n'est pas douloureuse, a besoin parfois d'être répétée; elle abrège sûrement la durée du traitement.

Il est important de s'assurer que l'acide borique ne renferme pas de sels de plomb, comme cela arrive souvent, car il en résulterait un danger sérieux pour l'œil. (*Monit. de la policl.*)

Cataplasmes contre les engelures ulcérées. — M. le docteur Ernest Besnier prescrit les cataplasmes suivants : on fait bouillir des feuilles de noyer dans une petite quantité d'eau, on les hache et on en prépare un cataplasme qu'on applique sur les engelures ulcérées des sujets scrofuleux. De plus, il faut combattre la diathèse scrofuleuse par l'usage de l'huile de foie de morue, du sirop antiscorbutique, des préparations de quinquina et des ferrugineux. (*Union méd.*)

Traitement des vers intestinaux. — Le docteur Baylet prescrit un paquet, chaque matin, à jeun, de l'une des préparations suivantes dans une cuillerée à café de miel; boire immédiatement après une infusion légère d'une plante aromatique, comme la menthe poivrée :

1° Pour un enfant de moins de trois ans :

Santonine.	10 centigrammes.
Calomel à la vapeur.	25 —

Divisez en huit paquets.

2° Pour un enfant de trois à douze ans :

Santonine.	20 centigrammes.
Calomel à la vapeur.	40 —

Divisez en huit paquets.

3° Pour un adulte :

Santonine.	40 centigrammes.
Calomel à la vapeur.	10 —
Poudre de julep	20 —

Divisez en huit paquets. (*Monit. de la policl.*)

Emploi de l'huile d'olive contre les calculs biliaires. — Lorsque de vives douleurs revenant périodiquement indiquent la présence de calculs dans la vésicule biliaire, le docteur R. Kennedy prescrit l'huile d'olive à hautes doses. Pour un adulte, il en ordonne 180 grammes au moment du coucher et, le lendemain matin, une dose copieuse d'huile de ricin. Si les calculs ne sont pas expulsés le lendemain et que les paroxysmes se reproduisent, il administre une nouvelle dose d'huile d'olive et répète le même traitement au bout de quelques semaines, quand les coliques hépatiques viennent à se reproduire.

Dans les observations rapportées par le docteur Kennedy, les malades ont expulsé une grande quantité de calculs ramollis, faciles à écraser, variant de grosseur et de forme. Administrée à quelques semaines ou à quelques mois d'intervalle, l'huile d'olive empêche momentanément la formation de nouveaux calculs biliaires; mais elle ne suffit pas pour combattre la diathèse qui en provoque le retour. (*Union méd.*)

Potion à l'alcool et à la créosote contre le choléra infantile. — M. le docteur Demme (de Berne), dans la diarrhée des

(1) Ce symptôme a également été signalé par Nicaise tout dernièrement.

enfants soumis à une alimentation prématurée, ne se contente pas de faire revenir à l'allaitement. Il conseille l'alcool, soit concurremment avec le benzoate de soude, soit avec la créosote, de la façon suivante.

Il prescrit toutes les vingt-quatre heures outre les tetées :

Cognac.	2 à 5 grammes.
Créosote	1 centigr.
Gomme de goudron.	1 à 5 grammes.
Eau distillée.	50 —

Chez les enfants très-jeunes, la quantité d'alcool, d'abord de 2 grammes, sera portée progressivement à 5 grammes. Le but de cette potion est à la fois de stimuler la nutrition et d'empêcher la formation trop abondante des microscopores qui encombrent les glandes intestinales. (*Journ. des connaiss. méd.*)

Moyen pour masquer le mauvais goût de l'huile de foie de morue. — M. le docteur de Pontèves recommande de mêler intimement une cuillerée à bouche de cette huile avec un jaune d'œuf et dix gouttes d'alcoolat de menthe, puis un verre d'eau et du sucre, de manière à obtenir un lait de poule qui diffère très-peu du lait de poule ordinaire. De la sorte, on ne retrouve ni le goût ni l'odeur caractéristiques de l'huile de foie de morue et les malades prennent le liquide sans répugnance aucune. En outre, l'huile étant rendue miscible avec l'eau en toutes proportions, est véritablement émulsionnée comme les graisses au moment où elles pénètrent dans les vaisseaux chylifères, par conséquent l'absorption en est plus assurée. (*Journ. de méd. et de pharm.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

éance du 28 décembre 1881. — Présidence de M. DE ST-GERMAIN.

COMMUNICATIONS

Anesthésie par le chloroforme. — M. TILLAUX présente une brochure de M. Regnauld dans laquelle se trouvent les indications nécessaires pour reconnaître le plus ou moins de pureté du chloroforme.

M. FORGET rappelle avoir publié, en 1852, dans l'*Union médicale*, un mémoire sur le chloroforme. Dans ce mémoire, il arrivait à cette conclusion : que le chloroforme pur et bien employé pouvait donner la mort, et que nous ne connaissions encore aucun moyen de prévoir ou de prévenir les accidents mortels.

Côlotomie lombaire. — M. TILLAUX partage l'opinion de M. Trélat sur l'utilité de l'anus lombaire, surtout comparativement à l'anus iliaque. En effet, la position de l'anus lombaire est bien préférable, à divers points de vue, entre autres au point de vue de l'accomplissement des fonctions génésiques ; ses indications très-formelles sont le cancer de l'intestin et le rétrécissement non cancéreux du rectum.

M. Tillaux présente un jeune homme de vingt ans qui, étant atteint de rectite avec rétrécissement, a été opéré sans succès une dizaine de fois dans les hôpitaux de marine. Ce malade entra, en février 1879, dans le service de M. Tillaux, qui eut d'abord l'intention de pratiquer chez lui l'opération d'Amussat ; mais les adhérences du rectum rendaient impossible cette opération. Il se décida alors à lui faire un anus lombaire. Il importe, dit M. Tillaux, dans cette opération, de faire une incision verticale, de chercher le bord externe de la masse sacro-lombaire et d'éviter surtout de prendre le muscle carré des lombes pour la tunique musculaire de l'intestin. Les résultats de cette opération, pratiquée il y a trois ans, ont été aussi satisfaisants que possible.

Le malade, très-peu de temps après, sentait les besoins de la défécation, et, à moins que les matières ne soient absolument liquides, il a parfaitement le temps de prendre ses précautions.

M. TRÉLAT présente la femme dont il a parlé dans la dernière séance et qui a subi la même opération il y a moins d'un mois. Cette femme porte dans le rectum une tumeur de mauvaise nature, du volume du poing et tout à fait inaccessible. Elle a été singulièrement soulagée par l'opération.

M. DESPRÈS est surpris que ses collègues aient rencontré des cas où cette opération fût indiquée. M. Trélat a parlé, comme indication, du cancer inaccessible du rectum ; je crois qu'il est toujours possible de soulager ces malades sans recourir à une opération ; il suffit, pour cela, d'introduire le doigt et même la main aussi haut que possible dans le rectum pour rendre au canal sa lumière. J'ai eu recours plusieurs fois à ce procédé allemand, grossier, et je suis arrivé à faire rendre ainsi des matières et des gaz à des malades qui vomissaient déjà des matières fécaloïdes ; il suffisait, avant, de faire prendre tous les jours un grand bain et de leur donner ensuite de temps à autre des purgatifs légers ; dans d'autres cas, l'application d'un vésicatoire sur le ventre rend également de grands services. Ces moyens m'ont toujours suffi, et je n'ai jamais été obligé de recourir à l'opération conseillée par MM. Trélat et Tillaux. Quant au malade présenté par ce dernier, j'avoue que j'aurais hésité plus longtemps avant de lui pratiquer la côlotomie lombaire, attendu qu'avec du temps et de la patience la dilatation vient presque toujours à bout de ces rétrécissements non organiques.

M. LÉON LABBÉ se joint à M. Trélat et croit très-opportun de mettre le sujet en discussion. J'ai, dit-il, plaidé la même cause dans un mémoire lu, en 1879, à l'Académie de médecine, et je suis plus que jamais convaincu de l'utilité de cette opération. Je ne partage donc, en aucune façon, la manière de voir de M. Desprès, et je m'étonne que, dans sa carrière chirurgicale, déjà longue, il n'ait pas encore rencontré l'indication de cette opération. Il est des cas où la cause de l'anus artificiel doit être largement défendue.

J'ai pratiqué plusieurs fois l'ablation de cancers du rectum, opération palliative qui peut donner dix-huit mois, deux ans et plus de survie aux malades. J'ai opéré, il y a huit ou neuf ans, à la Pitié, une femme qui est morte dans le service de M. Lancereaux après six ans de guérison ; mais c'est là un fait exceptionnellement heureux. La survie habituelle obtenue, dans ces cas, est en moyenne de dix-huit mois. Or, contrairement à M. Desprès, je pense qu'un chirurgien n'a pas le droit de refuser de pratiquer une opération qui donne un pareil résultat.

Dans les cas où il s'agit d'un cancer inaccessible, ou dans les cas de rétrécissements infranchissables, c'est à l'anus artificiel qu'il faut avoir recours. Cette opération, surtout dans les cas de cancer, offre deux immenses avantages : d'abord, de remédier à des accidents immédiats d'obstruction; en outre, d'apporter un soulagement très-réel aux souffrances du malheureux malade. Une indication formelle, capitale, de cette opération, est donc d'agir contre les accidents d'obstruction et de retarder le développement de la maladie en supprimant l'irritation continuelle déterminée par le passage des matières.

Dans un cas de ce genre, j'ai pratiqué un anus artificiel dans la fosse iliaque ; il s'agissait d'un malade opéré d'un cancer du rectum deux ans et demi auparavant, ayant eu une récidive pour laquelle une seconde opération avait eu un résultat satisfaisant, et qui, un jour, fut pris subitement de tympanisme, de vomissements fécaloïdes ; c'était à prévoir, j'étais trop mal outillé et trop mal aidé pour entreprendre une côlotomie lombaire ; c'est là la seule raison qui m'a fait préférer la région de la fosse iliaque. Dans un autre cas, c'est à la côlotomie lombaire que j'ai eu recours. Je me résumerais donc en disant que, même dans les cas de cancer du rectum inopérable ou récidivé, il ne faut pas hésiter, lorsqu'il y a des phénomènes d'obstruction, à recourir à cette opération, qui place les malades dans une situation relativement très-satisfaisante.

ÉLECTIONS

Le bureau, pour l'année 1882, est ainsi constitué :

Président, M. Léon Labbé ; vice-président, M. Guéniot ; secré-

taire annuel, M. Nicaise; deuxième secrétaire annuel, M. Perrier; archiviste, M. Terrier; trésorier, M. Berger.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décrets en date du 29 décembre 1881, ont été promus dans la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur : M. Molard, médecin principal de première classe; Jossic, directeur du service de santé à Brest; Becquerel (Édouard), membre de l'Institut.

Au grade d'officier : MM. Reuille, médecin-major de première classe; Ollivier, pharmacien principal de première classe; Bréchemier, médecin en chef de l'hospice d'Orléans; Noury, médecin en chef de la marine; Marec, médecin de première classe de la marine en retraite.

Au grade de chevalier : MM. Letellier, Maurin et Deville, médecins-majors de première classe; Huchard, médecin-major de deuxième classe; Mather, pharmacien-major de deuxième classe; Couteta, Fesquet et Talloir, vétérinaires en premier; Delalain, inventeur d'appareils de chirurgie; Catelan, Éléouet, Roux, Doué, Riche, Palmade et Chéreux, médecins de première classe de la marine; Thomasset, Lacroix et Chevalier, médecins de deuxième classe de la marine; Vincent, médecin auxiliaire de deuxième classe de la marine; Pignet, pharmacien de deuxième classe de la marine; Gaiffe et Trouvé, constructeurs d'appareils d'électricité; docteur Vigouroux, inventeur d'instruments pour le traitement électro-thérapique.

— Par décret en date du 30 décembre 1881, ont été promus au grade de médecin-major de première classe : MM. Alibran, Viry et Hintzy.

— Le 15 décembre 1881, a été inauguré, à l'hôpital pour les femmes (*Hospital for women*, Soho square, W.), à Londres, le buste en marbre de son fondateur, le docteur Protheroe, Smith, ancien *assistant lecturer* à l'hôpital Saint-Barthélemy.

— Nous apprenons le départ de M. Girerd, rédacteur du *Siècle médical*, nommé chirurgien de la Compagnie du canal interocéanique, à Panama.

— M. le docteur A. Desprès, chirurgien de l'hôpital de la Charité, professeur agrégé de la Faculté de médecine, reprendra ses leçons de clinique chirurgicale le mercredi 11 janvier à neuf heures et demie, et les continuera les mercredis de chaque semaine à la même heure.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. Duter, docteur ès sciences, fera tous les mardis, à cinq heures du soir, à la Sorbonne, des conférences sur les différents points de la physique pour les candidats à l'agrégation des sciences physiques; tous les jeudis, à deux heures et demie, auront lieu les leçons faites par ces candidats.

M. Joly, docteur ès sciences, maître de conférences, fera, les lundis à huit heures du matin, des conférences sur quelques points de chimie minérale et de chimie organique pour les mêmes candidats, dont les leçons auront lieu le jeudi à cinq heures du soir.

Les conférences et les manipulations sont réservées aux boursiers de la Faculté et aux personnes pourvues du diplôme de licencié ès sciences physiques qui se feront inscrire au secrétariat de la Faculté des sciences.

— *Avis.* — Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 12175.

Eaux minérales de Vals.

Acidules, Gazeuzes, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre.	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude...	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse.	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.021	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux :* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre.............. 1.33

Silicate acide, Arséniate », Phosphate », Sulfate », — de chaux.. } sesqui-oxyde de fer

Chlorure de sodium..............

Matières organiques.............. } 0.44

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

Hématosine *de TABOURIN et LEMAIRE*

FERRUGINEUX PHYSIOLOGIQUE ASSIMILABLE.

L'**Hématosine** est la matière organique la plus riche en fer et, **point capital**, en **fer assimilable**.

Elle n'est pas attaquée par le suc gastrique, qui conserve intactes toutes ses propriétés pour les aliments, et elle passe comme une matière inerte de l'estomac dans l'intestin. — Elle se dissout seulement dans l'intestin en présence des sucs alcalins, et elle y est rapidement absorbée. — Arrivée dans le torrent circulatoire, elle se fixe sur les globules sanguins, se transforme immédiatement en hémoglobine et enrichit toute la masse du sang.

Dépôt dans toutes les Pharmacies.

VIANDE ET QUINA.

Vin Aroud au quina

et aux principes solubles de la Viande.

MÉDICAMENT ALIMENT d'une supériorité incontestable sur tous les vins de quina et sur tous les toniques et nutritifs connus, renfermant tous les principes solubles des plus riches écorces de quina et de la viande, représentant par 30 gr., 3 gr. de quina et 27 gr. de viande.— Prix: 5 fr.

Se vend chez J. Ferré, pharm., 102, *r. Richelieu*, successeur de Aroud, Paris, *et toutes pharm. de France et de l'étranger.*

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris, contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales pharm.

Rhumatismes. Guérison par la

Flanelle et la Ouate végétale du Pin sylvestre. REYNAUD, chemisier, rue de la Paix 22 Paris.

Delalain, DENTISTE, ✠, lauréat de la Faculté de

méd. de Paris. 138, bd St-Germain, pr. la Fac.

PHTHISIE, AFFECTIONS DES BRONCHES.

Capsules molles de Bourgeaud

à la **CRÉOSOTE VRAIE** du goudron de hêtre et à l'**Huile de foie de morue**. — *Récompense unique à l'Exposit. universelle de Paris*, 1878. Les seules expérimentées et employées dans les Hôpitaux de Paris. — BOURGEAUD, pharm. de 1re cl., fourn. des hôp., 20, r. de Rambuteau, Paris.

Capsules contenant 0,02, 0,05 et 0,10 de créosote. la boîte, 4 fr. — Vin et Huile créosotés conten, 0,20 de créosote par cuillerée, la bouteille, 5 fr.

Névroses. — Sirop Collas

au BROMURE double de POTASSIUM et de LITHIUM. — Dose: 2 à 3 cuillerées par jour.

Le *Bromure de Lithium* est un des plus puissants sédatifs dans le traitement des maladies nerveuses, car il contient 91,95 de Brôme pour 100 parties.

Diathèse urique. Pilules Collas

au BROMURE de LITHIUM. — Dose : 4 ou 6 pilules par jour.

Le *Bromure de Lithium* est un des meilleurs modificateurs de la *diathèse urique*, puisque un gramme de ce *Bromure* neutralise quatre grammes d'acide urique.

Dépôt pharmacie Collas, 8, r. Dauphine, Paris.

Bandages élastiques

DU DOCTEUR MARTIN.

Employés aussi avec le plus grand succès dans le traitement des varices, de l'érysipèle, de l'éléphantiasis, des entorses, tumeur blanche, et d'autres maladies des articulations et affections cutanées. Admis dans toutes les cliniques et hôpitaux de l'Amérique, de l'Angleterre, de l'Allemagne, etc. Envoi franco d'une brochure explicative sur la méthode Martin (traduite en français) sur demande.

Paris, M. Aubry, 6, boulevard Saint-Michel; MM. Collin et Cie, 6, rue de l'École-de-Médecine; MM. Galante et Fils, 2, rue de l'École-de-Médecine; M. Mathieu, 113, boulevard Saint-Germain; Pharmacie Roberts et Cie, 23, place Vendôme.

Exiger la signature ci-contre sur chaque bandage. Henry A. Martin

Se défier des contrefaçons.

Salicol Dusaule (ACIDE SALICYLIQUE ET MÉTHYLÈNE).

Désinfectant, antiseptique, cicatrisant.

D'une odeur agréable, remplace avantageusement, pour tous les usages, le coaltar et le phénol. le flac. : 2 fr., 97, r. de Rennes, et les pharmacies.

Coton iodé préparé par J. THOMAS

pharmacien de 1re classe.

Le Coton iodé est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique, dont on peut graduer les effets à volonté. On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hopitaux de Paris : le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc., ont été guéris, sans lésions de la peau, en un court espace de temps.

48, avenue d'Italie, Paris, et toutes les pharm.

Sirop Balsamo-diurétique

(à l'extrait de Buchu)

Contre toutes les *Maladies des voies urinaires*, spécialement le *Catarrhe chronique de la vessie*, l'*Irritation du canal de l'urèthre*, les *Maladies de la prostate*, l'*Incontinence de l'urine*, la *Gravelle urique*, etc. — Prix : 5 francs le flacon.

SWANN, ph.-chim., r. Castiglione, 12, Paris.

Produits de l'Eucalyptus

par DELPECH et ARDISSON.

Les CAPSULES A L'ESSENCE PURE D'EUCALYPTUS (*Eucalyptol*), l'Alcoolature, le Sirop, le Vin, le Liniment réussissent contre : *Affections du poumon, névralgies, migraines, rhumatisme, pansement et désinfection des plaies.*

La phie DELPECH, rue du Bac, 23, prépare les **Capsules à l'Extrait éthéré de Cubèbe.**

Sirop de Papaïne TROUETTE-PERRET.

Maladies d'estomac, gastrites, gastralgies, diarrhées chroniques, vomissements des enfants, etc. Une cuillerée à bouche après chaque repas.

Gros, 165, rue St-Antoine. Dépôt toutes phies.

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire; apaise les douleurs des reins et de la vessie; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : Deux francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou, et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

ANÉMIE, CHLOROSE, LYMPHATISME, HÉMORRHAGIES, LEUCORRHÉE, ALBUMINURIE.

Dragées Carbonel au perchlorure de fer pur.

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Prix : 4 fr. — Dépôt à Paris, maison Hugot. Avignon, phie Carbonel. — Envoi fo par poste.

MALADIES DE LA GORGE

DE LA VOIX ET DE LA BOUCHE

Pastilles de Dethan

AU SEL DE BERTHOLET (*chlorate de potasse*), contre les maux de gorge, angines, extinctions de voix, ulcérations de la bouche, scorbut et salivation mercurielle.

Adh. DETHAN, pharmacien, faubourg Saint-Denis, 90, Paris, et dans toutes les principales pharmacies de France et de l'étranger. Adh. Dethan

Granules antimoniaux du

docteur PAPILLAUD.

Rapport favorable à l'Académie de médecine de Paris.

Nouvelle médication contre les affections névrosiques, rhumatismales et hypertrophiques du cœur, l'asthme, le catarrhe et la phthisie à ses débuts.

Pharmacie E. MOUSNIER, à Saujon (Charente-Inférieure). A Paris, aux pharmacies : 1, rue des Tournelles; 141, rue Montmartre.

Farine LACTÉE Nestlé

Dont la base est le bon lait. 3 *Diplômes d'honneur* et 5 *Médailles d'or*. — 10 ans de succès. C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel et facilite le sevrage; avec lui, pas de diarrhée, pas de vomissements, la digestion en est facile et complète. Exiger la signature Henri NESTLÉ. — Gros : Christen frères, 16, rue du Parc-Royal. — Détail : Pharmacie Christen, 31, rue du Caire, Paris, et tous les pharmaciens.

Etablissement orthopédique

28, rue Lauriston (place de l'Étoile). Médecin en chef : E. Duval, fils du docteur *Vincent Duval*, lauréat de l'Institut, directeur pendant plus de quarante ans des traitements orthopédiques dans les hôpitaux civils de Paris, etc.

Traitement des difformités de la taille, du pied-bot, de la fausse ankylose du genou, des torticolis, des tumeurs blanches, de la hanche, des gibbosités, etc., etc. — Jardin, gymnase. — Consultations tous les jours de deux à quatre heures.

Rhumes, Grippes, Bronchites.

Sirop et Pâte de P. Lamouroux

45, rue Vauvilliers, et toutes pharmacies.

N° 2. — JEUDI 5 JANVIER 1882. 55e ANNÉE. JEUDI 5 JANVIER 1882. — N° 2.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Souhaitons la bienvenue au nouveau bureau de l'Académie. Après un discours dans lequel M. Legouest a retracé les travaux de l'année, M. le professeur Gavarret et M. le professeur Hardy ont pris place, l'un comme président, l'autre comme vice-président.

Il ne paraît décidément pas que la glycosurie soit une suite fréquente de l'impaludisme en Afrique, du moins à ce que semblent prouver les nouvelles recherches provoquées par le mémoire de M. Verneuil.

La discussion sur la vaccine est sans doute bien près de se rouvrir à l'occasion des expériences auxquelles va donner lieu un nouveau cas de cow-pox spontané.

On a écouté avec le plus vif intérêt une communication de M. Foville sur les maisons de santé écossaises pour les fous. Dans ces maisons la liberté individuelle est aussi grande que dans nos lycées, par exemple. Les portes ne sont pas fermées, mais les gardiens font l'office de pions, et il leur est recommandé d'employer le plus possible les moyens de douceur pour faire respecter le règlement. Ce règlement prévoit des heures d'étude et des heures de récréation. Les repas sont pris en commun, et les fous s'y rendent d'eux-mêmes au son de la cloche. La principale différence entre ces asiles et nos collèges, c'est que les deux sexes y sont représentés; on y a même grand soin d'entretenir les sentiments de coquetterie chez les femmes, les habitudes de politesse et de galanterie chez les hommes, et on y parvient sans difficulté. Cela tendrait à démontrer qu'entre les fous proprement dits et beaucoup de gens qui vivent de la vie ordinaire, il n'y a qu'une question de nuance. Il est d'ailleurs possible que les folies d'autrui aient pour effet de diminuer, par une sorte de réaction physiologique, la folie de ceux qui en sont témoins. On a déjà remarqué que les fils prennent souvent le contre-pied des manies de leurs parents.

La vie commune et réglée ne peut-elle pas, du reste, dans une certaine limite, fondre et assouplir les folies comme elle fond et assouplit les caractères? Selon notre cher maître, M. Lasègue, la folie n'est pas autre chose qu'un individualisme trop prononcé. On est aliéné, *alienus,* quand on devient étranger aux choses du dehors et aux impressions de la foule pour se renfermer uniquement en soi.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. HARDY.

De l'ictère émotionnel.

Le seize décembre, le malade dont je vais aujourd'hui vous entretenir éprouvait une violente émotion dans les conditions suivantes : cocher d'une voiture de remise, il était sur son siège, lorsque son cheval s'emportant tout-à-coup traversait bride abattue places et rues, sans que cet homme pût s'en rendre maître. Il s'attendait naturellement aux accidents les plus graves; il n'en fut rien, le cheval put être arrêté au milieu de sa course folle.

Ce jeune garçon, — il a vingt ans à peine, — rentra chez lui, encore en proie à l'émotion qu'il venait de ressentir; néanmoins il dîna comme d'habitude. Mais, dès le lendemain, à son réveil, il ressentait quelques malaises, de la courbature, et il avait un peu d'inappétence. Le surlendemain, le dix-huit, la peau de même que les conjonctives étaient complètement jaunes; mais il n'éprouvait d'autres symptômes qu'une grande fatigue générale et une lenteur dans les fonctions digestives.

La teinte ictérique ne disparaissant pas, il se décida le vingt-cinq décembre à entrer à l'hôpital, où je l'ai examiné le surlendemain. J'ai constaté tout d'abord cette coloration jaune pâle des téguments, coloration que l'on n'aperçoit bien qu'à la lumière du jour, coloration qui fait place momentanément à une raie blonde, si l'on passe rapidement la main sur la peau. Il n'existe pas de démangeaisons, aucun prurit, phénomène que l'on rencontre cependant fréquemment à une période avancée de la maladie. Le malade mange sans appétit, il a un peu de céphalalgie, sa langue est naturelle à la face dorsale, mais la face inférieure présente la teinte ictérique le long des veines ranines. Les fonctions digestives sont lentes, les garde-robes sont un peu décolorées, grisâtres, mais elles n'ont pas le caractère argileux qu'elles présentent habituellement.

Les urines sont troubles, foncées comme de la bière brune, et, si on les agite un peu, elles forment une mousse jaunâtre à la surface. Le pouls est lent et bat seulement cinquante-six fois par minute, la ligne d'ascension fournie par le sphygmographe est courte, peu marquée, le cœur ne

se contracte pas énergiquement. Il n'existe pas de rétrécissement aortique; on entend un bruit de souffle doux à la base du cœur et au premier temps. Ce phénomène est fréquent dans l'ictère; il est analogue, comme siège, comme temps et comme timbre, à celui que l'on constate chez les sujets anémiques; il est en rapport avec l'état du cœur et le défaut de tension des valvules qui fonctionnent d'une manière insuffisante.

Tels sont les phénomènes qu'il nous présentait avant-hier. Mais, dès ce matin, ils ont déjà diminué d'intensité, et le malade paraît devoir entrer bientôt en convalescence.

Nous sommes donc en présence d'un ictère caractérisé d'abord par la coloration jaune des tissus, par un affaiblissement des contractions du cœur et par un ralentissement dans la circulation du sang, ictère survenu à la suite d'une émotion violente, ictère qui ne s'est accompagné ni de douleurs dans la région du foie, ni d'augmentation de volume de l'organe hépatique, ni d'aucun phénomène d'embarras gastrique.

Comment l'ictère émotionnel se produit-il? Nous devons reconnaître là-dessus notre ignorance absolue, car aucune des explications qui ont été données ne nous paraît satisfaisante.

On a cherché à l'expliquer comme le résultat de l'embarras gastrique, mais chez un certain nombre de malades cet embarras n'existe pas. Andral a prétendu que les vaisseaux du foie étaient resserrés, que les cellules hépatiques étaient altérées, que la sécrétion biliaire se trouvait suspendue, et que par suite les matériaux propres à la sécrétion de la bile restaient dans le sang. Mais des analyses faites avec le plus grand soin, chez des individus non ictériques, ont prouvé que le sang ne renfermait pas de bile préformée. Enfin, une dernière explication consiste à invoquer la contraction des vaisseaux hépatiques, un spasme qui, venant mettre obstacle au cours de la bile, amènerait, par suite, la résorption de celle-ci. Or un spasme persistant pendant plusieurs jours, voire même pendant plusieurs semaines, me paraît difficile à accepter.

Quant au pronostic, il est léger, et l'ictère émotionnel guérit toujours, même s'il est abandonné à la nature; dans ce dernier cas, il disparaît un peu plus lentement.

Cependant le traitement auquel on a généralement recours a pour but : 1° d'exciter les contractions intestinales par deux ou trois purgatifs, dans l'espérance qu'elles s'étendront aux canaux biliaires; 2° de favoriser l'évacuation de la matière colorante qui est dans le sang en excitant la sécrétion rénale. C'est ainsi que l'on emploiera certains diurétiques, comme le chiendent, l'uva ursi, le nitrate de potasse. On y joindra des bains et une nourriture légère. Enfin, dans le cas où il surviendrait quelques phénomènes de débilité, on ferait appel aux amers, aux toniques et au quinquina.

Cela étant dit, je désire revenir sur l'un des phénomènes les plus importants au point de vue du diagnostic, présentés par les malades atteints d'ictère, je veux parler de l'état des urines.

Ici, chez notre malade, l'existence de l'ictère ne laissant aucun doute, l'examen des urines ne présente pas le même intérêt; mais il est des sujets chez lesquels la coloration de la peau est si peu marquée et pourrait si bien se confondre avec la teinte cachectique que cet examen devient absolument nécessaire. Il nous fournit du reste, à ce sujet, les indications les plus précieuses.

Pour reconnaître dans l'urine la matière colorante de la bile, il existe plusieurs procédés chimiques que M. Robin, chef de mon laboratoire, va vous expliquer avec toute la compétence que lui donnent ses recherches de chaque jour.

Procédés d'examen des urines. — Les procédés sont nombreux et variés, mais tous ont pour but de déceler le seul caractère commun que présentent les urines ictériques, c'est-à-dire la matière colorante de la bile. Les autres principes de l'urine n'ont aucune signification; en effet, si vous examinez l'urée, par exemple, vous verrez qu'elle fournit les écarts les plus grands dans le cas d'ictère, pouvant donner chez l'un jusqu'à 800 grammes en quatre jours, tandis que chez d'autres vous n'en trouverez que 8 à 10 grammes dans les vingt-quatre heures. Il en est de même des autres principes de l'urine, et, je le répète, la matière colorante de la bile nous donne, seule, des notions importantes; c'est donc sur elle que doivent porter exclusivement les recherches.

Le procédé le plus simple est celui de Rosenbach; il consiste dans une feuille de papier à filtrer, qui se colore en jaune dès qu'elle est trempée dans une urine ictérique, ce qui ne saurait avoir lieu, par exemple, dans les urines hémaphéiques qui colorent le papier en rose. Ceci est un premier caractère que vous compléterez en versant une goutte d'acide nitrique sur la tache jaune du papier. Il se produit alors une sorte de petite cocarde, dont le centre devient rose, tandis que la périphérie, d'un bleu violacé tout d'abord, prend peu à peu une coloration verte.

Un second procédé de réaction est celui de Smelling. Il consiste à verser lentement, le long des parois du verre qui contient un peu d'urine ictérique, de l'acide nitrique en petite quantité; on voit immédiatement se former une coloration verte, d'autant plus foncée que l'urine est riche en matière colorante de la bile. Mais ici deux précautions sont nécessaires : la première, de ne pas trop verser d'acide nitrique, sans quoi la coloration verte se trouve remplacée par une teinte rose; la seconde, de pas se servir d'acide nitrique pur, mais bien d'acide nitrique un peu vieux déjà, sans quoi l'on n'obtiendrait pas une coloration verte bien nette.

Un procédé actuellement employé en Allemagne est celui dans lequel on commence par traiter l'urine ictérique par des cristaux d'azotite de soude, puis on ajoute une goutte d'acide sulfurique, et la réaction qui se produit donne lieu à une coloration verte très-prononcée.

Parmi les autres moyens d'extraction de la matière colorante de la bile, nous devons citer celui de Smith par la teinture d'iode. Si, dans un tube contenant une urine ictérique, on verse quelques gouttes de teinture d'iode, très-doucement, il se forme dans le tube en haut un anneau violet, au-dessous un diaphragme vert, dû à la présence de la matière colorante de la bile, et il reste en bas la portion d'urine qui n'a pas été atteinte par l'acide. Puis, si l'on agite le tube, la teinture d'iode, se mêlant à l'urine, la colore entièrement en vert.

Enfin, j'ai un dernier point à vous montrer; c'est la manière de distinguer l'urine ictérique : 1° des urines dont la coloration foncée est due à l'action de la rhubarbe, du séné ou de la santonine; 2° des urines hémaphéiques.

Dans les premières, il suffira de traiter l'urine par un alcali, potasse ou ammoniaque, pour obtenir une coloration rouge, due à la présence de l'acide chrysophanique, des trois médicaments que nous venons de citer. Dans le cas d'urines

hémaphéiques, celles-ci seront colorées en rouge foncé, rouge acajou, par une ou deux gouttes d'acide nitrique.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Jules SIMON.

De la belladone.

I

Je veux aujourd'hui vous parler de la belladone, de ses différentes préparations, de son mode d'emploi et de son dosage.

La belladone est un médicament que l'on emploie très-fréquemment avec succès chez les enfants qui le supportent généralement bien, tandis que les adultes le tolèrent le plus souvent fort mal.

Les préparations que j'emploie chez l'enfant sont: la poudre, l'extrait, la teinture et le sirop, et, à côté, quelquefois aussi le sulfate neutre d'atropine.

Le dosage que je vais vous indiquer est le résultat d'une expérience, je puis dire, journalière tant à l'hôpital que dans la clientèle de la ville.

Je vous citerai à ce sujet les quatre observations suivantes. Le premier est celui d'un petit garçon de trois ans et demi atteint d'une coqueluche intense, auquel je donnais le 7 mars 1871, — le fait, vous le voyez, ne date pas d'aujourd'hui, — trente gouttes de teinture de belladone dans les vingt-quatre heures; le lendemain, 8 mars, j'en ordonnai quarante gouttes et le surlendemain soixante gouttes, toujours dans les vingt-quatre heures, dose que je continuais sans aucun accident jusqu'au 19 du même mois. Non-seulement le médicament était parfaitement toléré, mais encore la coqueluche de cet enfant était grandement améliorée.

Le second fait se rapporte à un enfant de quatre ans, également atteint de coqueluche, auquel j'arrivai à donner aussi soixante gouttes de teinture de belladone dans les vingt-quatre heures.

La troisième observation est celle d'un enfant, âgé aussi de trois ans, auquel j'ordonnai, pour la même maladie, quarante et cinquante gouttes de teinture de belladone dans le même espace de temps.

Enfin, le quatrième cas se rapporte à une fillette âgée de treize ans, malade de la ville, ayant de violents accès de toux de coqueluche, chez qui je prescrivis le même médicament, en commençant par dix gouttes. Je portai successivement la dose à des chiffres de plus en plus élevés, jusqu'à ce j'eusse atteint cent vingt gouttes en vingt-quatre heures. Le médicament fut très-bien toléré et ne produisit pas le moindre accident.

La poudre et l'extrait de belladone sont deux préparations que l'on associe très-bien pour faire de toutes petites pilules contenant chacune 1 centigramme de poudre et 1 centigramme d'extrait. Ces pilules sont très-bonnes chez les chlorotiques pour combattre la tendance à la constipation.

La teinture de belladone se donne aux doses suivantes :

Dès l'âge de deux ans de. . . .	5 à 10	gouttes.
A l'âge de trois ans de.	10 à 20	—
Au-delà de cet âge de.	30 à 40	—

mais en ayant toujours soin de commencer, dans ce dernier cas, non par le chiffre de trente à quarante gouttes, que nous indiquons ci-dessus, mais bien par une dose de dix gouttes dans les vingt-quatre heures.

Au-dessous de l'âge de deux ans, on ne donne pas la teinture de belladone, sauf quelques rares exceptions; dans ce cas la dose sera d'une à cinq gouttes à l'âge d'un an. Toutefois, et dans tous les cas, la dose ordonnée devra être constamment répartie en deux fois.

Quant au sirop, la dose est, pour un enfant de deux ans, de une à deux cuillerées à café, et, pour un enfant de trois ans, elle est de deux à trois et même quatre cuillerées à café, selon l'état nerveux dans lequel il se trouve, mais, je le répète, en ayant bien soin de répartir ces doses. Chez l'adulte, on ordonne généralement deux cuillerées à bouche, ce qui correspond à environ 30 grammes de sirop.

Si l'on a recours au sulfate neutre d'atropine, l'expérimentation m'a enseigné que l'on prescrirait chez un enfant de deux ans, par exemple, un demi-milligramme de sulfate neutre d'atropine, en élevant graduellement la dose du médicament jusqu'à 2 milligrammes par jour.

Voilà pour la médication interne.

La belladone est également ordonnée à l'extérieur sous différentes formes; ainsi, dans les arthrites, dans la coxalgie, on se sert avec avantage de l'huile belladonée comme liniment formé de :

Extrait de belladone. . . .	4	grammes.
— jusquiame. . . .	6	—
Huile de jusquiame. . . .	Q. S.	

On se sert aussi parfois de l'onguent napolitain additionné de 4 grammes d'extrait de belladone.

Dans les maladies des yeux, Velpeau formulait chez les enfants un collyre composé de 5 à 10 centigrammes de belladone dans 10 grammes d'eau, collyre dont on versait une goutte dans l'œil du malade. Quelques médecins ont poussé la dose jusqu'à 20 et 30 centigrammes; mais, des symptômes d'empoisonnement s'étant déclarés, on est bien vite revenu aux doses indiquées par Velpeau.

Autrefois, lorsque l'on avait une opération à faire sur le globe oculaire, on faisait des applications belladonées sur les paupières afin d'obtenir la dilatation de la pupille; aujourd'hui on y a à peu près généralement renoncé.

Enfin la pommade suivante, qui jouit d'une certaine activité, est très-bonne pour calmer et faire même disparaître les douleurs musculaires dans un certain nombre de cas :

Sulfate neutre d'atropine. .	20 à 30 centigr.
Axonge benzoïné.	30 grammes.

La belladone est donc un médicament très-actif et généralement bien toléré, et, de toutes les préparations à usage interne que nous avons citées, la teinture de belladone aux doses moyennes de dix gouttes chez un enfant ayant atteint l'âge de deux à trois ans, est la plus employée avec le sirop à la dose de une à deux cuillerées à café chez un enfant de même âge. Je préfère de beaucoup ces deux préparations au sulfate neutre d'atropine.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 janvier 1882. — Présidence de M. LEGOUEST.

CORRESPONDANCE

M. le ministre de l'instruction publique adresse à l'Académie une lettre ainsi conçue :

« Monsieur le secrétaire perpétuel,

« M. le président de la commission des pensions à accorder aux citoyens victimes de leur dévouement à la cause publique me

demande au nom de cette commission un état des savants tués ou blessés en faisant des recherches scientifiques. La commission désire que cet état porte sur deux ou trois périodes décennales, afin qu'il soit possible d'établir une moyenne. Je fais rassembler tous les documents qui permettront de dresser l'état que réclame la commission. J'espère, monsieur le secrétaire perpétuel, que vous voudrez bien m'aider à compléter ce travail en me fournissant les renseignements spéciaux que vous pourrez réunir.

« Recevez, etc. »

Le bureau propose de nommer une commission de six membres chargée de rédiger une réponse à M. le ministre de l'instruction publique, réponse qui sera soumise à l'approbation de l'Académie (adopté).

Sont désignés pour faire partie de cette commission : M. le président de l'Académie, M. le secrétaire perpétuel, MM. Legouest, Rochard, Léon Lefort et Dujardin-Beaumetz.

La correspondance non officielle comprend trois lettres de candidature : 1° de M. Bouchard, pour la section de pathologie médicale ; 2° de M. Farabeuf, pour la section d'anatomie et de physiologie ; 3° de M. Picot (de Bordeaux), pour le titre de correspondant national.

M. L. COLIN (du Val-de-Grâce) présente, au nom de M. Sorel, médecin-major de première classe, un mémoire manuscrit intitulé : *Recherches de la glycosurie chez les paludiques, examens négatifs*. Dans ce travail, M. Sorel établit que sur 35 malades atteints de fièvre d'Afrique, avec intoxication palustre et accès actuels, il n'a jamais trouvé le moindre atome de sucre dans l'urine, avant, pendant ou après l'accès.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT

M. PANAS présente un nouvel ophthalmoscope à deux observateurs, inventé par M. le docteur Coursserant.

INSTALLATION DU NOUVEAU BUREAU

M. LE PRÉSIDENT LEGOUEST prononce un discours dans lequel il rend compte des travaux accomplis par l'Académie pendant l'année qui vient de s'écouler. Il rend hommage aux membres que la mort a enlevés, Littré, Armand Moreau, Maurice Raynaud, Bouillaud et Briquet, et souhaite la bienvenue aux nouveaux élus, MM. Cusco, Besnier, Baudrimont et Marjolin.

M. Legouest cède ensuite le fauteuil à M. Gavarret, et invite M. le vice-président Hardy à prendre place au bureau.

COMMUNICATION

Découverte d'un nouveau cow-pox dans la Gironde. — M. DEPAUL lit, au nom de M. le docteur Dubreuilh (de Bordeaux), une note sur un nouveau cow-pox découvert par M. Landeau, médecin à Eysines (Gironde) sur une vache de onze ans, appartenant à un habitant du village de Laforet. On a fait avec ce cow-pox une série d'inoculations successives sur des génisses. La cinquième de ces génisses, inoculée vendredi dernier, a été adressée à l'Académie par M. Dubreuilh et va servir à de nouvelles expériences d'inoculation. M. Depaul rappelle qu'il y a dix-sept ans, il a renouvelé lui-même le vaccin de l'Académie à l'aide d'un cow-pox spontané découvert à Beaugency.

LECTURES

Note sur les nouveaux asiles d'aliénés de l'Écosse, ou asiles aux portes ouvertes. — M. FOVILLE, candidat au titre d'associé libre, communique à l'Académie les impressions qu'il a rapportées d'une visite qu'il a faite à l'asile de Lenzee près Glascow. Dans cet asile, le système du *non restreint* est appliqué jusqu'à ses dernières limites, c'est-à-dire que les malades, complètement libres en apparence, mangent à des tables communes où l'on a soin de faire alterner les sexes.

M. Foville dit que le temps n'est pas encore venu de juger d'une manière définitive le système en question. Il ajoute que son application restera très-limitée, et que, dans sa pureté, il ne pourra jamais être adopté chez nous. « Mais il est probable, dit M. Foville en terminant, que, d'une manière ou d'une autre, ce système provoquera des imitations partielles ou réduites, et qu'ainsi il contribuera indirectement à améliorer dans son ensemble le sort des aliénés de tous les pays. Il apportera donc un élément de perfectionnement à l'œuvre de nos célèbres compatriotes : Pinel, Esquirol, Ferrus ; c'est un motif suffisant pour le faire étudier avec faveur. »

RAPPORTS

M. CONSTANTIN PAUL lit un rapport sur le concours Vulpian-Gerdy. Trois places de stagiaires près les eaux minérales étaient vacantes, un seul candidat s'est présenté. Cet élève, M. Fraisse, a rempli d'une façon remarquable les conditions du concours, et la commission propose de lui accorder pour les quatre ans l'allocation de 1,500 francs, stipulée par M. Gerdy. M. le rapporteur rappelle que, d'après le règlement du prix Gerdy, une nouvelle somme de 500 francs peut être accordée chaque année au titulaire, s'il la mérite par ses travaux.

La séance est levée.

HOPITAUX DE PARIS

Le classement et la répartition des élèves internes et externes ont été arrêtés de la manière suivante pour l'année 1882 :

HÔTEL-DIEU. — Médecin : M. le professeur Germain Sée ; chef de clinique : M. Oulmont ; interne : M. Capitan ; externes : MM. Godet, Olive, Léonard, Carlier, Bonfils, Pignol, Charles, Legendre et de Tarnery.

Médecin : M. Vulpian ; interne : M. Merklen ; externes : MM. Moutier, Cohen, Chrétien et Charier.

Médecin : M. Hérard ; interne : M. Schæck ; externes : MM. Jeanton, Barbet, Guinon et Massaloux-Lamonnerie.

Médecin : M. Moutard-Martin ; interne : M. Valade ; externes : MM. Doyen, Pinard, Renouard et Tourneur.

Médecin : M. Empis ; interne : M. Richardière ; externes : MM. Cazals, Mauxion, Derville et Galtier-Boissière.

Médecin : M. Gallard ; interne : M. Petit ; externes : MM. Robert, Duroselle, Ribeton et Brochard-Rigaud.

Chirurgien : M. le professeur Richet ; chef de clinique : N... ; internes : MM. Courtade, Dalché et Bottey ; externes : MM. Thouvenet, Hillemand, Dupaquier, Masingue, Brochard, Fernandez de Armenteros, Wateau, Magnier et Despaigne.

Chirurgien : M. Le Fort ; internes : MM. Hue et Chaput ; externes : MM. Foubert, Duriau, Dupont et Leclerc.

Chirurgien ; M. le professeur Panas ; chef de clinique : M. Belloaurd ; internes : MM. Bernard, Métaxas et Beurnier ; externes : MM. Bourguet, Leclercq, Juberdis, Turquet, Petrescon et Dubourg.

HÔTEL-DIEU ANNEXE. — Médecin : M. Hutinel ; interne : M. Barbier, interne provisoire ; externes : MM. de Chateaubourg, Pouchaire, Joubert et Ladoucette.

Médecin : M. Roques ; interne : M. Renault, interne provisoire ; externes : MM. Piaggio, Rémignon, Bresson.

BUREAU CENTRAL (*services généraux*). — Externes : MM. Reverchon, Mouzon, Juronville et Renard.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — Médecin : M. le professeur Hardy ; chef de clinique : M. Josias ; interne : M. Derignac ; externes : MM. Vallin, Martin (Jean), Villar, Brutruille et Magniotis.

Médecin : M. Bernutz ; internes : MM. Jousset et Châtelier ; externes : MM. Desfossés, Aurière, Mairel et Guillet.

Médecin : M. Peter ; interne : M. Chauffard ; externes : MM. Leroy de Langevinière, Carlier, Rouillard et Parent.

Médecin : M. Laboulbène ; interne : M. Ollive ; externes : MM. Daima, Rauguedat et Pesme.

Médecin : M. Desnos; interne : M. Liandier; externes : MM. Bouygues, Triboul et Grimodie.

Médecin : M. Féréol; interne : M. Malecot; externes : MM. Hélie, Gouly, Chambert et Ruelle.

Chirurgien : M. le professeur Gosselin; chef de clinique : N...; internes : MM. Hache, Ozenne et Duflocq; externes : MM. Baena, Danecourt, Rieffel, Gioux et Loioille.

Chirurgien : M. Desprès; internes : MM. Boucli et Ladroitte; externes : MM. Weill, Varnier et Depierris.

Hopital de la Pitié. — Médecin : M. le professeur Lasègue; chef de clinique : M. de Beurmann; interne : M. Charrin; externes : MM. Doré, Nourrie, Deroche, Duhamel et Mulette.

Médecin : M. Dumontpallier; interne : M. Ricard; externe : MM. Leriche, Perdrier, Pozzi et Leplichoy.

Médecin : M. Audhoui; internes : MM. Greffier et Didion; externes : MM. Lemoine, Vilpelle, Secrétan et Lévy.

Médecin : M. Brouardel; interne : M. Siredey; externes : MM. Martin de Gimard, Fauvelle, Frétin et Crivellé.

Médecin : M. Lancereaux; interne : M. Menard; externes : MM. Casanova, Filibilin, Gaudichier, Maron et Richer.

Médecin : M. Cornil; interne : M. Babinski; externes : MM. Gibotteau, Reverchon, Melchior-Robert, Delon et Sarazin.

Chirurgien : M. le professeur Verneuil; chef de clinique : N...; internes : MM. Ramonat, Leclerc et Suchard; externes : MM. Turbert, Belin, Leviez, Regnault, Gosselin et Demoulin.

Chirurgien : M. Polaillon; internes : MM. Dayot, Gomot et Peltier; externes : MM. Blanc, Ménager, Faille, Baratier et Lefebvre.

Hopital Necker. — Médecin : M. le professeur Potain; chef de clinique : N...; interne : M. Sapelier; externes : MM. Chaslin, Moulinet, Torkomian et Denucé.

Médecin : M. Blachez; interne : M. Darier; externes : MM. Collache, Lefèvre, Engelbach et Balme.

Médecin : M. Grancher; interne : M. Netter; externes : MM. Genesteix, Claude, Berne et Figari.

Médecin : M. Rigal; interne : M. Boissard; externes : MM. Bernard, Mantel, Gaillard et Debaris.

Chirurgien : M. le professeur Trélat; chef de clinique : M. Campenon; internes : MM. Assaky, Baretta et Coudray; externes : MM. Bich, Desgoffe, Potherat, Souplet, Chavanne, Pouillaude et Andrieux.

Chirurgien : M. Guyon; internes : MM. Guyard, Dieterlen et Jamin; externes : MM. Fauchon, Duchastelet, Gomot, Dortel, Rambaud et Vallin.

Hopital Saint-Antoine. — Médecin : M. Mesnet; interne : M. de Molènes; externes : MM. Peigné, Camescasse, Hopin et Delhamoide.

Médecin : M. Hallopeau; interne : M. Tuffier; externes : MM. Cotton d'Englesqueville, Bouyer, Valat et Devis.

Médecin : M. Dujardin-Beaumetz; interne : M. Auvard; externes : MM. Rigolet, Monnet, Demars, Perrachon et Gustin.

Médecin : M. Hayem; interne : M. Giroudeau; externes : MM. Monique, Rousseau, Vivant et Michaux.

Médecin : M. Gouraud; interne : M. Lejard; externes : MM. Tostain, Taurain, Ruizy Diaz et Chaussart.

Médecin : M. d'Heilly; interne : M. Meunier; externes : MM. Barrère, Marieux, Weber, Schrœder et Barthe.

Médecin : M. Dieulafoy; interne : M. Soyer; externes : MM. Dupré (Arthur), Banvillet, Loyer, Benoît (Henri) et Demalin.

Service provisoire des varioleux. — Médecins : les médecins de l'hôpital à tour de rôle; interne : N..., interne provisoire; externes : MM. Jourdan, Pujol.

Chirurgien : M. Terrier; internes : MM. Verchère, Damalis et Gilson; externes : MM. Nance, Schreider, Rioudé, Saint-Martin, Huet, Boularan et Festal.

Chirurgien : M. Périer; internes : MM. Gautiez, Bonnaire et Catuffe; externes : MM. Detheil, Courtin, Besançon, Véret et Tétu.

Hopital Cochin. — Médecin : M. Bucquoy; interne : M. Brocq; externes : MM. Lepage, Bornèque, Lavie et Thomas.

Chirurgien : M. Th. Anger; internes : MM. Pillot, Marfan et Perrin; externes : MM. Lassègue, Bolognesi, Louis Oudaille, Ringeisen et Vignalon.

Chirurgien : M. Marchand; interne : M. Boulland; externe : M. Mosnier.

Hopital Beaujon. — Médecin : M. Millard; interne : M. Berthaut; externes : MM. Mullot, Hontong, Barbier, Charon et Villard (Maurice).

Médecin : M. Guyot; interne : M. de Gastel; externes : MM. Grattery, Girode, Semeloigne et Boquin.

Médecin : M. Gombault; internes : MM. Germond et Durand-Fardel; externes : MM. Hervé, Debrigode, Didier, Fleurot et Conil.

Médecin : M. Fernet; interne : M. Chantemesse; externes : MM. Cadiz, Carlet, Hirochfeld et Veil.

Chirurgien : M. Léon Labbé; internes : MM. Gendron, Luizy et Lebreton; externes : MM. Bœna, Grenet, Verdier, Delahaye et Gaume.

Chirurgien : M. Tillaux; internes : MM. Karth, Leprévost et Leval-Picquechef; externes : MM. Favrel, Mortinelli, Debraud, Raymond, Champseuil, Lauth et Muleur.

Hopital Lariboisière. — Médecin : M. Jaccoud; interne : M. Schmitt; externes : MM. Puistienne, Deregnaucourt, Heulz et Barland.

Médecin : M. Siredey; internes : MM. Martinet et Œttinger; externes : MM. Combarieu, Morin (Jean), Omont, Girat, Potocki, Inglessis et Pinel-Maisonneuve.

Médecin : M. Proust; internes : MM. Guinard et Cochez; externes : MM. Bogdan, Sardon, Dupré (Henri), Reboul, Henryet de Launay et Bessière.

Médecin : M. Constantin Paul; interne : M. Boiteux; externes : MM. Doit, Gaucherand, Gougelet et Gagnon.

Médecin : M. Bouchard; interne : M. Bourcy; externes : MM. Springer, Duron, Legrain et Carbon.

Médecin : M. Duguet; interne : M. Delpeuch; externes : MM. Bruneau, Bellet, Berthrin et Montprofit.

Chirurgien : M. Benjamin Anger; internes : MM. Morel-Lavallée, Proust et Bourdel; externes : MM. Crouslé, Blanche, Fournier, Levasseur, Conzette, Tardif, Besançon et Quéhéry.

Chirurgien : M. Duplay; internes : MM. Trousseau, Michaux, Defontaine et Barbulée; externes : MM. Mouton, Hischmann, Benoît (Léon), Didsbury, Dieudonné, Achard, Pallier et Pichevin.

Hopital Tenon. — Médecin : M. Gérin-Roze; interne : M. Luc; externes : MM. Fournie, Chatelain, Colin (René), Coumailleau et Roussel.

Médecin : M. Straus; interne : M. Artaud : externes : MM. Blocq, Cahn, Trilhe et Gellez.

Médecin : M. Rendu; internes : MM. Boulley et Pennel; externes : MM. Récamier, Picard, Lefflaine et Vallois.

Médecin : M. Sevestre; interne : M. Gibier; externes : MM. Loppé, Lullot, Hitier et Leblond.

Médecin : M. Huchard; interne : M. Tissier; externes : MM. Gillet, Courtade, Collin (Henri) et Fleury.

Médecin : M. Tenneson; interne : M. Chéron; externes : MM. Boutarel, Dupré (Pierre), Fournel et Planès.

Médecin : M. Joffroy; interne provisoire : M. Toupet; externes : MM. Thivet, Godeau, Torrès et Allix.

Médecin : M. Rathery; interne : M. Chochon-Latouche; externes : MM. Reyneau, Ledermann, Brémant et Guédeney.

Chirurgien : M. Delens; internes : MM. Carron, Boursier et Delatte; externes : MM. Lannes, Bourrel, Callais (Léon), Quermonne, Coulon et Chopard.

Chirurgien : M. Lucas-Championnière; internes : MM. Malibran, Barral et Doyen (Eugène); externes : MM. Dewevre, Farina, Grisel, Campart, Revel et Colombe.

Hopital Laennec. — Médecin : M. le professeur Ball; interne : M. Bellangé ; externes : MM. Villemin et Jondan.

Médecin : M. Ferrand ; interne : M. Bodinor ; externes : MM. Klippel, Michel, Rebité et Sadoc.

Médecin : M. Damaschino ; interne : M. Duplaix ; externes : MM. Moussaux, Chapotel, Couvet, Martha et Hollenfeltz.

Médecin : M. Legroux ; interne : M. Barbe ; externes : MM. Franceschi, Cazaux, Dubreuilh et Guy.

Chirurgien : M. Nicaise ; internes : MM. Uribe et Lueyrat ; externes : MM. Despréaux, Mouls, Jomesco, Roullaud et Robin.

Hopital des Tournelles. (Service provisoire.) — Médecin : M. du Castel ; interne provisoire : M. Ambresin ; externes : MM. Girard, Forgeot, Genet, Boulland, Legendre et Fouché.

Hopital Saint-Louis. — Médecin : M. le professeur Fournier ; chef de clinique : M. Barthélemy ; interne : M. Méricamp ; externes : MM. Basset, Portalier, Delaittre et Chartier.

Médecin : M. Laillier ; interne : M. Mathieu ; externes : MM. Weill, Cohen (Marcel), Lallemant et Fourrier.

Médecin : M. Guibout ; interne : M. Dauchez ; externes : MM. Meige, Jannin, Souques et Pinot.

Médecin : M. Vidal ; interne : M. Thurien ; externes : MM. Olivier, Barancy, Castri et Vénégas.

Médecin : M. Besnier ; interne : M. Sené ; externes : MM. Langlois, Baron, Bellon et Grenier (Louis).

Médecin : M. Ollivier ; internes : MM. Lecoq et Jouin ; externes : MM. Schoofs, Porquet, Lanal et Graverry.

Chirurgien : M. Péan ; internes : MM. De Brun du Boisnoir, de Langenhagen et Gailliot ; externes : MM. Parreno, Guérin, Larrivé, Hainaut, Letor et Rousseau.

Chirurgien : M. Le Dentu ; internes : MM. de Lapersonne, Pousson et Binot ; externes : MM. Alexandre, Ferraton, Rabeau, Bœhler, Jacquet (Lucien) et Matienzo.

Service provisoire. — Médecin : M. Labadie-Lagrave ; externe : M. Bayoux.

Hopital du Midi. — Médecin : M. Simonnet ; interne : M. Gilles de la Tourette ; externes : MM. Baradat, Caravias (Eugène) et Filhioud-Lovergne.

Médecin : M. Mauriac ; interne : M. Pignot ; externes : MM. Boiffin, Guerrier et Marty.

Chirurgien : M. Horteloup ; interne : M. Wickham ; externes : MM. Sainte-Marie, Lavaux et N...

Hopital de Lourcine. — Médecin : M. Martineau ; interne : M. Hamonic ; externes : MM. Hervé de Lavaux, Beluze et Aubert.

Médecin : M. Gouguenheim ; interne : M. Morin ; externes : MM. Colin (Joseph), Luquet et Rouillet.

Chirurgien : M. Berger ; interne : M. Ayrolles ; externes : MM. Archambault, Wilbien et Ballue.

Hopital des Enfants-Malades. — Médecin : M. Bouchut ; interne : M. Poupon ; externes : MM. François, Sabatier, Audrioux et Durup.

Médecin : M. Labric ; interne : M. Geffrier ; externes : MM. Bonnet (Jean), Chatelet et Branthommeau.

Médecin ; M. Archambault ; interne : M. Thibierge ; externes : MM. Barbaud, Dautel, Muller et Geoffroy.

Médecin : M. Jules Simon ; interne : M. Lacaze ; externes : MM. Boudet, Gonzalès et Héline.

Médecin : M. Descroizilles ; interne : M. Colleville ; externes : MM. Espaignet, Barzilay et Deschamps.

Chirurgien : M. de Saint-Germain ; internes : MM. Launois et Touaille de Larabrie ; externes : MM. Bouquet, Delaine, Lecorney, Bourgougnon, Peraire et Arragon.

Hopital Trousseau. — Médecin : M. Bergeron ; interne : M. Marey, externes : MM. Salicis, Sombut, Vauthier et Durien.

Médecin : M. Triboulet ; interne : M. Frémont ; externes : MM. Martin (Henri), Coculet, Mortin et Fauvel.

Médecin : M. Cadet de Gassicourt ; interne : M. Broussin ; externes : MM. Panné, Matringhem, Lapasset et Sciaky.

Chirurgien : M. Lannelongue ; internes : MM. Walther et Berne ; externes : MM. Berthod, Lachaud, Guinon, Renard, Cahen (Justin) et Armirail.

Hopital de la Clinique d'accouchements. — Chirurgien : M. le professeur Depaul ; chef de clinique : M. Ribemont ; externes : MM. Moulonguet, Rogier, Dagonet, Landa, Chayet et Lestocquoy.

Hopital de la Maternité. — Chirurgien : M. Hervieux ; interne : M. Marcigny.

Médecin : M. Tarnier ; interne : M. Olivier.

Maison municipale de santé. — Médecin : M. E. Labbé ; interne : M. Lavergne ; externes : MM. Binant, Martin de Magny et Oursel.

Médecin : M. Lecorché ; interne : M. de Gennes ; externes : MM. Longueville, Budor, Manut.

Chirurgien : M. Cruveilhier ; internes : MM. Brossard et Jardet ; externes : MM. Mouzon et Genestoux.

Chirurgien : M. Marc Sée ; internes : MM. Feulard et Ribail ; externes : MM. Diez et Vallet.

Hospice de la Vieillesse (femmes). — Médecin : M. Charcot ; interne : M. Marie ; externes : MM. Berbez, Delanef, Lyot et Regnier.

Médecin : M. Luys ; interne : M. Revilliod ; externes : MM. Laroussinie, Gommier, Pardo de Tavera et Leudet.

Médecin : M. Moreau ; interne : M. Poupinel ; externe : M. Maréchal.

Médecin : M. Auguste Voisin ; interne : M. Rivet ; externes : MM. Peugniez et Hautecœur.

Médecin : M. Legrand du Saulle ; interne : M. Legendre (Paul) ; externe : M. Bonnet (Stéphane).

Chirurgien : M. Terrillon ; interne : M. Thoinnot ; externes : MM. Broussolle, Pigelet, Vilcocq et de Malherbe.

Hospice de la Vieillesse (hommes). — Médecin : M. Debove ; interne titulaire : M. Broca ; interne provisoire : M. Wins.

Médecin : M. Falret ; interne titulaire : M. Courbatieu ; interne provisoire : M. Schachmann.

Médecin : M. Jules Voisin ; interne titulaire : M. Bidault ; interne provisoire : M. Jeanselme.

Médecin : M. Bourneville ; interne titulaire : M. Dauge ; interne provisoire : M. Buret.

Chirurgien : M. Gillette ; internes titulaires : MM. Deschamps et Jacquelot ; interne provisoire : M. Vigneron.

Hopital des Enfants-Assistés. — Médecin : M. le professeur Parrot ; chef de clinique : M. N... ; interne : M. Gallois ; externes : MM. Journiac, Gillé, Boyer et Dubarry.

Chirurgien : M. Guéniot ; interne : M. Haranger ; externe : M. Thévenot.

Hospice des Incurables. — Médecin : M. Raymond ; interne titulaire : M. Brodeur ; interne provisoire : M. Dubief ; externe : M. Chauveau.

Chirurgien : M. Monod ; interne titulaire : M. Monnier ; interne provisoire : M. Crespin ; externe : M. Helleu.

Hospice des Ménages. — Médecin : M. Quinquaud ; interne titulaire : M. Phocas ; interne provisoire : M. Butte.

Maison de Sainte-Périne. — Médecin : M. Landrieux ; interne titulaire : M. Condoléon ; interne provisoire : M. Largeau.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 2 janvier 1882, il est créé à la Faculté de médecine de Paris une chaire de clinique des maladies du système nerveux.

Par décret en date du même jour, M. Charcot, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Paris, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de clinique des maladies du système nerveux (chaire nouvelle).

— Par décrets en date des 30 et 31 décembre 1881, sont promus dans la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur : MM. Bertrand et Bouley, membres de l'Institut ;

Au grade d'officier : MM. Vidal, médecin des hôpitaux de Paris ; Guillemin, médecin-major de première classe, et Breton, médecin major de deuxième classe ;

Au grade de chevalier : MM. les docteur Burq, inventeur de la la métalloscopie et de la métallothérapie ; Leudet, médecin aux Eaux-Bonnes ; Tassy, médecin à Paris ; Javelas, chirurgien en chef de l'hospice de Montélimar ; Dufay, maire de Blois ; Touchard, maire de Lille.

— Sont nommés :

1° Officier de l'instruction publique : M. Bornier, professeur à l'École de médecine de Besançon ;

2° Officiers d'académie : MM. Pinard, agrégé près la Faculté de médecine de Paris ; Duprey, professeur à l'École de médecine de Rouen ; Padieu, professeur à l'École de médecine d'Amiens ; Rebatel, chef de clinique à la Faculté de médecine de Lyon ; Macé, professeur à l'École de médecine de Rennes ; Vesque, docteur ès sciences naturelles, lauréat de l'Institut ; Van Nooten, professeur et ex-directeur du jardin botanique de Buitenzorg ; Slœm (docteur), directeur du Sanitarium de Sindanglaya.

— *Épidémie : Fièvre jaune.* — Le consul de France à Lisbonne a reçu du gouverneur du Sénégal la communication suivante : « J'ai enfin la satisfaction de vous faire connaître que la fièvre jaune a complètement disparu et que toute la colonie est en libre pratique. Les vents frais sont parfaitement établis et nous jouissons actuellement d'une bonne température. »

M. Joubert, inspecteur en chef de la marine, vient de recevoir du ministre l'ordre de se rendre au Sénégal pour constater l'état sanitaire des différents services entretenus par la marine, à la suite des ravages causés par la fièvre jaune.

— *Hôpitaux de Bordeaux.* — Par suite de la retraite de MM. Burguet et Montalier, nommés médecins honoraires, les mutations suivantes ont lieu :

MM. Riquard et Vergely sont nommés médecins titulaires à l'hôpital Saint-André ; — M. Négrié est maintenu, sur sa demande, à l'hôpital des Enfants ; — M. Solles est nommé médecin titulaire à l'hôpital des Vieillards ; M. Lande est nommé médecin titulaire à l'hospice des Incurables.

— *Hôpitaux de Lyon.* — M. Perroud quitte les salles dépendant de l'Administration hospitalière et conserve le service de la clinique des enfants. — M. Laure passe à la Charité. — MM. H. Mollière, Vinay et Dridon entrent à la Croix-Rousse. — M. Colrat entre à l'hospice du Perron à l'Antiquaille. — M. Achille Dron, quitte le service des Chazeaux et est remplacé par M. Horand. — M. Aubert prend le titre de chirurgien-major et remplace M. Horand au service des hommes ; — M. Cordier, chirurgien-major désigné, prend le service des enfants.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Pouchet (Gabriel), préparateur du laboratoire de chimie biologique, est nommé chef-adjoint pour la chimie au laboratoire de clinique des maladies cutanées et syphilitiques à ladite Faculté (emploi nouveau).

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Sireyjeol (Jean-Louis-Léon), né à St-Priest-de-Fougères (Dordogne), le 27 janvier 1861, est délégué provisoirement dans les fonctions de préparateur d'histoire naturelle, en remplacement de M. Simond, démissionnaire.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Wertheimer, docteur en médecine, est maintenu, jusqu'au 1er novembre 1882, dans les fonctions de maître de conférences de chirurgie et d'accouchements.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Vialleton (Louis-Marius), né à Vienne (Isère), le 22 septembre 1859, licencié ès sciences naturelles, est nommé, pour l'année scolaire 1881-82, préparateur du laboratoire d'anatomie générale et biologie, en remplacement de M. Lemoine, démissionnaire.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — Dans les concours pour les fonctions de chef des travaux anatomiques, le jury sera composé de sept juges titulaires (les professeurs d'histologie, d'anatomie, de physiologie, de pathologie externe, de clinique externe, d'accouchements et de pathologie interne) et un juge adjoint (le professeur de médecine légale).

— La Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux a décerné son prix annuel de 1881 à M. P. Sebileau, interne des hôpitaux.

— M. le docteur de Sinéty reprendra son cours de gynécologie à l'École pratique, le lundi 9 janvier, à cinq heures.

— M. le docteur Chéron commencera son cours de gynécologie (maladies de l'appareil utéro-ovarien) à l'École pratique de la Faculté de médecine, amphithéâtre n° 1, le samedi 14 janvier, à huit heures du soir, et le continuera les samedis suivants, à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 12175.

N° 3. — SAMEDI 7 JANVIER 1882. 55e ANNÉE. SAMEDI 7 JANVIER 1882. — N° 3.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.



AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE . . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Cirrhose alcoolique atrophique.

Dans notre Revue clinique du 10 décembre dernier, rappelant la classification étiologique des cirrhoses hépatiques établie par M. Lancereaux, nous avons donné, comme spécimen de l'un des trois types qu'il a admis, le type syphilitique, le type impaludique et le type alcoolique, une observation de cirrhose syphilitique. Nous allons aujourd'hui faire passer sous les yeux de nos lecteurs quelques exemples du type alcoolique.

Dans son *Atlas d'anatomie pathologique* et surtout dans l'article *Alcoolisme* du *Dictionnaire encyclopédique*, où il a développé ce point intéressant de pathogénie, M. Lancereaux reconnaît que l'hépatite qui se développe sous l'influence de l'usage prolongé ou immodéré des spiritueux, peut se présenter sous diverses formes, sous la forme d'hépatite diffuse aiguë, parenchymateuse, et sous la forme de cirrhose.

Quoique l'existence de l'hépatite parenchymateuse aiguë diffuse, comme manifestation d'une intoxication alcoolique, ne repose que sur un très-petit nombre de faits, il n'est pas possible de la révoquer en doute, et elle doit être admise, au moins à titre exceptionnel. Dans cette forme rare, l'ictère est un phénomène à peu près constant auquel s'associent généralement des douleurs épigastriques, ou dans l'hypochondre droit, des troubles gastriques, perte de l'appétit, vomissements, diarrhée et des symptômes ataxiques ou adynamiques, plus rarement des hémorrhagies.

La forme cirrhotique, de beaucoup la plus commune dans nos climats, constitue dans le groupe des cirrhoses une espèce nettement caractérisée et distincte des autres, notamment de la cirrhose syphilitique, de la paludique, de l'hépatite interstitielle consécutive aux affections du cœur ou des gros vaisseaux, etc. Elle a pour caractères propres principaux l'induration atrophique du foie, souvent précédée, au début, par une augmentation de volume de cet organe, un épanchement ascitique plus ou moins abondant, mais presque constant, l'œdème des membres inférieurs dans certains cas, météorisme, dilatation des veines superficielles de la région sus-ombilicale, absence d'ictère le plus souvent, amaigrissement rapide et considérable portant à la fois sur le tissu cellulo-graisseux et sur le système musculaire, avec diminution graduelle des forces, souffle cardiaque doux au premier temps. Elle se distingue des autres types de cirrhose par l'absence, d'une part, des signes concomitants de chacune d'elles, et, d'autre part, par sa coexistence avec les autres phénomènes généraux qui trahissent généralement l'alcoolisme.

Enfin les deux formes, hypertrophique et atrophique, peuvent se rencontrer dans la cirrhose alcoolique : quelquefois, comme nous venons de le dire, la forme hypertrophique précède la forme atrophique, qui est la plus ordinaire. C'est, en tout cas, à cette dernière forme que se rapportent les faits qui font le sujet de cet article. En voici la relation abrégée :

La première observation est celle d'une femme de quarante-huit ans, amenée dans les salles le 4 novembre dernier. Le lendemain matin, à la visite, on trouve cette femme dans le décubitus dorsal, en état de perte complète de connaissance, ne répondant à aucune question; elle présentait une teinte jaunâtre des téguments; la langue était sèche, les gencives fuligineuses, l'haleine fétide : une petite pustule d'herpès sur la lèvre supérieure. En écartant les paupières, on constate un rétrécissement des pupilles; il y a une certaine raideur du cou, mais sans contractures; pas d'altération appréciable de la sensibilité générale, si ce n'est un peu d'anesthésie des extrémités des deux côtés; enfin il y a incontinence des matières fécales et des urines.

La respiration, au premier abord, ne paraît pas troublée. Cependant à l'auscultation on constate, à droite, en avant, quelques râles, ainsi qu'au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate du même côté; diminution d'élasticité à la percussion. Rien au cœur ni à l'abdomen. Température, 39 ; pouls, 90.

Les renseignements recueillis sur cette malade apprennent qu'elle a eu de fréquentes attaques de nerfs et que, depuis quelque temps déjà, elle s'était aperçue d'une diminution notable de la mémoire; ses attaques la prenaient le matin au moment du lever, sous la double forme de convulsions toniques et cloniques, accompagnées de force gémissements et de rejet d'écume blanche par la bouche; les yeux étaient convulsés en haut, coloration violacée de la face. Cette femme, en outre, crachait le sang depuis longtemps. Enfin, on apprend qu'elle se livrait habituellement à des excès alcooliques : elle buvait de l'eau-de-vie, du rhum et du vin.

Le lendemain, la température s'élève à 40°,2; même état

la malade n'a pas recouvré sa connaissance; la respiration est très-fréquente. L'état local du poumon n'a point changé, quelques râles trachéaux. Mort à midi.

A l'autopsie, on constate une congestion avec œdème du lobe inférieur du poumon droit, qui est le siège d'une hépatisation lisse peu étendue, — congestion à gauche. — Rien dans les plèvres. Le cœur, friable, est chargé de graisse; les systèmes artériel et veineux sont normaux. L'estomac présente des plaques de vascularisation; glandes saillantes dans la région pylorique.

Le foie, du poids de 1164 grammes, petit, rétracté, est parsemé de granulations jaunes, lenticulaires. Le tissu du foie est roux, dur, rénitent, criant sous le scalpel. Il contenait une quantité assez abondante de bile.

Le pancréas est normal, ainsi que la rate et les reins.

L'encéphale présente à sa partie supérieure, surtout à droite, un léger degré d'atrophie des circonvolutions. Mais la substance cérébrale est intacte, ainsi que les vaisseaux.

En somme, on voit qu'il s'agit d'une femme, peu avancée en âge, qui a présenté une profonde adynamie, du coma, des contractures, des eschares, tous signes qui pouvaient faire croire à une lésion du système nerveux central, tandis que d'un autre côté la coloration de la peau, l'herpès et les signes physiques fournis par l'auscultation indiquaient une pneumonie droite. Il existait bien, en effet, une pneumonie, mais une pneumonie survenue en dehors de la saison propre aux affections de cette nature et présentant des caractères particuliers, insolites, qui pouvaient déjà, par ces circonstances mêmes, faire présumer une influence alcoolique. D'un autre côté, il y avait en outre une cirrhose hépatique, sans ascite, sans aucun des signes extérieurs qui eussent pu la faire reconnaître pendant la vie, avec un certain degré de stéatose et d'adipose du cœur, toutes lésions qui se rattachent manifestement à l'alcoolisme.

Le deuxième malade était un homme de trente-six ans, bien constitué, mais ayant fait des excès alcooliques; il était entré une première fois en avril dernier à la Pitié pour une poussée tuberculeuse aiguë. Après avoir été sur le point de succomber, il avait éprouvé une amélioration assez notable pour qu'il ait pu quitter l'hôpital et aller comme convalescent à Vincennes.

Le 19 septembre, après avoir subi une pluie froide, battante, pendant toute une nuit passée dehors, il a été repris de toux, avec fièvre, diarrhée, amaigrissement, diminution des forces, inappétence. On constate à la base du poumon gauche, en arrière, une diminution d'élasticité dans les deux poumons, surtout le droit. Le malade a de la diarrhée, une toux persistante avec une expectoration filante, glaireuse, de l'insomnie, transpirations abondantes la nuit. Les jours suivants, la diarrhée va en augmentant, l'oppression devient plus intense; matité, diminution des vibrations thoraciques. On constate un peu d'épanchement à la base de la poitrine, à gauche. Enfin, après quelques jours de séjour à l'hôpital, il a été pris d'une hémorrhagie intestinale qui a amené la mort.

A l'autopsie, on a trouvé un épanchement séreux avec épaississement de la plèvre à gauche, une infiltration granulée des deux poumons, plus abondante et plus ancienne dans le poumon droit qui adhère en masse à la plèvre pariétale et au diaphragme. Dans la cavité abdominale, on trouve une légère couche d'ascite; le foie libre, un peu diminué de volume, a sa capsule épaissie au niveau du lobe droit avec rétraction en forme de cicatrice; sa surface, vascularisée, grisâtre, est parsemée de petites granulations miliaires grisâtres. A la coupe du foie, on constate que la rétraction cicatricielle de la surface ne se propage pas dans l'intérieur; la surface de la coupe est normale. La vésicule, à peu près vide, ne contient qu'un peu de mucus jaunâtre.

Le cœur a une légère surcharge graisseuse, sa substance est un peu décolorée. Les reins, la rate, ne présentent qu'un peu de décoloration et de flaccidité. L'estomac est petit, sa muqueuse est épaissie et pâle. Enfin, on constate des ulcérations dans le côlon ascendant, dans l'S iliaque et à la valvule iléo-cæcale, source probable de l'hémorrhagie intestinale. Enfin, rien de notable dans le cerveau et les méninges.

Deux autres malades, dans le cours de la même année, ont présenté des états analogues.

L'un était un homme de soixante-huit ans qui, après avoir présenté une série d'accidents thoraciques, gastriques et cérébraux complexes, est venu succomber à l'hôpital et a présenté entre autres lésions se rattachant à l'alcoolisme, telles que fragilité des os, stéatose de la plupart des tissus, une cirrhose atrophique du foie avec granulation.

L'autre était un homme de quarante-neuf ans, également alcoolique, chez qui il existait une hépatite de forme conjonctive et épithéliale, foie petit, induré, granulé et ascite.

Ces quatre observations montrent combien le début de la cirrhose alcoolique est insidieux et ses symptômes initiaux obscurs. Elles ne sont pas moins remarquables par l'exemple des complications graves développées soit simultanément, soit consécutivement, sous l'influence commune de l'intoxication alcoolique, telles que pneumonie, tuberculisation pulmonaire, accidents cérébraux, dont l'expression prédominante a obscurci les symptômes de la cirrhose. Enfin l'autopsie, en témoignant de l'extrême gravité de cet état morbide, est venue démontrer par les caractères anatomo-pathologiques spéciaux des lésions de l'organe hépatique, comme par leur coïncidence avec d'autres lésions viscérales également caractéristiques et avec les antécédents connus des malades, l'origine et la nature alcoolique de cette cirrhose.

Kyste hydatique du foie; essai d'électrolyse; ponction exploratrice.

Un malade du service de M. Richet, à l'Hôtel-Dieu, présente une tumeur très-curieuse dans la région du foie. C'est un homme d'une quarantaine d'années, serrurier de son état, qui a été pris, il y a quatre mois, d'une douleur très-vive dans le côté droit. Un médecin qu'il alla consulter en ville lui fit une ponction exploratrice qui donna issue à un liquide clair comme de l'eau de roche. Le malade éprouva un grand soulagement, mais qui ne fut pas de longue durée. La douleur reparut aussi vive que la première fois. Sur l'avis qui lui en fut donné, il alla à l'hôpital Saint-Antoine, où il fut admis dans le service de M. Dujardin-Beaumetz, qui le soumit au traitement par l'électrolyse. Plusieurs applications lui en furent faites; mais, à la troisième séance, il souffrit tellement qu'il y renonça et quitta l'hôpital Saint-Antoine pour venir se présenter à l'Hôtel-Dieu, où il fut reçu dans les salles de M. Richet.

— Nous ouvrons ici une parenthèse pour faire, en passant, une courte observation relativement aux applications de l'électrolyse à la curation des kystes en général, et des kystes hydatiques du foie en particulier. On connaît les belles

études de M. Dujardin-Beaumetz sur le traitement des anévrysmes par l'électrolyse ou électro-puncture, et les quelques heureux résultats qu'il a obtenus et que d'autres praticiens ont obtenus à son exemple. Il a été fait, depuis, des applications de cette méthode à divers autres cas, notamment au traitement des kystes synoviaux du poignet et des kystes hématiques du corps thyroïde. M. Dujardin-Beaumetz, dans le cinquième fascicule de ses *Leçons de clinique thérapeutique*, a indiqué son application comme pouvant offrir de sérieux avantages dans le traitement des kystes hydatiques du foie. « Si j'avais à soigner un kyste hydatique, dit-il, je n'hésiterais pas un seul instant à appliquer cette méthode. Je ferais pénétrer dans la tumeur deux ou trois aiguilles à électro-puncture, dont je me sers pour la cure des anévrysmes, puis je ferais passer par ces aiguilles le courant positif seul, appliquant le courant négatif sur un électrode large et maintenu humide sur la peau de l'abdomen. »

M. Dujardin-Beaumetz pense que cette méthode ne présente aucun danger dans ce cas et qu'elle ne peut avoir que des avantages. D'abord, dit-il, par elle-même, elle peut amener la destruction des hydatides et leur résorption lente, et, si elle ne réussit pas à produire cet effet, elle aura toujours pour conséquence d'amener des adhérences entre la poche kystique et les parois abdominales, conditions de succès pour la réussite des ponctions évacuatrices.

Revenons maintenant à l'histoire de notre malade. C'est probablement le procédé que nous venons d'indiquer sommairement que notre savant confrère a mis en œuvre chez lui. — Nous regrettons de n'avoir pas été prévenu et de n'avoir pu assister à cette tentative. — Il est regrettable que les douleurs vives qu'elle a provoquées n'aient pas permis de la mener à fin; d'autant plus que, comme on va le voir par ce qui suit, un effet appréciable avait déjà été obtenu. Effectivement, en examinant ce malade, M. Richet a constaté d'abord que la tumeur qu'il porte sur le côté droit n'a pas les caractères d'un kyste hydatique ordinaire. Elle est solide, ou elle a du moins les apparences d'une tumeur solide; on n'y perçoit point la fluctuation, et, si elle renferme du liquide, ce liquide est évidemment entouré d'une enveloppe épaisse. En la pressant en masse, on finit bien cependant par percevoir, mais d'une manière vague, la sensation d'un liquide situé profondément dans son centre. Elle n'est pas très-sensible à la pression; il n'y a pas d'apparence qu'elle soit actuellement le siège d'un travail inflammatoire. Le malade est péniblement impressionné, plutôt par son poids et par son volume, que par une douleur proprement dite.

En faisant appel aux commémoratifs de ce malade, on apprend une circonstance qui ne laisse pas de doute, d'ailleurs, sur l'origine et la nature de cette tumeur. Il nous apprend, en effet, qu'étant à la campagne, il avait un chien atteint du tænia, et il en a été atteint lui-même. L'étiologie, comme on le voit, est ici très-nette. Si on se rappelle, d'ailleurs, que la première ponction exploratrice qui a été faite a donné issue à un liquide ayant la transparence de l'eau de roche, il ne reste plus de doute.

Séance tenante, M. Richet a pratiqué une nouvelle ponction exploratrice en plongeant profondément un trocart de moyen calibre. Il est sorti un liquide séreux un peu roussâtre. Il y aura lieu de compléter le traitement par des injections iodées, et peut-être par le drainage. — Ce malade sera suivi.

ARTHROTOMIE ANTISEPTIQUE (1)

Par M. le Dr Jules Bœckel (de Strasbourg), membre correspondant de la Société de chirurgie de Paris, etc.

VII

Il me reste à mentionner une dernière application de l'arthrotomie qui, au premier abord, semble le comble de la témérité. Je veux parler de l'*extirpation des kystes synoviaux articulaires*, désignés par Gosselin sous le nom de kystes synoviaux folliculaires et communément appelés *ganglions*. Cet auteur a démontré qu'ils prenaient naissance dans des espèces de follicules synoviaux articulaires, oblitérés et dilatés par un liquide visqueux, rappelant la synovie. Des recherches ultérieures (2) ont prouvé que ces kystes communiquaient fréquemment avec les articulations. Aussi voyons-nous l'extirpation unanimement rejetée. C'est tout au plus si les auteurs classiques les plus modernes permettent de les traiter par l'incision; encore faut-il que la compression, l'écrasement aient manqué et que la gêne qui en résulte soit assez considérable pour empêcher le libre usage du membre, comme cela arrive lorsque le kyste siège au poignet. Grâce au pansement antiseptique, l'extirpation tend à devenir la méthode usuelle, car elle permet d'obtenir la guérison radicale d'une affection contre laquelle les procédés usités jusqu'ici n'ont que trop souvent échoué.

J'ai pratiqué cette opération six fois dans le courant de l'année, et toujours avec un succès non-seulement rapide, mais définitif; cinq fois pour des kystes de la face dorsale du poignet; une fois pour un kyste du creux poplité. L'intervention, sous l'égide de la méthode listérienne, m'a paru tellement inoffensive, que je n'ai pas songé un instant à faire entrer mes malades à l'hôpital, si ce n'est pour les y opérer. J'en excepte, bien entendu, le porteur du kyste poplité. Quant aux autres, l'opération terminée, je les ai renvoyés et les ai traités consultativement. Et pourtant j'avais constaté chez tous les cinq la communication directe du kyste avec l'article.

Le procédé que j'ai suivi consiste en ceci: 1° mettre le kyste à nu par une dissection attentive; 2° le ponctionner avec le bistouri pour en faire écouler le contenu; 3° le lier avec du catgut au niveau de son pédicule et l'extirper. Je ferai quelques remarques sur ces différentes manœuvres. Il s'agit avant tout de faire une hémostase aussi parfaite que possible; l'opération est peu sanglante en général, aussi l'emploi du tube d'Esmarch est superflu. Il faudrait, si l'on s'en servait, l'enlever avant de ponctionner la tumeur, pour éviter la pénétration du sang entre les surfaces articulaires et faire les ligatures nécessaires. Mais, encore une fois, il est rare que l'on ait beaucoup de sang. Il faut ménager les gaines tendineuses qui ont parfois des rapports intimes avec le kyste; ce n'est pas toujours chose facile, et d'ailleurs sous le lister la dénudation des tendons a peu de gravité. J'ai ouvert la gaine du long extenseur du pouce, des radiaux, de l'extenseur commun et cela sans le moindre inconvénient. La ponction du kyste n'offre rien de spécial, si ce n'est qu'elle s'opère souvent spontanément, par un coup de bistouri maladroit; c'est d'habitude lorsqu'on cherche à dégager le pédicule par une dissection trop minutieuse que cette lésion se produit. Elle n'offre pas une grande gravité sous le lister, mais il vaut mieux l'éviter si

(1) Fin. — Voir le numéro du 3 janvier 1881.

(2) Perrin. *Bull. Soc. anat.*, 1858, p. 14.

possible. On fera bien dans ces cas de placer un ou deux points de suture au catgut sur la synoviale (obs. XX), de manière à empêcher l'accès de l'air dans la jointure ; autrement on s'expose à voir la plaie suppurer (obs. XXII), ce qui est toujours fâcheux ; aussi je crois que le mieux sera de ponctionner le kyste par son sommet, de le vider, d'appliquer une ligature circulaire au catgut sur son pédicule et d'exciser la poche au-devant de la ligature. En opérant de cette manière, on se place dans les conditions les plus favorables pour une bonne réunion et une guérison à l'abri de toute complication. La réunion et le drainage me paraissent nécessaires, à la condition d'enlever le drain au bout de vingt-quatre heures; le deuxième pansement qu'on fait le cinquième ou le sixième jour a pour but d'enlever les sutures. La plaie est en général guérie ou à peu près à ce moment, et il suffit de la garantir par un simple pansement protecteur au coton. L'immobilisation au moyen d'une attelle de bois garni de ouate, recouverte d'une feuille de gutta-percha, me paraît un utile adjuvant de l'opération dont il est ici question.

Obs. XX. — Émilie B..., quinze ans, couturière, porte depuis l'âge de douze ans un kyste synovial de la face dorsale du poignet droit, qui a été traité sans succès par la ponction suivie de la compression élastique, continuée pendant près de cinq mois. La tumeur s'étant reproduite et empêchant la malade de vaquer à ses travaux de couture, je lui propose d'en pratiquer l'extirpation. J'ajoute que le kyste, qui, actuellement, a les dimensions d'une grosse noix, est situé au côté externe des tendons de l'extenseur commun, à un travers de doigt au-dessus de l'interligne articulaire radio-carpien.

L'opération est faite sous le spray phéniqué, le 11 novembre 1880. Une incision de 5 centimètres est nécessaire pour bien dégager la tumeur. Pas d'hémorrhagie. En disséquant le pédicule, on dénude les tendons extenseurs et on intéresse la poche du kyste ; un liquide clair, transparent, analogue à la gelée de groseille blanche, s'en écoule. Je constate au fond de cette poche un interligne articulaire qui semble correspondre à l'articulation du scaphoïde avec le semi-lunaire. Extirpation du kyste : deux sutures de catgut sur la poche kystique. Réunion de la peau par cinq sutures métalliques. Petit drain court. Attelle postérieure. Lister modifié. La malade, bien que n'ayant pas été chloroformisée, a très-bien supporté l'opération. On la renvoie chez elle.

Le 15 novembre. Premier pansement sans spray dans mon cabinet de consultation. Absence de pus: enlèvement du tube et de trois sutures. Les mêmes pièces de pansement sont appliquées sur la plaie.

Le 17. Deuxième pansement pour enlever les sutures restantes. Réunion parfaite. On ne change pas la mousseline, qui est absolument sèche.

Le 22. Réunion définitive (onzième jour). On supprime l'attelle. Pansement de précaution au coton pendant quatre jours.

Le 2 décembre, c'est-à-dire dix jours plus tard, la malade reprend ses occupations. Les mouvements des doigts et du poignet sont parfaitement conservés et le sont restés depuis (un an après).

Obs. XXI. — Émilie A..., dix ans. Ganglion du poignet gauche situé à deux travers de doigt de l'interligne radio-carpien entre le deuxième et le troisième métacarpien. Compression inefficace.

Extirpation le 3 mars 1881. Le tendon du deuxième radial est mis à nu. Le pédicule se prolonge entre deux os du carpe, qui sont sans aucun doute le trapézoïde et le grand os. Ligature circulaire du pédicule. Ponction du kyste. Celui-ci vidé, on pratique un second nœud que l'on étreint au niveau des os, et l'on extirpe au-devant de lui la poche synoviale. Réunion. Drain. Attelle. Lister modifié. Opération faite sous le spray.

Le 5. La malade vient se faire panser. Absence absolue de pus. Enlèvement du tube.

Le 11. Deuxième pansement. Enlèvement des sutures; légère désunion toute superficielle.

Le 17. Réunion parfaite. Pansement de précaution pendant quelques jours. Mouvements conservés. A... revient au bout de huit mois se faire opérer d'un ganglion du poignet droit, développé depuis sans cause connue. Le poignet gauche est resté guéri.

Obs. XXII. — Concerne le poignet droit de la même jeune fille. Opération *ut supra* le 8 novembre dernier; la dissection, un peu hâtive, ouvre le kyste tout près de son pédicule. Il est impossible d'en suturer les bords. Le tendon du long extenseur du pouce et celui du premier radial sont dénudés. Trois sutures à la peau. Drain, etc.

Le 9. Premier pansement pour enlever le tube.

Le 14. Deuxième pansement; enlèvement de deux points de suture; suppuration à peine sensible; légère désunion des bords de la plaie.

Le 16. Troisième pansement: cicatrisation presque définitive ; on supprime le lister et on applique un pansement au coton. L'attelle sera maintenue en place pendant quelques jours encore.

L'opérée se présente à la visite le 6 décembre : cicatrisation absolue ; mouvements parfaits.

Obs. XXIII. — Léon K..., douze ans. Kyste synovial du poignet entre les radiaux et le long extenseur du pouce. Extirpation le 6 septembre dernier. Ligature du pédicule comme dans l'observation XX. Dénudation des tendons en question. Le reste comme dans les observations précédentes.

Guérison en quelques jours avec conservation des mouvements.

Obs. XXIV. — Salomé F..., vingt-trois ans, cuisinière. Kyste synovial du poignet droit traité sans succès par les moyens ordinaires.

Le 20 août. Extirpation *ut supra*. Guérison définitive le neuvième jour avec intégrité des mouvements.

Obs. XXV. — *Kyste synovial du creux poplité. Extirpation sous le lister. Guérison absolue en trois semaines sans une goutte de pus.* — Louis S..., quarante-trois ans, entre le 5 juillet 1881, au nº 11 de la salle 103, où je suppléais M. E. Bœckel, pour une tumeur du creux poplité.

Il y a deux ans, le malade fit un effort à la suite duquel il ressentit immédiatement une douleur dans le creux poplité gauche. En y portant la main, il constata la présence d'une tuméfaction grosse comme une noix, qui n'avait jamais existé auparavant. Pendant dix-huit mois la tumeur resta indolente; depuis lors elle augmenta de volume, au point d'atteindre les dimensions d'une pomme d'api et de devenir de plus en plus gênante. Elle est située à la partie supéro-externe du creux poplité, se laisse jusqu'à un certain point réduire par la pression et disparaît spontanément dans l'extension forcée. Pendant la flexion, même légère, elle devient de plus en plus apparente. La flexion forcée est impossible et s'accompagne de douleurs modérées dans le genou. La tumeur est molle, fluctuante, sans changement de coloration de la peau, qui glisse facilement au-devant d'elle. Pas de bruit de souffle ni de battements. On pose le diagnostic de kyste synovial et l'on propose l'extirpation au malade.

Opération le 4 juillet. Spray et précautions antiseptiques ordinaires. Pas d'esmarch. Incision de 7 centimètres sur la tumeur, qu'on dissèque aussi loin que possible. Ligatures de deux artérioles insignifiantes. Ponction de la poche qui renferme une assez grande quantité de synovie, ayant la consistance de gelée. L'extirpation du sac faite, il en résulte une plaie profonde, située entre les muscles formant l'angle supérieur du losange poplité. Sutures avec cinq fils métalliques. Drain à l'angle inférieur de la plaie. Lister modifié. Pas d'appareil inamovible.

Les suites de l'opération furent des plus bénignes, comme le prouve le tracé de la température.

Le 5. TM. 37°,8; TS. 39°,3.

Le 6. TM. 38°; TS. 37°,5. On raccourcit le tube qu'on ne croit

pas prudent de supprimer à cause d'un fort écoulement de sérosité sanguinolente.

Le 7. TM. 36°,7; TS. 36°,8.
Le 8. 37°,3; 36°,8.
Le 9. 36°,8; 37°,5.
Le 10. 37°; 37°,6.
Le 11. 37°; 37°.
Le 12. Suppression définitive du drain et des sutures; pas de pus.
Le 22. Cicatrisation absolue sans la moindre suppuration.
Le 25. Le malade se lève et marche le lendemain sans soutien.
La guérison s'est maintenue depuis lors (10 novembre).

Résumé. — Abstraction faite des observations V à VIII, qui ne sauraient être considérées comme des arthrotomies proprement dites, et de l'observation XII que j'ai relatée pour démontrer l'innocuité de l'incision articulaire préventive, je note 20 cas d'arthrotomie, dont 10 sur des adultes de quinze à soixante ans et 10 sur des enfants de deux à quatorze ans. Ces opérations, qui, toutes, ont été suivies de succès, se répartissent de la manière suivante :

Épaule, 1 cas (adulte de soixante ans).
Coude, 1 cas (adulte de quatorze ans).
Pouce, 1 cas (enfant).
Cou-de-pied, 1 cas (enfant).
Poignet, 5 cas (2 adultes, 3 enfants).
Genou, 11 cas (7 adultes, 4 enfants).

Dix-sept fois le résultat définitif a été parfait, c'est-à-dire que les mouvements ont été conservés en totalité. Trois fois il y a eu ankylose, dans des arthrotomies du genou, dont une sur un adulte (obs. I) et deux sur des enfants (obs. XV et XVI). J'ai démontré plus haut que ces insuccès relatifs ne sauraient en bonne justice être mis sur le compte de l'opération.

Sous le rapport de la suppuration, en exceptant les opérés des observations X et XI, non pansées strictement d'après Lister, je note *a*): 12 cas où la suppuration a été nulle (obs. II, IV, IX, XIV, XVII, XVIII, XIX, XX, XXI, XXIII, XXIV, XXV), *b*): 3 où elle a été minime (obs. XIII, XV, XXII); *c*): 3 où elle a été abondante (I, III, XVI). Enfin, en ce qui concerne la durée du traitement, je ferai remarquer que la moyenne a été de onze jours et demi dans les cas de la première série, le maximum étant de vingt et un jours, le minimum de cinq; de quarante-trois jours dans ceux de la deuxième série; enfin de deux mois chez les malades de la troisième catégorie.

En terminant, je dirai qu'avec les anciens pansements on n'aurait jamais obtenu vingt succès sans une seule mort, sur une série de vingt plaies articulaires graves. Si mon appréciation est fausse, que les détracteurs de la méthode veuillent bien me le prouver.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 31 décembre 1881. — Présidence de M. Laborde.

COMMUNICATIONS

Traitement de l'hystérie. — M. CHARCOT, à l'occasion du procès-verbal, tient à faire la déclaration suivante : Il soutient, dit-il, comme vrai et démontré tout ce qui concerne la métalloscopie ou l'action des æsthésiogènes, qu'il s'agisse des métaux, d'un sinapisme, du diapason, etc. Mais nous restons dans une ignorance absolue relativement à la thérapeutique de l'hystérie, nous ne savons pas guérir les hystériques, nous pouvons les débarrasser momentanément de certains phénomènes, nous pouvons *nettoyer*, comme je l'ai dit, les malades hystériques, mais nous ne sommes jamais sûrs de les guérir.

M. DUMONTPALLIER rappelle que, dans le rapport qui a été fait à la Société de biologie relativement à la métallothérapie, il a été dit qu'on pouvait obtenir des améliorations, des guérisons apparentes, qu'on pouvait se rendre maître de certaines manifestations, de la diathèse hystérique, mais non jamais de la diathèse elle-même.

Action du son, de la chaleur, de la lumière sur les hystériques hypnotisables. — M. DUMONTPALLIER rappelle que, dans la dernière séance, il a dit quelle était l'action de l'aimant, de l'électricité, des métaux et du vent d'un soufflet ordinaire sur la contracture et la décontracture musculaire chez deux hystériques en état d'hypnotisme.

Aujourd'hui, sans vouloir entrer dans les détails des différentes expériences qu'il a faites, M. Dumontpallier expose que le son, la chaleur et la lumière, par leur action directe ou réfléchie, ont déterminé dans les muscles des mêmes hystériques des résultats identiques à ceux qui ont été déterminés par les autres organes physiques antérieurement mentionnés.

Les expériences qui ont conduit à ces résultats seront exposées plus tard avec tous les détails nécessaires. Il suffit en ce moment de rappeler que les hystériques hypnotisées sur lesquelles M. Dumontpallier a pratiqué lesdites expériences, sont des réactifs d'une sensibilité extrême à l'endroit des différents agents physiques dont l'action a été étudiée.

L'influence du souffle et du vent d'un soufflet de cuisine avaient eu une action si manifeste dans différentes expériences, pour modifier l'état de contracture musculaire, que M. Dumontpallier a été conduit à faire usage du soufflet ordinaire pour faire disparaître la contracture hystérique provoquée ou spontanée, et cela avec un succès complet, en dirigeant le vent du soufflet sur les régions des muscles contracturés ou sur les régions des muscles antagonistes de ces derniers.

De plus, dans plusieurs expériences faites sur quatre hystériques, M. Dumontpallier a réussi à empêcher le transfert de la contracture en agissant avec le soufflet simultanément sur les muscles contracturés et sur les muscles similaires du côté opposé au siège de la contracture. Il n'est pas nécessaire d'insister sur ces faits pour établir leur importance thérapeutique. Toutefois M. Dumontpallier fait remarquer qu'il n'a porté l'action du vent du soufflet que dans des cas de contracture dont l'apparition était récente et qu'il a toujours eu soin de déterminer l'hypnotisme des malades immédiatement avant d'agir sur les contractures.

M. CHARCOT. En hystérie, il y a contracture et contracture; lorsque l'on m'interroge sur le pronostic d'une contracture hystérique, je réponds que sa durée peut varier entre un jour et cinq ans. La contracture qui date d'un ou de deux jours n'est rien et peut céder sous la moindre influence. Il n'en est plus de même d'une contracture plus ou moins ancienne, et celui qui arriverait à procurer un moyen de la guérir rapidement et radicalement rendrait un grand service.

A quelle dose l'alcool doit-il se trouver dans le sang pour produire la mort ? — M. GRÉHANT. Pour répondre à cette question, j'ai injecté dans l'estomac, chez un chien du poids de 10k,5, 93g,2 d'alcool à 21°; après huit injections faites de demi-heure en demi-heure, l'animal mourut; le sang pris dans la veine cave-inférieure et introduit dans mon appareil à distillation dans le vide, a donné un liquide incolore dont le poids spécifique était 0,998; en calculant le volume d'alcool absolu contenu dans le sang, on a trouvé 1/100.

Deux autres expériences ont donné 1/110 et 1/100; on peut donc affirmer que la dose toxique de l'alcool dans le sang est voisine de 1/100.

Dans un travail précédent j'ai obtenu, en dosant l'alcool dans le sang d'un chien maintenu à l'état d'ivresse mais qui ne mourut

pas, 1/197 d'alcool, c'est-à-dire une dose moitié de la dose toxique.

Il y a une certaine analogie entre ces résultats et ceux qui ont été obtenus par le savant président de la Société de biologie, M. P. Bert, qui, dans un travail récent, a démontré que les limites de la zone maniable des anesthésiques sont telles que la dose de vapeur de chloroforme ou d'éther dans l'air aspiré par les animaux devient toxique quand elle est double de celle qui produit l'anesthésie.

Idiotie et démence. — M. MAGNAN communique une observation intéressante au point de vue de la physiologie pathologique du cerveau et du parallèle à établir entre l'idiotie et la démence. Les idiots, dit-il, sont entièrement séparés du monde extérieur ; ils voient mais ne regardent pas, entendent mais sont incapables d'écouter ; ils ne goûtent pas ; ils sont comme fermés à toutes les communications extérieures. Cet état particulier des idiots est dû à des lésions corticales. Cette lésion des centres corticaux, dont le siège habituel est en arrière de la pariétale ascendante, les isole du monde extérieur, et, comme cet état remonte à la naissance, ils ne peuvent en aucune façon s'aider de connaissances acquises ; ils sont, dès le début, déshérités et sans ressources.

Chez le dément, il est exceptionnel de trouver un état d'oblitération aussi complet ; tout chez lui est inégal et mal pondéré, mais il reste presque toujours quelque faculté saillante. Si chez l'idiot il est presque impossible de constater la conservation intacte d'une partie quelconque, chez le dément, jusqu'au dernier moment, il reste quelque chose. Très-rarement, en effet, on trouve chez le dernier tous les mêmes symptômes que chez l'idiot, en particulier ce balancement et ce regard spécial, vague, si caractéristiques. A ce point de vue, l'observation suivante offre un réel intérêt :

Il s'agit d'une femme de cinquante et un ans, qui, en 1869, commença à présenter un certain afffaiblissement des facultés intellectuelles et qui, en 1870, sous l'influence d'une émotion violente, eut une perte de mémoire des mots ; déjà à cette époque tout son vocabulaire était réduit aux mots suivants : « Sacré nom d'un chien, puis pas m'en servir, mon Dieu vient ». Toutes les facultés diminuaient simultanément ; peu à peu elle supprima le dernier membre de phrase, puis le premier, se trouva bientôt bornée à ces seuls mots : « Puis pas m'en servir », et finit par ne plus rien dire du tout et être réduite au mutisme. La disparition successive des divers membres de cette phrase stéréotypée offre un réel intérêt. Elle avait cependant conservé en partie l'instinct musical, et continua à chanter une chanson, alors qu'elle ne disait plus rien. En 1881, elle fut prise de ce balancement, de ce regard indécis, de cette voracité, de ce rire niais des idiots. En voyant à ce moment cette malade, on aurait dit une idiote. Elle eut une légère paralysie et une légère contracture du bras droit. Elle fut atteinte de diarrhée et finit par succomber.

A l'autopsie, on trouva l'hémisphère droit presque normal; mais à l'hémisphère gauche on trouva les méninges épaissies, des adhérences au niveau de la troisième circonvolution frontale et du lobe sphénoïdal, une atrophie très-marquée de toutes les circonvolutions en arrière de la frontale ascendante et en avant de la pariétale ascendante, une intégrité parfaite de la frontale ascendante et de la pariétale ascendante elles-mêmes, qui étaient exactement du même volume que celles de l'autre côté, enfin des altérations profondes de la couche corticale, en particulier une sclérose diffuse à un degré très-avancé.

En résumé, on retrouve ici les mêmes caractères que chez certains idiots, et, d'après ce fait, les lésions de la couche corticale seraient suffisantes pour déterminer ces altérations.

Une dermatose non décrite. — M. MÉGNIN présente des portions de peau d'un coq, race de la Flèche, qui était affecté d'une dermatose non encore décrite. Elle est causée par un champignon nouveau, voisin de l'*Achorion Schœnleinii* et de l'*Oidium albicans*, constitué par un mycélium fin, court, tortueux, émettant des sporophores courts, cloisonnés, terminés par des chapelets de cinq à six spores rondes, d'un diamètre de six à huit μ ; ce sont les plus volumineuses spores de champignons parasites qu'on ait encore vues, attendu que celles de l'*Achorion*, du *Trichophyton* et de l'*Oidium* ne dépassent pas six μ. Ce champignon pullule exclusivement entre et sur les lames de l'épiderme, — qui paraît couvert d'une farine très-blanche, — sans s'introduire dans les follicules plumeux ; aussi mérite-t-il le nom d'*Épidermophyton gallinæ*, que l'auteur propose de lui donner. L'affection cutanée existait sur toute l'étendue de la peau, mais elle ne se voyait sur l'animal vivant qu'à la crête et sur les parties nues des joues. Les lavages fréquemment répétés ne réussissaient pas à la faire disparaître. L'oiseau étant mort d'une affection volumineuse de l'intestin causée par l'*Ascaris inflexa*, c'est ce qui a permis à M. Mégnin d'étudier à fond sa maladie de peau. L'expérience a prouvé que cette dermatose est contagieuse pour d'autres gallinacés.

Sur deux nouveaux procédés d'investigation psychologique. — M. J. DELAUNAY fait une communication sur deux nouveaux procédés d'investigation psychologique.

Le premier est basé sur la thermométrie cérébrale. On sait qu'il existe une relation entre les températures cérébrale et crânienne qui s'élèvent et s'abaissent en même temps. M. Franck a démontré que cette relation n'est pas physique, comme on le croyait, attendu que la chaleur du cerveau ne pourrait se progager jusqu'à la superficie du crâne, à travers les membranes du cerveau, l'os, le cuir chevelu, etc. Mais peu importe que cette relation, au lieu d'être physique, soit physiologique et s'établisse par les vasomoteurs ; il suffit qu'elle existe pour que la thermométrie cérébrale puisse l'utiliser.

Or l'existence de cette relation est incontestable et explique la concordance des résultats obtenus par tous les physiologistes qui se sont occupés de thermométrie cérébrale : Broca, P. Bert, Wettammond, Séguin, Amidon, Gray, Albers, Lombard, Maragliano et Seppili. Tous ont trouvé que la température est plus élevée dans la région frontale que dans la pariétale, dans celle-ci que dans l'occipitale, et dans le cerveau gauche que dans le droit. Le fonctionnement cérébral qui, d'après Schiff, élève la température cérébrale, d'après Lombard élève la température crânienne. M. P. Bert a observé que l'action de déclamer élève la température de la région qui recouvre la troisième circonvolution frontale gauche.

Partant de ce principe que le fonctionnement du cerveau provoque une élévation de la température crânienne, M. Delaunay a pensé que réciproquement une élévation de la température crânienne devait provoquer le fonctionnement du cerveau. On ne pouvait vérifier cette hypothèse sur des animaux, ni sur des hommes pendant l'état de veille, à cause de l'intervention de la volonté. M. Delaunay l'a vérifiée sur lui-même pendant son sommeil.

D'après ses observations, quand on ne rêve pas d'habitude, il suffit de se couvrir la tête pour avoir des rêves. On sait que les rêves sont habituellement illogiques et absurdes. Eh bien, en se couvrant le front d'une plaque d'ouate qui diminue la déperdition de calorique, on rend à volonté ses rêves intelligents. Dans ce cas, les rêves portent sur les sujets dont on s'occupe habituellement et mettent en œuvre les facultés intellectuelles les plus élevées qui siègent vraisemblablement dans la région frontale du cerveau.

Le deuxième procédé exposé par M. Delaunay est basé sur le décubitus. On sait, que chez un individu couché, le sang arrive plus facilement au cerveau. Aussi les philosophes anciens travaillaient-ils couchés. Il en est de même de certains penseurs modernes. Pendant le sommeil, le fait de se coucher la tête basse provoque les rêves.

Il résulte d'une enquête à laquelle s'est livré M. Delaunay que les rêves que l'on fait quand on est couché sur le dos sont sensoriels, colorés, mouvementés, lubriques. Or nous savons que la sensibilité, la motilité, la reproduction siègent précisément à la partie postérieure du cerveau. Ainsi, cette position, en favorisant

l'afflux du sang dans la partie déclive, favorise la nutrition et le fonctionnement de cette partie.

Les rêves que l'on fait couché sur le côté droit, sur le cerveau droit, diffèrent de ceux que l'on fait sur le cerveau gauche. Les premiers répondent à la description générale que l'on a donnée du rêve, ce qui se comprend puisqu'on se couche habituellement sur le côté droit. Ils sont illogiques, absurdes, sensoriels, enfantins, mobiles, changeants, pleins de vivacité et d'exagération. « Songe est mensonge. » Ils portent sur de vieux souvenirs et sont souvent accompagnés de cauchemars. Les vers que l'on fait couché sur le cerveau droit sont dénués de sens, mais corrects sur leurs pieds, ce qui prouve que le sentiment du rhythme est conservé. Les facultés morales subsistent, mais les facultés intellectuelles font défaut.

Au contraire, les rêves que l'on fait étant couché sur le cerveau gauche sont moins absurdes et peuvent même être intelligents. Ils portent sur des choses récentes et non sur des réminiscences. Enfin, souvent dans ces rêves on fait des discours, ce qui se comprend puisque la faculté du langage articulé siège à gauche. M. Delaunay a observé certaines personnes qui se couchent d'ordinaire sur le côté gauche et parlent à haute voix en dormant.

Ces résultats concordent avec ce que nous savons de la psychologie comparée des deux cerveaux. D'après M. Brown-Séquard, le cerveau droit est végétatif, tandis que le gauche est animal. M. de Fleury appelle le cerveau droit féminin et le gauche masculin.

En résumé, les rêves peuvent être un procédé expérimental d'investigation psychologique, puisqu'on peut provoquer des rêves intelligents ou non, lascifs ou non, etc., en faisant varier la circulation cérébrale et la nutrition des diverses parties du cerveau, soit par l'élévation de la température crânienne, soit au moyen du décubitus.

Fièvre jaune. — MM. CAPITAN et CHARRIN font la communication suivante :

M. le docteur Monard, médecin civil, parti volontairement pour le Sénégal afin de soigner les malades atteints de la fièvre jaune, vient d'envoyer au laboratoire de pathologie générale de la Faculté de médecine des produits provenant de sujets ayant cette maladie et consistant surtout en échantillons d'urine et de sang recueillis dans des tubes purifiés qui lui avaient été envoyés du laboratoire avec les instructions nécessaires. Un certain nombre de ces tubes renfermaient du bouillon ayant subi les épreuves nécessaires pour assurer sa pureté ; M. le docteur Monard put donc non-seulement recueillir des liquides organiques, mais aussi ensemencer directement, sur place, les bouillons préparés.

Seuls, les tubes provenant de malades vivants ou de cadavres deux heures au plus après la mort ont pu être étudiés avec quelques garanties. Ces cultures de sang semblent pures ; on y constate la présence de nombreux microbes en général mobiles : ce sont le plus souvent des micrococcus soit isolés, soit sous forme de points doubles ou de chapelets à plusieurs grains ; ou bien encore on voit çà et là de petits bâtonnets rigides, très-grêles, de trois à cinq μ de longueur, et portant souvent à chaque extrémité une petite spore.

L'urine renferme, fait bien connu, de l'albumine, mais cette albumine est rétractile ; l'urine ne renferme pas de sang.

Des ballons ont été ensemencés avec les premières cultures ; le bouillon a cultivé facilement : il renferme de très-nombreux organismes de formes identiques aux précédents.

Une série d'inoculations a été entreprise ; les résultats en seront ultérieurement communiqués à la Société.

Les premières cultures se desséchant rapidement, il a été nécessaire de ne pas attendre plus longtemps afin de pouvoir encore les présenter à la Société.

ÉLECTIONS

Le bureau pour l'année 1882 est ainsi constitué :

Vice-présidents : MM. Ranvier et Grimaux ; secrétaire général adjoint : M. Straus ; secrétaires annuels : MM. d'Arsonval, Quinquaud, Dastres et Richet ; archiviste : M. Hardy ; trésorier : M. Chatin.

Le séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 30 décembre 1881, ont été nommés au grade de médecins majors de deuxième classe : MM. Granier, Fourcade et Cervelle.

— *Choléra.* — Les nouvelles du choléra sont moins graves. Le fléau a presque disparu aujourd'hui de la Mecque et de Djeddah, ainsi que dans quatre villages situés dans la circonscription de la Mecque. Les cas constatés jusqu'à présent à Yambo parmi les pèlerins provenant de Médine sont peu nombreux.

Une dépêche de M. Ardoin, inspecteur général du service sanitaire, annonce aussi une amélioration dans le campement d'El Wich.

D'autre part, le consul d'Espagne au Caire vient de télégraphier au ministre des affaires étrangères que, dans un campement situé près d'Alexandrie et occupé par les pèlerins de la Mecque, la mortalité est actuellement de 3 sur 100 par jour.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 12196.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. GOSSELIN.

Fractures du fémur sus-condylienne et inter-condylienne.

Je vous montrerai aujourd'hui les pièces provenant de l'autopsie d'une femme que nous avions amputée ces jours derniers de la cuisse, à la suite d'une fracture comminutive de la jambe et de la cuisse, avec vaste plaie et gangrène.

Dans le traumatisme auquel cette femme avait été soumise par le fait d'une voiture, dont les roues avaient écrasé le membre inférieur droit, l'artère poplitée avait été coupée en travers, sans donner lieu cependant à une hémorrhagie qui eût pu être mortelle, grâce à la conservation de la tunique celluleuse qui avait été allongée comme dans les fractures par arrachement, tandis que les tuniques internes et moyennes avaient été complètement rompues.

Il s'était passé là quelque chose d'analogue à ce qui se produit dans les plaies par instrument contondant ou par armes à feu. Cette rupture des deux tuniques, moyenne et interne, est difficile à expliquer avec la conservation de la tunique celluleuse.

Cette femme a succombé quatre jours après l'accident dont elle avait été victime. Elle présentait d'abord une fracture de la jambe droite compliquée d'une large plaie, mais qui ne communiquait pas avec elle ; une fracture du tibia seul, chose assez rare à la suite d'un pareil traumatisme, sans que le péroné ait été atteint. Elle siégeait à la partie moyenne de l'os, elle était un peu comminutive, ou mieux à fragments multiples, offrant une solution de continuité complète. Cette solution de continuité n'était ni transversale ni oblique, mais bien plutôt dentée (la fracture dentelée de Malgaigne ou dentée de Gerdy). Deux esquilles étaient assez grosses.

La blessée avait encore, outre la fracture de la jambe, une double fracture du fémur droit : fracture sus-condylienne, caractérisée par une solution de continuité transversale et compliquée d'une fissure à peu près perpendiculaire à celle-ci, se prolongeant entre les deux condyles jusque dans l'articulation du genou, ou fracture inter-condylienne. Un épanchement de sang considérable s'était fait dans l'articulation fémoro-tibiale et des phénomènes inflammatoires s'y étaient bientôt développés.

En présence de pareils désordres et d'une vaste plaie tendant à se gangrener, nous avons été promptement forcés de pratiquer l'amputation de la cuisse.

Ce qu'il y a donc de particulier dans cette double fracture du fémur, c'est d'abord un grand trait qui sépare l'os transversalement, mais d'une façon incomplète à la partie postérieure du condyle interne ; c'est ensuite un second trait vertical qui sépare les deux condyles surtout en bas, et qui, incomplet comme le précédent, se continue avec lui, et, ce qui n'est pas chose ordinaire, les deux fragments osseux tiennent encore ensemble par un peu de tissu spongieux. Ce fait est une conséquence de l'écrasement des os, et ne peut se rattacher à aucune théorie.

Dans un certain nombre des cas de fracture sus-condylienne et inter-condylienne concomitante que l'on a observés, le mécanisme du coin est généralement bien indiqué, et le fragment supérieur de l'os brisé au-dessus des condyles pénètre dans le fragment inférieur qu'il fait éclater. Mais le fait ne se présente pas toujours ainsi, témoin ce qui a eu lieu chez la malade qui fait le sujet de cette leçon, où l'éclatement des inter-condyliens du fémur a été produit par la pression de la roue de voiture, combiné très-probablement avec quelque mouvement de torsion et d'inflexion au moment de l'accident, mouvements du reste que l'on ne peut jamais connaître absolument en pareille occurrence.

Il en est de même parfois à la suite d'une chute d'un lieu élevé où il peut se produire une fracture sus-condylienne et une fracture inter-condylienne concomitante et communiquante.

C'est ce qui s'est produit probablement chez un autre malade que nous avons en ce moment au n° 11 de notre salle des hommes. Il est arrivé ici, en effet, avec une fracture sus-condylienne du fémur droit avec une mobilité latérale, dont le centre se trouvait à trois travers de doigt au-dessus de la rotule. Cette mobilité était accompagnée d'une crépitation nettement perceptible. La fracture sus-condylienne était compliquée d'une fracture inter-condylienne, par la pénétration en forme de coin du fragment supérieur de l'os, sous l'influence d'une pression verticale violente. Il existait également un gonflement du genou dû à un épanchement abondant de sang, qui ne pouvait s'expliquer que par la rupture soit de un ou de plusieurs ligaments, soit de la synoviale, ou bien encore par une solution de la continuité de l'os.

Mais, comme chez cet homme la cause vulnérante a été très-forte, l'épanchement du sang nous a paru devoir s'expliquer par une fracture concomitante du condyle, sans qu'il nous soit néanmoins possible d'affirmer l'existence d'une fracture inter-condylienne, d'autant plus que le sujet est jeune, et, qu'à son âge, le tissu osseux résiste davantage à la pénétration en coin du fragment supérieur dans le fragment inférieur.

Notre diagnostic reste réservé aussi par ce fait que quelques signes particuliers à cette solution de continuité inter-condylienne nous font défaut, notamment la crépitation et la mobilité des fragments, lorsque l'on cherche à faire mouvoir les deux condyles en sens inverse l'un de l'autre. Il nous est donc seulement permis de soupçonner l'existence d'une fracture inter-condylienne, en raison de l'abondance de l'épanchement sanguin dans l'articulation du genou et de la nature même du traumatisme, sans pouvoir pour cela l'affirmer en toute certitude.

Dès l'arrivée du blessé dans nos salles, on a appliqué un bandage provisoire placé de façon à faire l'extension continue, pour remédier à un raccourcissement immédiat de trois centimètres du membre brisé. Est-ce à ces manœuvres que nous le devons, bien que l'on ait pris avec soin toutes les précautions usitées en pareil cas, ou bien, est-ce par suite de circonstances indépendantes du traitement que la chose s'est produite, toujours est-il que le malade a beaucoup souffert de son genou du côté blessé, et que nous avons vu, sous l'influence d'une légère pression exercée sur les parties latérales de cette articulation, s'écouler par une petite ouverture un peu de pus sanguinolent.

Antérieurement, notre malade avait une simple érosion à ce niveau sans plaie véritable, car il n'y avait pas eu en réalité la moindre solution de continuité de toute l'épaisseur de la peau par quelque instrument vulnérant. Celle-ci avait été entamée tout à fait superficiellement, l'épiderme présentait une légère écorchure à peine saignante.

Il est probable qu'il s'était fait une petite eschare, laquelle s'est détachée à un moment donné. Cette petite eschare nous avait échappé la première fois, cachée qu'elle était par le décubitus du malade. Mais, dès que j'ai aperçu cet écoulement de pus sanguinolent, je craignis bien qu'il ne provînt de l'articulation. Aujourd'hui je crois devoir être moins affirmatif à ce sujet, car la pression du genou ne m'a rien donné. Celui-ci est le siége d'un gonflement extrêmement douloureux, qui me paraît devoir s'expliquer par une arthrite intense. Le malade a de la fièvre, le pouls bat 120 fois par minute, et la température du corps est ce matin de 40 degrés et 5 dixièmes.

Aussi, malgré l'insuffisance des phénomènes extérieurs que ce malade nous présente, je suis assez porté à soupçonner l'existence d'une fracture inter-condylienne, communiquant avec l'articulation et en voie de suppuration.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Jules Simon.

De la belladone (1)

II

Nous allons étudier aujourd'hui les propriétés physiologiques de la belladone et ses indications thérapeutiques.

La belladone est une substance irritante sur les parties où elle est déposée. Prise à l'intérieur, elle amène une soif intense, de la sécheresse de la gorge, de l'amertume, une certaine âcreté ; elle donne lieu quelquefois à une demi-paralysie du pharynx, voire même parfois à une sorte de dysphagie. A dose toxique, elle produit des nausées et des vomissements comme l'opium lui-même.

Mais, tandis que l'action de ce dernier médicament sur le tube digestif est caractérisée par de la constipation, la belladone, au contraire, produit une hypersécrétion de la muqueuse des voies digestives, de petites contractions non douloureuses de l'intestin, enfin de la diarrhée.

Ces différences dans l'action des deux médicaments sont d'une importance capitale dans la thérapeutique des accidents intestinaux, et, s'agit-il de diarrhée, l'on ordonnera l'opium, s'agit-il de constipation, on prescrira la belladone.

La belladone a un effet sédatif sur la circulation; elle produit, à dose thérapeutique, une diminution du pouls et de la calorification, tandis que, à dose toxique, elle donne lieu à des accidents fébriles et à une élévation notable de la température.

Les préparations belladonées développent sur la peau une éruption presque scarlatiniforme, d'une rougeur uniforme. Leur action sur la respiration est de diminuer la sécrétion de la muqueuse respiratoire, la vitesse de la respiration, le jeu de la cage thoracique, en diminuant aussi la sensibilité des nerfs. Mais, administrée à dose élevée, en même temps qu'elle amène des vomissements et de la fièvre, elle augmente les mouvements de la cage thoracique. La belladone n'augmente pas la transpiration, et en cela elle est encore le contraire de l'opium ; de là des indications spéciales. Il en est de même des urines, dont elle augmente la quantité.

La belladone est un médicament nervin par excellence ; elle excite le système nerveux central ; à dose un peu élevée, elle amène de la céphalagie ; à dose plus forte, elle produit le vertige, l'ivresse, le subdélirium, une loquacité plus grande ; enfin, à dose toxique, le délire peut être beaucoup plus intense et devenir même furieux. C'est le contraire de l'opium, qui déprime le système nerveux.

Elle agit sur la pupille en la décongestionnant, en la dilatant, ce qui est encore le contraire de l'opium ; c'est ainsi que l'on a cru remarquer qu'elle anémiait le cerveau, tandis que l'opium semblerait plutôt le congestionner.

Enfin, à dose thérapeutique, elle diminue la susceptibilité des nerfs de la sensibilité, et à dose toxique elle donne lieu à des phénomènes de tétanisme.

En résumé, l'action principale de la belladone est de produire la diarrhée, de diminuer la calorification, d'augmenter la sécrétion rénale, de maintenir le système nerveux en éveil tout en anémiant le système nerveux central.

L'opium est le contre-poison de la belladone ; ces deux médicaments s'opposent l'un à l'autre, mais leur opposition n'est pas complète.

La belladone est un médicament très-fréquemment employé dans les maladies infantiles, par la tolérance plus grande chez l'enfant que chez l'adulte. Ces indications sont les suivantes dans les différentes maladies que nous allons parcourir.

Dans les laryngites aiguës, simples, dans la laryngite striduleuse, dans la laryngite intense avec spasmes, toux rauque, etc., je prescris un mélange à parties égales d'alcoolature de racines d'aconit et de belladone, et j'en donne de cinq à dix gouttes par jour chez les enfants âgés de deux à trois ans.

(1) Fin. — Voir le numéro du 5 janvier 1881.

Dans les bronchites spasmodiques, quinteuses, dans les adénopathies bronchiques, dans la coqueluche, dans la grippe, j'ordonne encore l'aconit associé à la belladone, soit sous la forme du mélange précédent, soit en potion. Si l'enfant est nerveux, très-excitable, j'associe le sirop de codéine (10 grammes) au sirop de belladone (10 grammes) et à l'alcoolature d'aconit, de huit à dix gouttes par jour, et j'obtiens ainsi le bénéfice des deux médicaments opium et belladone. Leur opposition n'est donc pas telle, vous le voyez, qu'on ne puisse pas les associer dans certaines affections, notamment contre le spasme respiratoire.

Dans les mêmes conditions, chez l'adulte, je formule la préparation suivante :

Sirop thébaïque.	70 grammes.
Alcoolature de racines d'aconit	4 —
Sirop de tolu..	150 —

dont je donne une cuillerée à bouche par jour.

Chez les enfants, je remplace le sirop thébaïque par le sirop de codéine, et j'ordonne deux cuillerées à café par jour, une le matin et une le soir, de la formule suivante :

Sirop de codéine.. . . .	70 grammes.
Alcoolature d'aconit . . .	4 —
Sirop de tolu	250 —

Vous savez, je n'ai plus besoin de vous le dire, que la contenance d'une cuillerée à café est de 5 grammes et celle d'une cuillerée à bouche est de 15 grammes.

La belladone est aussi d'un bon usage dans l'emphysème, dans l'asthme et dans les accès de suffocation. Par contre, son emploi est absolument proscrit dans la pneumonie et la broncho-pneumonie.

Dans les affections des voies digestives, notamment chez les petites filles nerveuses, presque hystériques déjà, à intelligence plus développée que leur âge ne le comporte, qui sont déjà de petites comédiennes, qui ont de l'hyperesthésie de la peau, qui se plaignent de grandes douleurs sans cause bien prononcée, qui ont quelquefois de la gastralgie, de la dyspepsie, parfois aussi des vomissements, chez ces malades, dis-je, après avoir essayé le laudanum, les vésicatoires, les douches surtout et la glace, je donne la belladone, malgré l'état d'excitation cérébrale qui existe déjà, à la dose d'une cuillerée à café d'un mélange à parties égales de sirop de codéine et de sirop de belladone.

Lorsque les enfants sont un peu plus grands et qu'il s'agit de combattre une constipation s'accompagnant de névralgie abdominale, j'ordonne avant le repas une pilule composée de 1 centigramme de poudre de belladone et 1 centigramme d'extrait de belladone.

Les pommades belladonées réussissent généralement bien dans le cas de ténesme. De même, dans les incontinences nocturnes d'urines, la belladone est un des moyens que l'on peut employer avec succès ; je dis un des moyens, car cette incontinence est le résultat de causes souvent très-différentes soit de rêvasseries, soit d'une vessie trop pleine, soit d'une muqueuse vésicale hyperesthésiée, etc.

Chez les jeunes filles de treize à quatorze ou quinze ans, dont la menstruation s'établit difficilement et s'accompagne de douleurs erratiques, je prescris un liniment composé de :

Extrait de belladone . . .	4 grammes.
Extrait de jusquiame . . .	6 —
Huile de jusquiame. . . .	30 —

On l'applique sur le bas-ventre, que l'on recouvre ensuite de cataplasmes. Sous son influence, les contractions du col de l'utérus sont moins grandes et les douleurs abdominales disparaissent. Dans les mêmes conditions, l'opium, sous forme de lavement laudanisé par exemple, aurait pour effet d'arrêter les efforts de la menstruation et d'aller par suite à l'encontre des résultats que l'on veut obtenir.

Autrefois la belladone était le seul médicament que l'on employait dans l'épilepsie, mais ses succès étaient rares, non pas que l'on prétendît guérir, mais on cherchait à éloigner et retarder les attaques. Aujourd'hui on l'a remplacé par les bromures. Mais il y a des épileptiques chez lesquels ce médicament ne réussit pas toujours. Chez ces malades, je reviens quelquefois à l'atropine et à la belladone comme à des dérivatifs du système nerveux, et j'ordonne par exemple pendant quinze jours 1 ou 2 milligrammes de poudre de sulfate neutre d'atropine, puis j'ai recours pendant quinze autres jours à la strychnine.

Dans le zona et la névralgie faciale d'origine rhumatismale, j'emploie la belladone pour combattre les douleurs dont le malade se plaint si vivement.

Dans les affections oculaires, je m'en sers également pour diminuer les contractions de la pupille. Je me trouve très-bien aussi de son emploi dans les conjonctivites catarrhales ou purulentes, en dehors des attouchements avec le nitrate d'argent, surtout si je complète le traitement par le sulfate de quinine à l'intérieur.

Enfin j'ajouterai que la belladone n'est pas un préservatif de la scarlatine, comme une certaine école, — *similia similibus*, — le préconise à cause de l'éruption scarlatiniforme à laquelle elle donne lieu.

En résumé, la belladone est un médicament que l'on emploie très-utilement et avec succès dans les affections respiratoires que nous avons indiquées, dans les maladies des voies digestives, où il n'existe ni entérite ni diarrhée, dans les affections du système nerveux, dans le zona, dans la névralgie faciale et dans les maladies des yeux.

HOPITAL DE LA CLINIQUE. — M. Budin.

L'hymen.

Je veux aujourd'hui vous parler de certaines dispositions que présentent les organes génitaux chez la femme, avant et après les premiers rapports sexuels.

En 1874, alors que j'étais interne à la Pitié dans le service de M. Léon Labbé, je fus appelé certaine nuit pour une femme enceinte, primipare, chez laquelle le travail de l'accouchement commençait. Cette femme était épileptique. Après l'avoir examinée avec soin, je donnai les instructions nécessaires et rentrai dans ma chambre, attendant que l'on me fît de nouveau demander. Aussi fus-je assez étonné lorsque le matin on me prévint qu'elle venait d'accoucher seule et tout d'un coup.

A mon arrivée auprès de son lit, je m'empressai de l'examiner, de peur qu'il ne se fût produit, par suite d'une expulsion aussi rapide, quelque déchirure. Je ne m'étais pas trompé, et je constatais bientôt non-seulement une rupture du périnée, de l'orifice anal et de la cloison recto-vaginale, mais encore une double déchirure sur les parties latérales de l'orifice vaginal, d'où l'existence d'un lambeau flottant

de chaque côté. De nombreux points de suture, placés par mon maître, M. Labbé, rapprochèrent les parties ainsi lésées, jusqu'à la réunion des bords de ces vastes plaies. La femme se rétablit très-bien au bout de quelque temps; aussi n'est-ce pas de cela que je veux vous entretenir, mais bien d'un fait qui m'avait vivement intrigué, c'est-à-dire de la disposition de la déchirure bilatérale, que j'avais quelque peine à comprendre. Je mis de côté l'observation de cette femme, me proposant de faire ultérieurement des recherches sur ce sujet. Ce ne fut cependant qu'en 1879 que, chef de clinique de M. le professeur Depaul, je pus bien étudier par des coupes anatomiques la disposition de l'appareil génital. C'est ainsi que je pus me convaincre que l'hymen, considéré comme une membrane distincte formée selon les uns par un repli de la muqueuse vaginale, selon d'autres par un repli de la muqueuse vulvaire, n'était autre chose que l'extrémité antérieure du canal vaginal, se terminant en avant par une partie rétrécie en doigt de gant et pénétrant ainsi entre les petites lèvres, avec son orifice propre.

Mais comment pouvait-on expliquer cette disposition? Lorsque l'on examine un fœtus de petite fille parvenu à quatre ou cinq mois, on est toujours porté de prime abord à le considérer comme du sexe masculin, en raison du développement, considérable à cette époque, du clitoris. Cependant il suffit de regarder immédiatement au-dessous de cet organe pour apercevoir la fente vulvaire. Mais point d'hymen, un clitoris très-développé, et, au-dessous de lui et à un demi-centimètre de profondeur, un orifice circulaire qui n'est ni celui de l'urèthre ni celui d'un hymen qui n'existe pas encore, mais bien un orifice se continuant avec la cavité du vagin.

Chez un fœtus de six mois et mieux encore de sept mois, le vagin étant descendu davantage, cet orifice arrive à l'ouverture vulvaire; enfin, à terme, il forme une certaine saillie, saillie plus ou moins marquée, selon les sujets, qui constitue ce que l'on appelait jusqu'alors la membrane hymen.

Les recherches histologiques ont complètement confirmé cette opinion ; en effet, si l'on pratique une coupe de cette région, on reconnaît parfaitement dans cet hymen les vaisseaux du tissu conjonctif des parois vaginales se prolongeant avec celui-ci jusqu'à l'orifice du bord du vagin.

Une membrane hyménéale spéciale n'existe donc pas, et son ouverture est bien l'orifice du canal vaginal, dont l'extrémité antérieure fait saillie entre les petites lèvres.

L'hymen peut revêtir différentes formes; il est le plus souvent circulaire, quelquefois en croissant; d'autres fois il est bilabié; il présente parfois encore plusieurs petits orifices; c'est ce que l'on appelle l'hymen crebriformis, ou bien encore deux petites ouvertures seulement. La forme, du reste, varie selon la situation occupée par l'orifice; si celui-ci est central, l'hymen est circulaire; s'il est situé un peu plus haut, le bord supérieur est diminué, tandis que son bord inférieur est augmenté d'autant ; enfin, les bords de l'orifice vaginal sont-ils très-souples, les deux lèvres s'accolent et lui donnent l'aspect d'une véritable fente.

De plus, comme je vous l'ai dit, l'orifice, au lieu d'être unique, peut être double; il y a alors une petite ouverture à droite et une autre à gauche; il peut aussi être multiple. D'autres fois, mais le fait est assez rare, il n'existe aucune perforation, et, dès la première apparition des règles, le sang, s'accumulant dans le canal vaginal, forme une tumeur plus ou moins considérable et saillante.

Lorsque l'on examine avec soin les organes génitaux de la femme, on trouve encore certaines différences suivant les sujets; c'est ainsi que l'orifice peut être vu très-petit ou très-large selon la souplesse plus ou moins grande des parties, selon leur degré d'insensibilité. Cette disposition peut s'observer chez l'enfant comme chez la femme adulte. De là des conséquences parfois de la plus haute importance.

Ainsi, il est généralement admis que les premiers rapports sexuels ne peuvent avoir lieu sans entraîner avec eux la déchirure de l'hymen, sans occasionner chez la femme une douleur plus ou moins vive, sans amener un écoulement de sang plus ou moins considérable. A ce propos, je pourrais vous citer des faits d'hémorrhagie telle, après les premiers rapports, que la femme, devenue exsangue, faillit succomber.

L'un d'eux se rapporte à deux jeunes mariés partis en voyage aussitôt après la cérémonie nuptiale, il survint en chemin de fer; l'hémorrhagie fut si abondante que nos jeunes époux durent descendre à l'une des stations, et le mari faire transporter sa femme dans l'hôtel le plus proche et lui faire donner des soins capables d'arrêter une perte de sang à laquelle elle était sur le point de succomber.

Le second fait a été observé par M. Depaul chez deux jeunes mariés qui venaient d'arriver au Grand-Hôtel; la perte de sang avait été si considérable, également, que la femme était absolument exsangue.

Mais, s'il est des cas où les premiers rapports sexuels entraînent une certaine déchirure, dont on retrouve plus tard les traces, bien que l'orifice n'en reste pas moins dans son entier, il en est d'autres cependant où ces rapports ont lieu sans rupture ni déchirure aucune, l'orifice vaginal étant chez certains sujets suffisamment large, et ses bords assez souples pour pouvoir se distendre sans donner lieu à aucune douleur ni à aucun écoulement de sang. J'en pourrais citer, à ma connaissance, treize cas sur soixante-quinze femmes examinées et interrogées par moi.

Ces faits doivent être connus en raison des conséquences auxquelles peuvent conduire les préjugés répandus dans le monde. Ainsi, des jeunes femmes ont été abandonnées par leur mari par suite de soupçons injurieux résultant d'une pénétration trop facile dans les premiers rapports sexuels. D'autres étaient frappées par leurs maris, qui les accusaient de les avoir trompés, de n'avoir point conservé ce capital intact, selon l'expression d'Alexandre Dumas.

C'est ainsi que, récemment, je recevais dans mon cabinet, d'une jeune et jolie femme, venue pour me consulter au sujet d'une dysménorrhée, la confidence de motifs qu'elle ne comprenait pas, et pour lesquels son mari s'était séparé d'elle. Jeune fille, parfaitement pure, elle s'était mariée à l'âge de quinze ans et trois mois. Les premiers rapports sexuels avaient été tellement faciles, sans douleur ni écoulement de sang, que son mari en avait conçu de graves soupçons et était devenu d'une jalousie excessive, lorsque, au bout d'un mois, cette jeune femme fut atteinte d'une vulvite fort douloureuse qui rendit tous rapports impossibles pendant un certain temps. De là des scènes conjugales extrêmement pénibles, la malheureuse femme accusée d'avoir eu des amants, enfin séparation de corps.

Vous voyez par ce seul fait, — et je pourrais vous en citer d'autres, — combien, par suite de préjugés absurdes, certaine disposition de l'orifice vaginal peut amener des complications sociales. C'est en pareils cas que l'examen des organes génitaux vous permettra de constater des bords

intacts, une grande souplesse et une grande extensibilité.

D'autres fois les premiers rapports ne peuvent avoir lieu tout de suite; ils sont très-pénibles, très-douloureux, et ce n'est qu'au bout d'un nombre de jours plus ou moins considérable, quinze jours, un mois même, après une distension lente, progressive, qu'ils s'accomplissent tout à fait normalement. Dans ces cas-là, également, il n'y a aucun écoulement de sang.

On rencontre aussi des jeunes femmes chez lesquelles les rapports sont absolument impossibles par suite de quelque anomalie, d'étroitesse excessive, et de résistance de l'orifice à toute distension ou déchirure. Ce sont des cas de ce genre qui nécessitent une petite opération, tels qu'une incision cruciale des bords, que l'on maintient ensuite écartés par des tampons jusqu'à parfaite cicatrisation.

En résumé, bien que trois faits physiologiques soient le plus souvent le résultat des premiers rapports sexuels, c'est-à-dire douleur, rupture et perte de sang, il peut exister un certain nombre de cas où les choses s'accomplissent sans qu'aucun de ces phénomènes se produise.

Ces faits sont aussi d'une très-grande importance au point de vue médico-légal, notamment lorsque le médecin est appelé à se prononcer sur une question de viol. Lorsqu'il y a déchirure et plaie récente, la solution est plus facile, bien que ces accidents puissent se produire dans d'autres circonstances. C'est ainsi que l'on a prétendu qu'ils pouvaient survenir dans certains mouvements, tels par exemple qu'un écart brusque et violent des jambes. J'avoue cependant que je n'y crois pas beaucoup. La déchirure produite par un corps étanger me paraît aussi chose rare, car leur introduction produit alors une douleur assez vive, et tel n'est pas là le but que poursuit son auteur.

Ceci me rappelle que j'ai omis de vous parler d'une autre forme encore de l'hymen, c'est-à-dire de l'hymen frangé que l'on rencontre quelquefois. Il est assez difficile dans ce cas de pouvoir dire si cette disposition est naturelle ou bien si elle est le résultat d'une déchirure.

Lorsque le viol, si viol il y a eu, remonte déjà à quelque temps, il est souvent bien difficile encore de se prononcer, surtout si l'on n'a pour tous renseignements que l'examen des organes génitaux, et si l'orifice vaginal est très-souple et qu'il n'y a eu aucune déchirure. De là une réserve forcée.

THÉRAPEUTIQUE

La toux et son traitement.

Par le Dr J.-L. Bertrond.

Dans les affections de toute nature de l'appareil respiratoire, la toux est le symptôme primitif et presque toujours constant dont se plaignent d'abord les malades. La toux peut présenter bien des modalités, mais elle est toujours pénible au premier chef. Dans la pneumonie, la bronchite, la phthisie pulmonaire, les malades supportent assez courageusement la fièvre, l'oppression, le point de côté; mais ce qui les irrite et les fatigue, c'est la toux, c'est d'elle dont ils parlent et se plaignent sans cesse au médecin ; c'est d'elle dont ils demandent avant toute chose à être débarrassés au plus vite.

C'est la toux qui fait naître la plupart des complications de la coqueluche et des laryngites.

Une simple bronchite catarrhale, avec intégrité parfaite du tissu pulmonaire, peut, sous son influence, devenir plus grave chez un malade affaibli.

Elle l'agite, le rend anxieux, empêche une nourriture suffisante, et amène en fin de compte un amaigrissement progressif, et souvent la consomption.

Il est donc indispensable pour le praticien de ne jamais perdre de vue ce symptôme qui peut devenir une redoutable complication.

Mais comment le combattre efficacement ? Ce problème fait le désespoir des médecins, car les conditions pathogéniques de la toux sont si variées qu'il est impossible de réagir sur toutes; mais, ce qui est certain, c'est qu'il y a toujours une irritation nerveuse périphérique. C'est elle qu'il faut surtout s'appliquer à combattre, et on en aura raison peu à peu, grâce à certaines préparations dont l'expérience a démontré l'efficacité plus tôt que le mode d'action. Tel est le cas du sirop de Pierre Lamouroux.

Il agit vite et bien. Il donne du repos aux malades et favorise l'hématose en diminuant la fréquence des accès.

C'est un calmant parfait dont la valeur a été reconnue et appréciée par les malades eux-mêmes, qui, depuis trente ans, l'emploient régulièrement dans la thérapeutique familière.

Nous ne voulons pas dire que ce soit un spécifique capable de guérir à lui seul toutes les maladies accompagnées de toux ; dans les cas graves, c'est un adjuvant dont on retirera de précieux avantages ; dans les cas légers, c'est un calmant qui suffit souvent seul à faire disparaître un symptôme pénible et fatigant.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 janvier 1882. — Présidence de M. de St-Germain.

COMMUNICATIONS

Côlotomie lombaire. — M. Verneuil, en nous présentant, dans la dernière séance, le malade auquel il a pratiqué la côlotomie lombaire, M. Tillaux disait qu'il ne pouvait hésiter, dans ce cas, qu'entre l'anus lombaire ou l'anus inguinal. Il avait une troisième ressource, la rectotomie linéaire et périnéale, bien supérieure, à mon avis, à l'anus artificiel. Quand il s'agit d'un cancer rectal inaccessible, il faut recourir à un anus artificiel, si toutefois l'état général du malade le permet, car il ne faut pas oublier que ces opérations, chez les malades arrivés à la période de cachexie, sont souvent suivies de mort. Les chirurgiens anglais font de très-bonne heure ces opérations ; les chirurgiens français, au contraire, ne les pratiquent habituellement que fort tard et, pour ainsi dire, à la dernière extrémité. Il y a des malades qui souffrent beaucoup, mais la rectotomie linéaire, comme l'anus contre nature, ne remédient qu'au phénomène de rétention des matières fécales et à la douleur résultant de cette rétention, mais non aux douleurs dépendant du cancer lui-même. Lorsqu'il existe de la rétention, pratiquez donc un anus artificiel ou la rectotomie, et vous verrez la douleur cesser presque instantanément ; les malades succomberont plusieurs mois après à leur affection cancéreuse, mais ils succomberont épuisés, sans souffrances. Ces opérations ne sont donc applicables qu'aux cas où il y a rétention des matières ; si la rectotomie n'est pas praticable, il reste alors à déterminer celle que l'on doit préférer, de la méthode de Littre (anus inguinal), ou de celle de Callisen (anus lombaire); il ne faut pas adopter uniquement l'une ou l'autre, chacune ayant ses indications. C'est surtout sur la situation de l'obstacle qu'il faut baser son choix entre ces deux procédés. Je n'ai pas eu occasion jusqu'ici de pratiquer l'opération de Callisen, je ne la combats pas; mais je la crois plus difficile que l'opération de Littre, et je lui trouve moins d'indications.

En résumé, chaque fois que la rectotomie linéaire est praticable, je la trouve infiniment préférable aux anus artificiels ; quand elle est impraticable, il reste à choisir entre les deux méthodes, celle de Callisen et celle de Littre, chacune ayant ses indications précises. Ces opérations, dans les cas de cancer, ne sont, bien entendu,

que des opérations palliatives, et elles ont pour but de remédier au phénomène de rétention.

M. POZZI. M. Desprès disait qu'il était toujours possible de soulager les malades atteints de rétrécissements du rectum, cancéreux ou non, autrement que par ces opérations. Il y a des cas où il n'y a réellement pas d'autre ressource; je citerai l'exemple suivant. Il s'agit d'un jeune homme qui était atteint de rétrécissement complet résultant d'un sarcome rectal infranchissable; deux tentatives de dilatation, faites par M. Péan, étaient restées sans résultat, l'une d'elles avait même été suivie d'une hémorrhagie qui a failli causer la mort. Le rétrécissement se reproduisait toujours, le malade éprouvait des douleurs atroces; je pratiquai la côlotomie. Entre l'anus normal et l'anus chirurgical existait une masse de matière fécale, dure, obstruant l'orifice; des injections forcées d'eau de sel finirent par faire sortir cette masse de matière par l'anus artificiel. Le malade, qui était mourant au moment de l'opération, vécut encore cinq mois, revenant à la vie et à l'espérance, ne souffrant pour ainsi dire plus, pouvant se lever, se remettre à jouer du piano. Il succomba doucement, sans souffrances, du cancer dont il était atteint. Or une opération qui permet de donner ainsi une survie de cinq mois, dans de semblables conditions, vaut bien qu'on la prenne en considération.

M. TILLAUX. M. Desprès m'a reproché de m'être trop hâté d'opérer le malade que j'ai présenté. Ce malade est resté dans mon service cinq mois avant l'opération; pendant ce temps j'ai successivement passé en revue tous les autres moyens de traitement.

M. TRÉLAT fait remarquer la ressemblance qui existe entre le cas de M. Pozzi et l'un de ceux qu'il a cités. Relativement au manuel opératoire de la côlotomie lombaire, il répond à M. Tillaux qu'il est toujours facile de distinguer le muscle carré des lombes de l'intestin, celui-ci étant blanc, le muscle rouge et la graisse jaune. D'ailleurs, par le procédé tel qu'il le décrit, on laisse le muscle carré des lombes en haut et en dedans. M. Desprès a dit qu'il n'avait pas jusqu'ici trouvé l'occasion de pratiquer cette opération, mais elle peut lui venir d'un jour à l'autre. Il y a trois ans, dit M. Trélat, j'étais consulté pour un petit jeune homme de treize à quatorze ans, qui portait dans le rectum une masse de tumeurs épithéliales. Je dus abandonner cet enfant à lui-même; je ne sais ce qu'il est devenu; mais, si je le revoyais aujourd'hui dans les mêmes conditions, je n'hésiterais pas à lui pratiquer un anus artificiel. Il ne faut donc pas dire, comme M. Desprès : Jamais je ne ferai telle ou telle opération; mais bien: Jamais jusqu'ici je n'ai eu à faire cette opération.

Quand on a l'expérience de l'anus lombaire, on ne doit plus dire qu'il a les mêmes inconvénients que l'anus inguinal; rappelez-vous, en effet, l'aspect particulier de la femme que j'ai présentée dans la dernière séance; qu'on se rappelle cet anus petit, bien fait, propret, coquet, pourrait-on dire, qu'elle portait dans la région lombaire, et qui, au point de vue fonctionnel, ne laissait rien à désirer; en outre, cette femme ne souffre plus.

Les Anglais font trop d'anus contre nature, puisqu'ils vont jusqu'à proscrire absolument l'ablation des tumeurs rectales; mais il résulte de cette manière de faire qu'ils ont une grande expérience de ces opérations d'anus artificiels, et il faut bien tenir compte de leur opinion relativement au soulagement que ces opérations procurent aux malades. Il est bien évident qu'on ne retarde en rien la marche de la tumeur rectale, mais on en réduit singulièrement l'expression symptomatique. Enfin, l'une des grandes raisons qui plaident en faveur de l'anus lombaire, c'est la diarrhée incoercible qu'on a souvent chez les malades porteurs d'anus inguinal.

En présence de malades atteints de cancers du rectum, nous avons donc plusieurs ressources chirurgicales : d'abord l'ablation, chaque fois qu'elle peut être faite en totalité; ensuite les opérations palliatives, telles que la rectotomie linéaire, la côlotomie lombaire, l'anus inguinal, chacune de ces opérations répondant à des indications particulières. J'ai pratiqué deux fois la rectotomie linéaire, une première fois chez un homme de soixante-six ans, qui était pris sept à huit fois par jour d'un ténesme très-douloureux, très-pénible, et qui souffrait cruellement; il portait des tumeurs et des ulcérations très-haut placées, impossibles à dépasser; il était dans un état cachectique avancé. Je pratiquai la rectotomie linéaire avec le thermocautère. Le résultat fut excellent, trois semaines après, il croyait à sa guérison prochaine. La seconde fois, il s'agissait d'une femme de soixante-cinq ans, déjà opérée deux fois d'un cancer ano-rectal récidivé. La rectotomie linéaire donna également chez cette malade un très-bon résultat.

Mais, dans les cas où la rectotomie linéaire est impraticable, la constitution d'un anus artificiel, pratiqué soit dans la région lombaire, soit dans la région inguinale droite ou gauche, suivant les indications, peut rendre à certains malades un signalé service.

M. DESPRÈS. Il semblerait, d'après cette discussion, que tous les malades atteints d'un cancer du rectum exigeassent une opération. Or, neuf fois sur dix, ces malades ne nécessitent pas une intervention chirurgicale. Les rétrécissements du rectum guérissent par la dilatation bien faite; jamais, à mon sens, ils n'exigent la côlotomie lombaire. Mais cette dilatation doit être faite avec des canules percées au bout et laissées plusieurs heures dans le rectum.

Quelle est l'indication des opérations pour les malades atteints de cancer du rectum? C'est l'occlusion complète; or je ne l'ai jamais rencontrée chez ces malades. Les opérés de MM. Trélat et Tillaux rendaient des gaz avant l'opération; ils éprouvaient seulement de la difficulté à aller à la garde-robe, et avaient parfois du ballonnement du ventre. Est-il nécessaire, chez ces malades condamnés d'avance à une mort certaine, de faire des opérations graves et laissant après elles une infirmité repoussante? Si j'avais un cancer du rectum, j'aimerais mieux qu'on me laissât mourir de mon cancer que de me mettre un anus dans le dos ou sur le ventre. Vous obtiendrez par la dilatation bien faite ce que vous donnent la rectotomie linéaire ou la côlotomie lombaire. Avec des bains, des laxatifs tous les deux jours, vous préviendrez l'occlusion intestinale. Quant aux douleurs lancinantes, elles tiennent au cancer lui-même et non aux phénomènes de rétention; ces opérations ne sauraient donc y remédier.

M. TRÉLAT. C'est une erreur; elles y remédient en grande partie.

M. DESPRÈS. Il y a des douleurs dues au contact de matières dures, amassées depuis longtemps dans la partie inférieure de l'intestin, par la faute du médecin qui n'a pas su éviter la constipation. Quand il y a rétrécissement, débouchez la lumière de votre rétrécissement. J'ai eu recours trois fois à la dilatation par le procédé allemand, c'est-à-dire en introduisant le doigt et même la main dans le rectum. Les trois fois, j'ai rendu service à mes malades, et cela sans leur infliger l'infirmité repoussante d'un anus contre nature.

M. DESORMEAUX voit en ce moment un malade atteint de cancer du rectum et qui a de l'incontinence des matières, contrairement à ce qui a lieu habituellement; mais c'est là une heureuse exception. Quant au petit malade dont a parlé M. Trélat, il avait des tumeurs dans le petit bassin qui contre-indiquaient toute opération d'anus artificiel. Il a fini par mourir d'épuisement, de tuberculisation pulmonaire, ce qui m'a fait penser que ces tumeurs du rectum et du petit bassin étaient plutôt de nature tuberculeuse que de nature cancéreuse.

M. POZZI. Le malade dont j'ai parlé avait reçu tous les soins qu'indique M. Desprès, et, malgré l'emploi régulier de la sonde, de l'eau d'Hunyadi, quelquefois même de l'eau-de-vie allemande, il s'est fait un amas de matières concrètes au-dessus du rétrécissement. En outre, le malade souffrait horriblement et avait fini par se refuser énergiquement à la dilatation, qui lui causait chaque fois des douleurs atroces. Il était mourant quand je me décidai à l'opérer, et sa situation, après l'opération, n'était plus la même; il revint à la vie, à la tranquilité et à l'espérance; il s'éteignit doucement cinq mois après.

Les douleurs qu'éprouvent les malades ne sont pas dues seulement à l'essence cancéreuse de la maladie, et, ce qui le prouve, c'est précisément le bien-être relatif qu'ils éprouvent à la suite de ces opérations, qui n'empêchent en rien la maladie de suivre son évolution naturelle.

M. TRÉLAT. Ces importantes questions ne sauraient être jugées

en deux séances de discussions. J'ai, comme M. Pozzi, la conviction profonde que ces opérations rendent service au malade ; je suis parfaitement convaincu que nos malades, ainsi opérés, vivent cinq ou six mois de plus, en moyenne, que les malades de M. Desprès. Ce sont là des questions à juger par des faits et non par des assertions.

ÉLECTIONS

M. Chauvel est élu membre titulaire.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Sont nommés officiers d'académie : MM. les docteurs Kiemer, médecin-major de première classe ; Chevalier, maire de Saint-Agnan ; Gassot (de Chevilly) ; Hache (de l'Hay) ; Lebeault, pharmacien à Paris ; Dumontpallier, secrétaire général de la Société de biologie ; Mangenot (de Lunéville) ; Floquet (de Paris) ; Labarthe, rédacteur en chef du *Médecin praticien*.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Sont attachés à la chaire des maladies du système nerveux : un chef de laboratoire, au traitement de 2,400 francs ; un chef de clinique ; un préparateur et un garçon de laboratoire, au traitement de 1,200 francs.

— Par décrets en date du 31 décembre 1881, il est créé, à l'École supérieure de pharmacie : 1° une chaire de minéralogie et hydrologie ; 2° une chaire de cryptogamie.

— Par décret en date du 1er janvier 1882 : M. Bouchardat, agrégé des écoles supérieures de pharmacie, est nommé professeur de minéralogie et hydrologie à l'École supérieure de pharmacie de Paris ; M. Marchand, agrégé des écoles supérieures de pharmacie, est nommé professeur de cryptogamie près l'École supérieure de pharmacie de Paris.

— La Société médicale des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance mercredi 11 janvier, à huit heures précises du soir, à l'administration de l'Assistance publique.

Ordre du jour : 1° Installation du bureau ; 2° constitution médicale du mois de décembre, policlinique ; 3° rapports de MM. Dromain et Toledano ; 4° sur le prochain congrès international de bienfaisance de Paris, par M. Passant.

— M. Georges Ville, professeur au Muséum d'histoire naturelle de Paris, commencera son cours de physique végétale le jeudi 12 janvier 1882, à dix heures du matin, et le continuera les samedi, mardi et jeudi de chaque semaine, à la même heure.

— M. le docteur Descroizilles, médecin de l'hôpital des Enfants, commencera ses leçons cliniques le samedi 14 janvier, à neuf heures, salle Saint-Ferdinand, et les continuera les samedis de chaque semaine à la même heure. — Il s'occupera surtout des maladies cutanées et des maladies chroniques de l'enfance. — Consultations le mercredi et le jeudi.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la Maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 12212.

N° 5. — JEUDI 12 JANVIER 1882. 55e ANNÉE. JEUDI 12 JANVIER 1882. — N° 5.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Encore un envahissement de la théorie parasitaire. M. Balzer vient de découvrir que les prétendues granulations granulo-graisseuses signalées dans certaines maladies telles que l'ictère grave, etc., ne disparaissant pas sous l'action des différents dissolvants de la graisse, doivent être probablement des microbes de forme globulaire, *micrococcus*.

Après cette lecture, qui a duré dix minutes, la séance a été levée.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Hardy.

Lymphadénome secondaire généralisé.

Au n° 1 de la salle Saint-Charles, nous avions encore, ces jours derniers, un homme de quarante-quatre ans, manouvrier, qui avait joui d'une bonne santé jusqu'à il y a deux ans environ. A cette époque cependant, il fut opéré à la Pitié d'une tumeur maligne du testicule. L'opération réussit parfaitement, et au bout de peu de temps cet homme, très-bien rétabli, en apparence du moins, reprenait ses occupations ordinaires. Mais il redevint souffrant il y a sept ou huit mois, se plaignant de douleurs assez fréquemment répétées dans le ventre, notamment à la région épigastrique. En même temps l'appétit diminuait, il mangeait sans plaisir, éprouvant surtout de la répugnance pour la viande et les aliments solides. Cependant il digérait sans avoir ni vomissements, ni diarrhée, ni constipation bien prononcée. Peu à peu il maigrit, perdit ses forces, et c'est alors qu'il se décida à entrer à l'hôpital vers le 15 octobre dernier.

A ce moment, il était d'une maigreur confinant au marasme, et sa faiblesse était telle qu'il ne pouvait rester levé que quelques heures à peine. Néanmoins il n'était œdématié en aucun point du corps ; mais les fonctions étaient assez irrégulières, il mangeait peu, sans appétit, et, s'il ne vomissait pas toujours, il éprouvait cependant après les repas une sensation de pesanteur dans la région épigastrique. En tous cas nulle diarrhée, légère constipation, selles tous les deux jours.

La douleur abdominale était peu vive, tantôt lancinante, tantôt comme une sorte de picotement. A la région épigastrique on constatait l'existence d'une saillie qui gagnait sur le côté l'hypochondre gauche et s'étendait en bas jusqu'à l'ombilic. Par le palper on sentait sous la peau une tumeur dure, résistante, inégale, qui s'affaissait en se prolongeant vers l'ombilic, un peu mobile, et sensible à la pression.

Dans le diagnostic d'une tumeur abdominale, le médecin a plusieurs questions à résoudre : 1° La tumeur est-elle solide, liquide ou gazeuse ? Les tumeurs liquides sont généralement arrondies, fluctuantes, tandis que les tumeurs solides sont dures, bossuées et sans élasticité. Quant aux tumeurs gazeuses, la palpation et la percussion permettent de les distinguer de suite très-nettement ; 2° Quel est son siège anatomique ? Le siège occupé par une tumeur ne peut donner, relativement à l'organe qu'elle atteint, que des présomptions et non une certitude. Si vous la rencontrez dans la région épigastrique, vous songez immédiatement à l'estomac, au pancréas ou à leurs annexes. Si dans l'hypochondre droit, au foie ; si dans l'hypochondre gauche, à la rate ; si dans les flancs, à l'ovaire chez la femme et aux intestins ; si dans la région hypogastrique, à l'utérus chez la femme, à la vessie chez l'homme ; enfin, si dans la région rénale et un peu en avant, aux reins et aux capsules surrénales. Mais je le répète, ce ne sont là encore que des signes de présomption, les organes malades éprouvant parfois, par suite de leur état morbide, des déplacements plus ou moins considérables ; 3° Mais ce qui est beaucoup plus important, ce sont les phénomènes symptomatiques, les troubles fonctionnels qui appartiennent en propre à l'organe malade : ainsi, une inappétence complète, s'accompagnant de vomissements alimentaires ou sanguins, est symptomatique d'une tumeur dépendant de l'estomac ; ainsi, douleur dans l'hypochondre droit et ictère, tumeur du foie ; troubles intestinaux, constipation suivie de débâcle, et entérorrhagie, tumeur des intestins ; altérations particulières des urines caractérisées par la présence de l'albumine, du pus, ou du sang, affection de la vessie. Enfin, si les organes de la cavité abdominale ne nous donnent que des phénomènes négatifs, c'est que la tumeur s'est formée aux dépens des tissus annexes : péritoine, tissu conjonctif et ganglions lymphati-

ques, si nombreux dans la cavité splanchnique ; 4° Quant à la nature de la tumeur, elle se dégage des phénomènes généraux, des phénomènes concomitants et de son siége.

Si nous appliquons ces données au cas particulier qui nous occupe, nous trouvons d'abord comme siège : la région épigastrique et l'hypochondre gauche, c'est-à-dire le pancréas, la rate et l'estomac. Mais ce dernier est peu troublé dans ses fonctions, et nous n'avons guère que de l'inappétence, inappétence qui n'est pas absolue, et des digestions lentes qui peuvent également s'expliquer par la présence d'une tumeur comprimant l'estomac, sans lui appartenir ; d'ailleurs point de vomissements, si ce n'est, dans les derniers jours, vomissements *bilieux*, qui, par leur nature même, signe très-important, doivent faire rejeter toute pensée d'un cancer de l'estomac. En effet, dans cette affection, les vomissements sont muqueux, alimentaires ou hématiques, mais jamais bilieux, ou très-exceptionnellement.

La tumeur, bien qu'occupant la région splénique, ne saurait appartenir à la rate ; d'abord les tumeurs malignes de la rate sont très-rares, et la percussion de cet organe nous montre qu'il ne remonte pas très-haut, mais qu'il affecte des dimensions à peu près normales, tandis que, si l'organe splénique était atteint, il devrait tout autant remonter vers la région épigastrique que descendre au-dessous de son siège ordinaire. Ici il n'en est rien.

Reste le pancréas, mais les troubles intestinaux sont presque nuls, et sans aucun phénomène de cette diarrhée incoercible, à peu près constante dans les tumeurs pancréatiques.

Si donc la rate, le pancréas et l'estomac sont écartés, que nous reste-t-il dans cette région, si ce n'est le péritoine et les ganglions rétro-péritonéaux? C'est donc là que, par exclusion, notre diagnostic a fixé le siège de la tumeur qui nous occupe.

Quant à sa nature, elle me paraît plus facile à établir, et à démontrer par les commémoratifs. En effet, cet homme a subi, il y a deux ans, l'ablation d'un testicule envahi par une tumeur qui, selon toutes probabilités, devait être de nature cancéreuse. Il semble donc aussi tout probable que l'affection néoplasique s'est propagée par les voies lymphatiques aux ganglions rétro-péritonéaux.

C'est ainsi que nous sommes arrivés à établir un diagnostic que l'autopsie a à peu près complètement confirmé.

Nous avons alors eu recours à un traitement palliatif, le seul qui fût possible : cataplasmes laudanisés sur la région douloureuse, opium à l'intérieur, alimentation légère par du lait et des bouillons.

Vers la fin de la vie, quelques exacerbations des douleurs abdominales, un peu de fièvre et des vomissements verdâtres et jaunâtres nous ont montré qu'il se faisait de temps à autre de petites poussées de péritonite. Puis le malade a mangé de moins en moins, a plusieurs fois vomi jusqu'à ses aliments, mais dans les derniers jours seulement, une fois même il a rendu un peu de sang, mais ce phénomène était dû à l'une de ces suffusions sanguines qui se produisent parfois sur la muqueuse stomacale lorsque la circulation se trouve gênée par le fait d'une compression considérable. Le faciès est devenu hippocratique, l'amaigrissement tel que la peau était comme collée sur les os, et cet homme est mort dans un état d'affaiblissement progressif.

Je dois ajouter que, jusqu'au dernier moment, il n'a présenté ni ascite, ni aucune trace d'œdème.

L'autopsie, faite trente-sept heures après la mort, a démontré tout d'abord le pancréas sain, la rate normale, l'estomac indemne. Elle nous a montré une tumeur volumineuse, solide, blanchâtre, dure, inégale, bossuée, s'étendant jusqu'à l'ombilic, et développée surtout dans l'hypochondre gauche. Elle ne siège pas dans le grand épiploon, mais dans les ganglions lymphatiques rétro-péritonéaux. Bien qu'elle ressemble un peu à de l'encéphaloïde, elle est plus dure et un peu moins vasculaire. Ce n'est pas tout-à-fait du cancer, bien que par sa marche et sa terminaison elle se soit comportée comme une tumeur cancéreuse, tout en présentant quelques différences dans l'appareil symptomatique. C'est ainsi que notre malade n'a pas eu la teinte jaune paille de la cachexie cancéreuse; il n'a pas eu non plus d'ascite, ce qui s'explique par l'absence de compression de la veine-porte.

La tumeur est adhérente à la colonne vertébrale, sans qu'elle l'ait pénétrée en aucun point ; elle est formée de petites masses agglomérées, et, ainsi qu'on peut la suivre dans sa marche, elle a débuté, à la suite de l'ablation du testicule, par les ganglions lombaires, dans lesquels il existait, dès avant l'opération testiculaire, des foyers silencieux. Ces foyers ont végété à leur tour, embolisant par les voies lymphatiques dans les autres ganglions jusque dans les poumons. Ici en effet nous trouvons le parenchyme pulmonaire farci de noyaux profonds et superficiels surtout, noyaux blancs, un peu durs, analogues à la tumeur originaire, qui n'ont donné lieu, pendant la vie, à aucun phénomène appréciable. Les ganglions du médiastin sont également atteints, ainsi qu'un ganglion du triangle sus-claviculaire. Quant au cœur, il présente l'atrophie des gens extrêmement amaigris qui sont morts dans le marasme.

Nous sommes donc ici en présence d'un lymphadénome secondaire de l'affection testiculaire, lymphadénome généralisé, caractérisé par l'hypertrophie des ganglions lymphatiques et par la production néoplasique d'un tissu conjonctif, réticulé, à mailles très-fines ; affection essentiellement maligne, dont le pronostic est toujours grave, et qui se termine ordinairement par une mort plus rapide même que chez notre malade.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Verneuil.

Épithélioma du rectum, traitement palliatif du cancer.

Au n° 9 de la salle Saint-Louis se trouve couché un homme maigre, chétif, pâle, ayant plutôt l'aspect d'un phthisique que d'un cancéreux, enfin âgé de quarante et un ans.

Cet homme jouissait ordinairement d'une bonne santé et n'avait encore rien éprouvé, lorsqu'il y a six mois il fut pris d'accidents diarrhéiques intenses, qui depuis lors n'ont pas cessé. Dernièrement ils se sont compliqués de ténesme continu ; les selles se sont élevées au nombre de quinze à vingt par jour, s'accompagnant d'hémorrhagies. De là un amaigrissement considérable.

Enfin, en pratiquant le toucher rectal, nous avons constaté l'existence d'un cancer du rectum. La région anale est saine, en apparence du moins, le sphincter fonctionne bien, mais

le toucher indique une tuméfaction et une induration de la paroi antérieure du rectum au niveau de la prostate, à 2 ou 3 centimètres environ de l'anus.

Cette tuméfaction est dure, inégale, bosselée, avec une ulcération au centre ; l'induration est très-étendue, et la moitié postérieure de la cavité rectale seule est restée saine.

Nous sommes donc en présence d'un cancer du rectum, ou mieux d'un épithélioma, car le cancer véritable de cette région est assez rare.

La tumeur n'est malheureusement pas opérable à cause de sa situation, d'une part, et, de l'autre, à cause des complications qu'elle a déjà déterminées. Si l'on raconte que des chirurgiens ont enlevé la partie antérieure du rectum, la prostate, les vésicules séminales, etc., et que le malade a pu vivre ensuite plusieurs années encore, je ne sache pas que l'ablation d'un épithélioma du rectum ait permis une survie de trois ans sans récidive, surtout après un pareil délabrement opératoire.

Dans le cas présent je n'opérerai pas, parce que je serais à peu près certain d'une récidive immédiate. De plus, j'ai pu constater par la vue et le palper que le foie était presque doublé de volume, qu'il était induré et très-probablement le siège, soit d'un cancer secondaire, soit d'une stéatose, complication assez fréquente d'un cancer organique.

Néanmoins l'appétit est conservé, l'anémie n'est pas très-profonde, et, n'était l'amaigrissement prononcé du malade, on ne se douterait pas au premier abord de l'existence d'une affection cancéreuse. De plus, la circulation hépatique n'est pas entravée ; il n'y a ni ascite, ni œdème, ni anasarque.

L'état du foie est des plus importants, car il me défend toute opération, même palliative, telle que la côlotomie pour l'établissement d'un anus artificiel, opération à laquelle on serait autorisé, sans cette complication, pour combattre le rétrécissement du rectum et son obstruction, comme on le fait surtout en Angleterre.

En France, on est moins partisan de cette opération, et l'on est plus porté à une incision du sphincter pour l'élargissement de l'ouverture inférieure. Mais ici l'état du foie la contredit encore: il entraînerait fatalement la mort du malade après l'opération. J'ai vu mourir ainsi des individus dont les viscères contenaient à peine deux ou trois noyaux cancéreux, sans qu'aucun phénomène apparent ait pu être constaté. D'autre part, quand on pratique la côlotomie pour un cancer du rectum limité à l'organe lui-même, on a quelquefois des succès opératoires ; mais, lorsque la maladie se complique de noyaux cancéreux dans des organes intra-péritonéaux, la mort survient rapidement après l'opération.

De même, qu'une fracture ou une entorse se produise chez des individus atteints de cancer du foie ou de l'estomac, ceux-ci succombent promptement.

Il n'y a donc chez notre malade aucune tentative possible à faire de cure radicale ou palliative ; celles-ci n'auraient d'autre effet que d'abréger encore la vie du malade. Dans ces cas-là, à peine la plaie est-elle en voie de cicatrisation que des manifestations secondaires apparaissent, qui marchent avec une telle rapidité que bien certainement il existait déjà quelque chose de secondaire avant l'opération.

Il y a quelques semaines, j'ai opéré un autre malade atteint d'un cancer volumineux du testicule. La cicatrisation de la plaie a bien marché ; mais actuellement cet homme se plaint de douleurs dans les reins. Jusqu'à présent nous n'avions rien découvert qui pût nous en donner l'explication, lorsque aujourd'hui nous avons trouvé un engorgement profond le long de la colonne vertébrale du côté malade, engorgement indolent, immobile, assez bas placé, qui n'appartient ni au rein ni à la rate. C'est une tumeur secondaire, consécutive à la castration, malgré le succès de l'opération ; et notre malade commence à maigrir, sa mine est déjà moins bonne. Dans quinze jours, peut-être sa tumeur sera-t-elle déjà appréciable à la vue.

Nous l'avons opéré de son testicule cancéreux parce qu'à cette époque, malgré nos recherches, nous n'avions trouvé aucune manifestation interne particulière. Nous avons ainsi abrégé involontairement sa vie par une opération qui n'a fait que donner un coup de fouet à des noyaux secondaires intra-abdominaux préexistants.

Dans bon nombre de cas on n'examine pas assez à fond les viscères, et l'opération, donnant une impulsion plus ou moins vive à l'état diathésique, a pour résultat d'abréger l'existence. Cependant, quand le cancer entraîne avec lui des douleurs atroces, il faut encore savoir s'il n'y a pas quelque autre traitement préférable à l'opération, tel par exemple que les injections de morphine.

Il existe encore d'autres moyens de soulager les malades atteints de cancer ; sans parler d'aucune médication interne, il est certaines manœuvres sur la tumeur qui, sans guérir pour cela, produisent néanmoins un soulagement, parfois même d'une certaine durée.

Ceci nous a été appris par les charlatans qui, pour justifier la confiance dont ils sont l'objet de la part d'un certain nombre de malades, font, dans ces cas-là, toujours quelque chose. Il faut en effet, ne serait-ce qu'au point de vue du moral du malade, faire quelque chose ; il faut ne pas rester les bras croisés. De plus il y a fréquemment des accidents locaux à combattre : tantôt ce sont des hémorrhagies à arrêter, tantôt des sécrétions ichoreuses fétides à désinfecter ; ce sont encore, dans le cancer du sein notamment, des masses volumineuses que l'on fera tomber par les caustiques, des ulcères cancéreux à traiter par les antiseptiques, par l'acide phénique, et dans ces différents cas, selon les indications, vous produirez un soulagement et donnerez une survie à vos malades.

C'est ainsi que j'ai vu des femmes atteintes d'épithélioma de l'utérus inopérable, mais chez lesquelles de temps à autre l'enlèvement de grosses fongosités amenait un soulagement notable, et les malades reprenaient vie pour un certain temps. C'est ainsi que je vis une femme, qui avait un cancer au sein pour lequel j'avais pronostiqué trois ou quatre mois de vie à peine, survivre pendant plusieurs années grâce à des mouches de pâte de Vienne, qu'un acrobate, devenu guérisseur de cancers, lui appliquait tous les quinze jours ou toutes les trois semaines, c'est-à-dire chaque fois que les douleurs du sein réapparaissaient un peu vives.

C'est ainsi que, par la vue des résultats de survie obtenus par des charlatans, j'ai été conduit à faire quelque chose, à avoir recours à des moyens palliatifs chez des malades chez lesquels tout traitement curatif était impossible. Ces moyens ont encore un avantage : celui de consoler le malade, de calmer ses souffrances morales, et de lui donner une certaine confiance dans l'avenir. Ils sont donc aussi des moyens psychiques.

HOPITAL NECKER. — M. POTAIN.

Tuberculisation aiguë et subaiguë avec épanchement pleurétique léger.

Parmi les quatorze malades qui sont entrés dans le service pendant la seule journée d'hier, nous en avons deux qui nous intéressent tout particulièrement par la forme insolite que paraît revêtir l'affection dont ils sont atteints. Cette forme insolite pourrait même, chez l'un d'eux surtout, rendre notre diagnostic quelque peu hésitant.

Le premier est un jeune garçon couché au n° 28 de la salle Saint-Luc, d'une santé ordinairement mauvaise, chez qui les premiers symptômes ont été des phénomènes gastriques, simulant une fièvre muqueuse légère, débutant il y a trois semaines par de l'inappétence, un grand accablement et de la toux. Cet état a duré une quinzaine de jours environ, et s'est accusé ensuite depuis huit jours par un accablement beaucoup plus considérable, une toux plus forte, de la céphalalgie, des vertiges, des étourdissements et des bourdonnements d'oreilles. Entré hier matin dans nos salles, il n'a présenté aucun phénomène fébrile, ni dans la journée, ni dans la soirée; sa température est restée à 37°,4. La langue était sèche, le ventre plat, non ballonné, la rate légèrement plus volumineuse qu'elle ne doit l'être à l'état normal; la prostration était assez grande, et l'on entendait des râles sibilants dans toute l'étendue de la poitrine.

Ce matin il n'y a pas de fièvre, la température est la même qu'hier, parfaitement normale, le pouls est régulier, la respiration n'est pas accélérée, la toux est assez fréquente, la langue est un peu sèche, le ventre n'est pas seulement plat, mais il est déprimé, tout à fait en bateau. Pas de gargouillement dans la fosse iliaque droite, la rate est encore légèrement tuméfiée. A l'auscultation, on entend des râles sibilants dans toute la poitrine, mais de plus on remarque que la sonorité est modifiée en haut et à droite au sommet du poumon; mais il faut une très-grande attention pour découvrir cette différence au-dessous de la clavicule droite et constater en même temps de la faiblesse du murmure vésiculaire au même niveau comparé avec le côté opposé. Enfin, les vibrations thoraciques sont un peu plus fortes, et la percussion est douloureuse sous la clavicule droite.

Nous avons donc au sommet du poumon droit les signes manifestes d'une hyperémie pulmonaire avec diminution de la pénétrabilité à l'air et de la sonorité normale. Il n'y a pas d'épanchement.

D'après l'évolution des phénomènes que nous venons de relater, notre pensée serait tout d'abord portée sur l'existence d'une fièvre typhoïde; mais, si nous remarquons que nous sommes arrivés aujourd'hui au vingt-unième jour de la maladie et qu'il n'existe aucune tache rosée lenticulaire sur la peau, nous devons, pour admettre une fièvre typhoïde, considérer celle-ci comme récente, datant seulement de huit jours, et faire des deux premières semaines une période prodromique.

Cette interprétation ne nous paraît guère possible en présence de l'absence de toute fièvre, même le soir, de l'absence également de tous phénomènes intestinaux, et d'une rate à peine plus volumineuse que d'habitude. Il nous faut donc rejeter complètement l'idée d'une affection typhoïde, car, s'il existe bien une céphalalgie et une prostration persistantes, cependant les réponses du malade sont parfaitement nettes, il n'y a ni stupeur intellectuelle, ni lenteur dans les conceptions; loin de là, au contraire, les réponses sont très-vives.

Les symptômes caractéristiques de la fièvre typhoïde nous faisant défaut, nous devons tenir compte des signes que la percussion et l'auscultation du poumon nous ont fournis au sommet du côté droit. Les phénomènes généraux que nous constatons chez notre malade, qui durent depuis trois semaines, s'expliqueront alors par le développement d'une tuberculisation granuleuse aiguë revêtant la forme typhoïde, comme cela se remarque quelquefois. L'absence de fièvre, que l'on pourrait invoquer contre ce diagnostic, n'est pas une difficulté suffisante pour repousser la tuberculisation aiguë, car elle est, dans cette affection, peu constante, ou mieux peu régulière, inégale, capricieuse durant quelques jours, puis disparaissant pour se montrer de nouveau trois, quatre, cinq ou six jours plus tard.

Cependant, si l'absence de la fièvre persistait un certain temps, elle nous conduirait à rejeter l'idée d'une tuberculisation aiguë; mais il nous paraît plus probable que nous la verrons apparaître quelqu'un de ces prochains jours, confirmant ainsi notre diagnostic. En tous cas, l'avenir seul pourra nous éclairer complètement.

Toutefois, l'état apyrétique actuel nous fait exclure une fièvre typhoïde, soit de trois semaines, soit même de huit jours seulement.

Le second malade est une jeune fille de la salle Sainte-Adélaïde, lit n° 8, qui est atteinte d'un épanchement pleurétique limité à la partie inférieure du poumon droit, et caractérisé en arrière par de la matité, par une obscurité du son et par l'absence du murmure vésiculaire et des vibrations thoraciques.

Avant d'affirmer l'existence de cet épanchement, nous avons dû y regarder à deux fois, car les trois symptômes que nous venons d'énoncer pourraient être le résultat d'une simple congestion pulmonaire; aussi m'avez-vous vu m'arrêter assez longtemps au lit de cette jeune fille avant de me prononcer. Mais nous avons trouvé un signe précieux bien que très-peu apparent, c'est-à-dire une égophonie légère, un timbre de voix un peu plus aigre au niveau de la partie supérieure de la matité.

Nous avons cherché encore, en changeant le décubitus de la malade, c'est-à-dire en la faisant coucher sur le ventre, si les phénomènes fournis par l'auscultation et la percussion ne se trouveraient pas modifiés, auquel cas nous aurions une preuve à peu près certaine de l'existence d'un épanchement liquide. En effet, celui-ci se trouvant déplacé par le changement de position de la malade, la matité a diminué dans les points primitivement percutés, le murmure vésiculaire a reparu distinctement dans les inspirations ordinaires, bien qu'il soit un peu plus faible, là où nous ne l'entendions pas auparavant. Ce qui signifie que, outre un léger épanchement pleural, il existe aussi un peu d'atélectasie du poumon, ainsi qu'un peu d'hyperémie pulmonaire. J'ajouterai encore que l'épanchement est récent et peu considérable.

Nous nous trouvons donc chez cette jeune fille en présence d'une fluxion pleuro-pulmonaire primitive, survenue à la suite d'un refroidissement. L'affection présente, par l'absence presque complète de phénomènes généraux, un caractère subaigu qui est pour nous un motif de suspicion de quelque autre lésion, surtout si nous ajoutons encore que c'est le côté droit qui est atteint.

Aussi, en examinant avec soin la poitrine des deux côtés

et dans toute son étendue, en avant et en arrière, nous constatons certaines différences de sons notables entre le poumon droit et le poumon gauche. C'est ainsi qu'à la partie supérieure, à droite et en avant, nous trouvons une tonalité plus élevée, un peu de bruit skodique, une diminution de sonorité; en arrière nous remarquons aussi dans la fosse sus-épineuse une diminution de la sonorité et de la respiration, une pénétrabilité à l'air également moindre.

Nous croyons donc pouvoir conclure de ces faits, bien qu'ils ne soient pas encore d'une netteté absolue, à un commencement d'induration pulmonaire. Il s'agirait donc ici d'une affection tuberculeuse à marche lente, accompagnée de pleurésie subaiguë à épanchement peu considérable.

J'ajouterai enfin que la menstruation est devenue assez irrégulière depuis quelques mois, que la malade nous dit avoir maigri et qu'elle est sujette la nuit à quelques transpirations, non pas très-abondantes, mais assez constantes, cependant, pour que nous devions en tenir également compte.

Quant au pronostic, ce que nous pouvons dire, c'est que, vu le faible degré de l'épanchement, nous arriverons peut-être à le faire disparaître par les vésicatoires qui vont constituer chez cette jeune fille notre première médication, mais bien certainement les phénomènes du sommet du poumon ne céderont pas; notre pronostic reste donc grave, car il est celui d'une tuberculisation qui, selon toute probabilité, ne fera que s'accentuer dans l'avenir.

HOPITAL DE LA CLINIQUE. — M. Budin.

De l'orifice vaginal pendant et après l'accouchement.

Dans la dernière leçon, je crois avoir suffisamment démontré que l'hymen n'était ni un repli de la muqueuse vaginale, ni un repli de la muqueuse vulvaire, mais bien qu'il était constitué par l'extrémité antérieure du canal vaginal se terminant en doigt de gant. Je vous ai dit également que son orifice était plus ou moins souple, plus ou dilatable, selon les sujets. J'ajouterai que cette distension facile, que cette souplesse même avaient permis dans certains cas de pratiquer le toucher vaginal chez des jeunes filles vierges; bien plus, qu'elles avaient aussi permis quelquefois, dans les mêmes conditions de virginité, l'introduction d'un spéculum de petite dimension, sans qu'il s'ensuivît la moindre déchirure, la moindre gouttelette de sang épanchée.

Étudions donc maintenant ce qui se passe pendant l'accouchement au niveau de l'orifice vaginal. Lorsque l'on examine de face les organes génitaux d'une femme adulte, on aperçoit immédiatement au-dessous du clitoris un espace assez grand, auquel on a donné le nom de vestibule; je dis assez grand, car ce n'est souvent qu'à un centimètre ou un centimètre et demi, voire même parfois deux centimètres plus bas, que se trouve le méat urinaire. Au-dessous du vestibule vous trouvez l'orifice vaginal, puis une certaine dépression qui porte le nom de fosse naviculaire, au-dessous de laquelle encore on aperçoit une saillie prononcée, formée par un pli transversal remontant sous forme de corne, et qui n'est autre que la fourchette. Immédiatement après se trouvent le périnée, et, plus loin, l'orifice anal.

Une coupe verticale de la région que nous passons en revue nous montrera une disposition analogue et toujours l'urèthre appliqué immédiatement sur le canal vaginal, dont les parois seules l'en séparent et dont la forme conique évasée à la base se termine en avant par une extrémité rétrécie.

Ces dispositions anatomiques étant rappelées, que se passe-t-il donc pendant l'accouchement? Tout d'abord nous dirons que les phénomènes sont différents, suivant que l'on a affaire à une femme primipare ou pluripare.

Chez une femme qui a déjà eu plusieurs enfants, dès que, la dilatation étant complète, la tête est descendue dans la cavité vaginale, l'expulsion de l'enfant se fait généralement avec une assez grande rapidité, sans donner lieu à aucun phénomène particulier.

Mais il n'en est pas ainsi chez une primipare. La dilatation étant complète également, la tête, descendue et parvenue sur le plancher du bassin, appuie sur le périnée, le distend à chaque contraction utérine et commence à apparaître à l'orifice vulvaire. La contraction passée, cet orifice se referme jusqu'à ce qu'une nouvelle contraction l'entr'ouvre de nouveau et fasse de plus en plus saillir le périnée. C'est ainsi que les jeunes praticiens croient à chaque instant que l'accouchement va se terminer. Il n'en est rien, et cette période, à laquelle on a donné le nom de période de désespoir, dure une heure, deux heures et quelquefois davantage. Puis, à un moment donné, sous l'influence de nouvelles contractions, la tête apparaît avec quelques taches de sang; la période de désespoir est passée, et deux ou trois contractions suffisent pour rendre complète l'expulsion de l'enfant.

Telle est la marche ordinaire de l'accouchement, et son mécanisme s'explique par la dilatation progressive de l'orifice vaginal, dont on voit le cercle s'agrandir peu à peu, les bords blanchâtres devenir coupants, amincis, résistants, jusqu'au moment où, sous la pression produite par la tête chassée par la contraction utérine, cet orifice aminci se déchire et donne lieu soit à un écoulement sanglant, soit seulement à quelques gouttelettes de sang. Si l'on examine l'orifice vaginal aussitôt après l'accouchement d'une primipare, on constate alors l'existence d'une ou de plusieurs déchirures plus ou moins profondes.

Mais, direz-vous, si l'orifice vaginal offre une telle résistance au passage de la tête au point de se déchirer, pourquoi ne pas intervenir par quelque incision à droite et à gauche? Dans un cas, en effet, il y a deux ans, j'ai dû agir ainsi, par crainte de voir succomber l'enfant, chez qui les battements du cœur venaient de s'arrêter.

Cependant, à l'hôpital, j'hésiterais à le faire, en raison des dangers beaucoup plus grands de résorption dans le cas de plaie chirurgicale que dans celui de plaie par déchirure. Aussi préféré-je avoir recours à une application de forceps.

Quand il y a rupture de l'orifice vaginal, celle-ci se fait habituellement en arrière, sur la ligne médiane; c'est ainsi qu'on le voit gagner parfois la fourchette, voire même le périnée. Il arrive quelquefois que des médecins ou des sages-femmes, après avoir surveillé avec le plus grand soin le passage de la tête, et satisfaits de ce qu'aucune lésion du périnée ne s'est produite, croient pouvoir tirer sans crainte sur les épaules et sur le siège, et sont tout surpris de voir se faire alors une vaste déchirure du périnée s'étendant jusqu'à l'anus.

Le fait s'explique très-facilement. L'orifice vaginal déchiré par le passage de la tête sans que l'on y ait pris garde, se trouvant distendu de nouveau par les épaules et par le siège,

se rompt davantage, et sa déchirure, gagnant de proche en proche, s'étend au périnée.

On a conseillé, pour éviter ces accidents périnéaux, de pratiquer des incisions latérales sur l'orifice vulvaire. C'est un mauvais moyen qui a souvent amené des accidents ultérieurs : une large plaie difficile à cicatriser, des nodosités consécutives et des cicatrices douloureuses dans la suite, et, de plus, l'on n'a point évité pour cela la déchirure du périnée. C'est alors que M. Tarnier a imaginé un petit procédé beaucoup plus rationnel. La déchirure de l'orifice vaginal ayant habituellement lieu sur la ligne médiane, il a pratiqué une incision sur cette même ligne, mais en la prolongeant sur le côté, de telle sorte que le périnée s'est trouvé préservé.

Les déchirures peuvent encore se produire sur les bords. C'est ainsi que j'ai vu une femme primipare, accouchée d'un enfant qui pesait 4 kilog. 920, ne présenter aucune rupture du périnée, tandis que je constatais au contraire sur le côté une déchirure très-étendue, allant jusqu'à couper en deux la grande lèvre du côté droit.

Chez certaines femmes accouchées depuis longtemps, on voit aussi quelquefois l'une des petites lèvres sectionnée et cicatrisée, avec un lambeau d'un côté, simulant une véritable anomalie, tandis que, si on l'examine avec soin, on reconnaît que ce lambeau est le résultat d'un accouchement avec déchirure latérale.

La disposition anatomique de l'orifice vaginal permet aussi de comprendre certains accidents, tels que la déchirure centrale du périnée et le passage de la tête de l'enfant par cette déchirure, tandis que la vulve reste intacte. Cela peut avoir lieu dans l'accouchement spontané, de même que dans une application de forceps. J'ai vu ainsi passer tête et branches du forceps, entraînées par cette ouverture accidentelle. Le mécanisme de ces ruptures est facile à comprendre. L'orifice vaginal résiste à la tête de l'enfant; celle-ci, pressant alors sur le plancher du bassin, déchire peu à peu, sous l'influence de contractions utérines violentes, la paroi postérieure du vagin fortement distendue, et, de proche en proche, tissu cellulaire voisin et périnée se rompent à leur centre et la tête apparaît. J'ai vu un cas semblable, il y a deux ans, à la Maternité.

Un autre accident que je dois aussi mentionner est celui des tumeurs sanguines ou thrombus, qui se forment pendant l'accouchement et sont le résultat de l'accumulation d'uue certaine quantité de sang épanchée dans l'une ou l'autre des grandes lèvres. On voulait autrefois l'expliquer par l'existence de varices antérieures, mais il a été démontré que cette explication était erronée. Ce fait est, au contraire, le résultat d'un décollement du vagin, produit sous l'influence de tiraillements excessifs, et la tête, coiffée par cet organe, l'entraîne avec elle ; ce décollement donne lieu à la rupture de quelques vaisseaux dont le sang épanché fuse jusque dans la grande lèvre.

Les déformations de l'orifice vaginal que l'on remarque après l'accouchement ne sont pas seulement caractérisées par des déchirures de l'hymen, mais aussi par une diminution de la saillie de ses bords, résultant des tiraillements auxquels ils ont été soumis. Si la déchirure s'accompagne de contusion violente du lambeau, l'on constate une coloration noirâtre, suivie bientôt de gangrène dudit lambeau, puis de sa chute, laquelle entraîne ainsi la destruction d'une partie de l'orifice vaginal. D'autre part, les fentes sont-elles considérables? On voit des espaces libres avec de petits lambeaux séparés qui forment ce que l'on a appelé les caroncules myrtiformes, qu'il ne faut pas confondre avec les caroncules hyménales, suite de la déchirure produite par les premiers rapports sexuels.

Dans certains cas, on peut avoir aussi un véritable décollement de l'une des parois de l'orifice vaginal, entraînant également la formation d'un lambeau qui se gangrène et réduit à peu de chose l'orifice vaginal.

Tels sont les différents aspects que peut présenter l'orifice vaginal après l'accouchement. Le fait est parfois important à constater au point de vue médico-légal. En effet, il est un certain nombre de femmes qui ont intérêt à nier la mise au monde d'un enfant vivant ou mort, en dehors même de toute question criminelle.

Mais, si la femme est accouchée, *à terme*, d'un enfant vivant, cet accouchement laissera toujours après lui des traces indélébiles. Est-elle accouchée d'un enfant vivant, *avant terme*? il se peut que le passage de celui-ci n'ait entraîné aucune lésion, par suite, nulle trace; je l'ai observé, il y a quelques années, sur la femme d'un confrère qui n'exerce pas, laquelle était accouchée à sept mois et demi d'un enfant vivant. De même aussi, une femme peut accoucher à terme d'*un enfant mort* et macéré, sans présenter aucune lésion de l'orifice vaginal.

Dans un seul cas, donc, il me paraît permis de pouvoir se prononcer nettement; dans les autres, je me croirai toujours obligé à certaines réserves.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 janvier 1882. — Présidence de M. Gavarret.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend : 1° une lettre de remerciements de M. le docteur Lambron (de Luchon), récemment nommé membre correspondant ; 2° une lettre de candidature de M. le docteur Arnould, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Lille, qui sollicite le titre de correspondant national ; 3° un travail manuscrit de M. le docteur Léon Sentex sur un cas de mélomélie.

LECTURE

Recherches sur la dégénérescence granulo-graisseuse dans les maladies infectieuses ; parasitisme du xanthélasma et de l'ictère grave. — M. BALZER. La dégénérescence granulo-graisseuse des tissus dans les maladies infectieuses n'a pas encore été expliquée d'une manière satisfaisante par les auteurs. On désigne sous ce nom des altérations qui devraient être appelées autrement et qui demandent des constatations nouvelles. C'est ainsi que l'auteur a reconnu que les granulations que l'on trouve dans les cellules du tissu conjonctif, dans le xanthélasma, ne présentent pas la réaction caractéristique de la graisse. Elles résistent à l'alcool, à l'éther, même à chaud, aux essences, à l'acide osmique, etc. M. Balzer a été amené à conclure que ces granulations, doivent être des microbes; ce sont des micrococcus arrondis ou un peu allongés, qui s'accumulent dans le protaplasma des cellules du tissu conjonctif, et qui se colorent très-nettement par le violet de méthylaniline.

En se basant sur les formes infectieuses que revêt la maladie dans certains cas, il devient évident qu'il s'agit de parasites, de microbes. On s'explique dès lors comment les colonies parasitaires, limitées, dans certains points du corps, au niveau des paupières par exemple, peuvent, à un moment donné, se diffuser dans toute l'économie. Le xanthélasma devient alors une maladie grave,

infectieuse, avec lésions viscérales étendues, comparable à la lèpre, à la tuberculose, à la syphilis, ainsi que le prouvent plusieurs observations publiées dans ces derniers temps.

Des recherches ont été entreprises dans le même sens pour l'ictère grave. Chez un homme qui a succombé à cette maladie, dans le service de M. Fournier, l'examen histologique a montré que les granulations graisseuses, décrites par les auteurs dans les cellules du foie, résistent à tous les dissolvants de la graisse. Elles persistent indéfiniment et sans aucune modification. Elles se colorent nettement par le violet de méthylaniline. A de forts grossissements, on reconnaît dans la cellule des micrococcus et de petits bâtonnets. Ces microbes ont été trouvés également dans le foie, dans le rein et sur les coupes de la peau. Ces constatations sont confirmatives de l'idée universellement adoptée que l'ictère grave est une maladie infectieuse. Mais M. Balzer tient cependant à faire remarquer, en ce qui concerne l'ictère grave, que ses recherches n'ont qu'une valeur relative, l'examen histologique ayant été fait vingt-quatre heures après la mort. Elles n'établissent qu'une indication qui a besoin d'être confirmée par de nouvelles recherches.

Le séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté du ministre de l'intérieur il est créé dans chacun des asiles publics d'aliénés de Ville-Evrard et de Vaucluse, appartenant au département de la Seine, un deuxième emploi d'interne en pharmacie.

— Par décret en date du 30 décembre 1881, M. Amsler a été promu au grade de pharmacien-major de première classe.

— MM. Gueury, médecin inspecteur, Goureau et Martin, médecins-majors de première classe, prennent leur retraite.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Demange, aide-préparateur de chimie, est nommé préparateur du laboratoire des travaux pratiques de chimie à ladite Faculté, en remplacement de M. Dorez, démissionnaire.

— *École de médecine d'Alger.* — M. Segary (Jean-Antoine), né à Cette (Hérault), le 11 mars 1843, docteur en médecine, est institué, pour neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique internes.

M. Ducruzel (Louis-Eugène-Ernest), né à Saint-Martin (Charente-Inférieure), le 7 août 1852, pharmacien de 1re classe, est institué, pour une période de neuf années, suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale.

— Nous apprenons la mort de M. Aurélien de Paumulle, ancien conseiller général de l'Indre, décédé subitement ces jours derniers.

— M. le docteur Cénac, ancien député à la Constituante de 1848, vient de mourir à Argelès (Hautes-Pyrénées), à l'âge de quatre-vingt-quatre ans.

— Un concours pour un emploi de professeur agrégé (enseignement de la chimie appliquée à l'hygiène et aux expertises dans l'armée) s'ouvrira, le 15 avril 1882, à l'école du Val-de-Grâce.

— M. le docteur Mallez reprendra son cours, ce soir jeudi 12 janvier, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique. Dans les projections se trouveront les éléments figurés des fermentations urinaires.

— M. le docteur Albert Robin, médecin des hôpitaux, commencera son cours d'urologie clinique, au laboratoire des cliniques de l'hôpital de la Charité le lundi 16 janvier à dix heures du matin, et le continuera les vendredis et les lundis à la même heure.

Les élèves seront exercés aux analyses des principaux éléments de l'urine.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 12228.

N° 6. — SAMEDI 14 JANVIER 1882. 55e ANNÉE. SAMEDI 14 JANVIER 1882. — N° 6.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

La fièvre typhoïde.

La fièvre typhoïde, pendant tout le cours de l'année qui vient de se terminer, s'est présentée, sinon avec des caractères épidémiques exceptionnellement graves, du moins avec une fréquence et une persistance assez remarquables, tout en conservant ses fluctuations saisonnières habituelles, comme on a pu le voir, du reste, par les résumés des rapports sur les maladies régnantes publiés en leur temps. Quelques faits particuliers ressortent, toutefois, du dernier rapport fait par M. Besnier à la Société médicale des hôpitaux, indépendamment du fait général de la continuation de l'élévation du nombre des cas relativement aux moyennes annuelles ; ce sont l'inégalité de la distribution des cas entre les divers quartiers, sans qu'aucune condition spéciale appréciable en puisse donner la raison, d'une part, et, d'autre part, l'excédent considérable de malades du sexe masculin, avec excès de mortalité propre au sexe féminin, fait déjà signalé dans la plupart des rapports antérieurs, mais qui est plus accentué encore dans le dernier.

Si, aux documents numériques fournis par ce rapport, nous ajoutons les relevés du *Bulletin hebdomadaire de statistique municipale*, pour le dernier trimestre, nous y voyons que l'élévation du chiffre obituaire par la fièvre typhoïde continue à se maintenir assez élevé pendant les mois d'octobre et de novembre, et qu'il subit une atténuation assez sensible en décembre et pendant la première semaine de janvier, tout en restant encore supérieur à ce qu'il est habituellement à cette époque de l'année.

Sous le rapport des formes, des accidents et particularités pathologiques, complications, etc., c'est, en général, la forme thoracique, relativement assez bénigne, qui continue à être la forme prédominante. Parmi les accidents, épiphénomènes et faits particuliers les plus saillants qui aient été signalés, nous indiquerons particulièrement les broncho-pneumonies, les hémorrhagies intestinales, les éruptions généralisées de sudamina très-abondantes, quelques cas de phlegmons gangreneux ou d'accidents diphthéroïdes pharyngiens dans des formes exceptionnellement graves, ataxo-adynamiques, enfin des cas assez fréquents de rechutes et de récidives.

Voici deux faits tout récents qui ont présenté quelques particularités cliniques intéressantes et sur lesquels M. le professeur Hardy a appelé, dans l'une de ses dernières leçons, l'attention de son auditoire; le premier est un cas d'hémorrhagie intestinale, le second, un cas de laryngo-typhus, tous deux actuellement en voie de guérison. Il s'agit de deux jeunes femmes, toutes deux couchées dans la salle Sainte-Anne de l'hôpital de la Charité.

Fièvre typhoïde; hémorrhagies intestinales.

Au n° 16 de la salle Sainte-Anne (service de M. Hardy) est entrée, le 28 décembre, une femme malade depuis plusieurs jours déjà, dix à douze environ, d'après son dire, qui est confirmé par quelques-uns des signes qu'elle présentait alors, notamment une éruption abondante de taches lenticulaires; elle avait alors 40 à 40,2 de température, 100 pulsations, de l'abattement, de l'insomnie, du ballonnement du ventre, diarrhée, toux, oppression, quelques râles sibilants dans la poitrine. L'état de la malade ne paraissait pas trop mauvais, lorsque, le troisième jour de son séjour à l'hôpital, le 30 décembre, elle eut des selles sanglantes à plusieurs reprises et assez copieuses chaque fois, accompagnées de douleurs dans le ventre.

Des applications de glace furent faites sur le ventre et des lavements froids furent administrés. Le jour suivant, malgré l'emploi de ces moyens, il survint de nouvelles selles sanglantes. Les premières n'avaient pas paru amener d'affaiblissement, celles-ci furent suivies d'une prostration notable. La température était de 40,2 à 40,3, le pouls à 120. On persista dans l'administration des lavements froids répétés et l'application de topiques froids sur le ventre, auxquels on ajouta des potions avec du cognac et du quinquina.

A partir de ce moment, les selles cessèrent d'être sanglantes en même temps qu'elles diminuèrent de fréquence, la température s'abaissa à 40 et même 39; puis, après une légère recrudescence et quelques oscillations, elle redescendit pour se maintenir définitivement entre 38 et 39.

Quelle était ici la source probable de l'hémorrhagie intestinale? En considérant la période de la maladie dans laquelle elle s'est manifestée, vers le douzième ou treizième jour environ, c'est-à-dire dans le cours du deuxième septénaire,

il n'est pas possible de l'attribuer à la chute des eschares des ulcérations intestinales; elle paraît devoir plutôt être considérée comme une de ces hémorrhagies critiques que Trousseau regardait comme un phénomène favorable. Il est certain qu'ici, loin d'avoir été suivie d'une aggravation de la maladie, l'hémorrhagie intestinale une fois arrêtée, grâce à la combinaison des réfrigérants associés aux moyens toniques, a été suivie de l'entrée en convalescence.

Quoi qu'il en soit, il est toujours bon de retenir de ce fait l'efficacité que paraissent avoir eue les moyens mis en usage, qui ont amené, à la fois, avec la cessation de l'hémorrhagie, l'abaissement de la température et le relèvement des forces.

Fièvre typhoïde; laryngo-typhus.

Le deuxième cas a présenté un exemple d'une complication particulière beaucoup plus rare et sur laquelle les médecins allemands ont particulièrement appelé l'attention, il y a quelques années, bien que le fait eût été dès longtemps signalé par Louis, Chomel, Trousseau, etc. Nous voulons parler de cette lésion nécrosique spéciale du larynx qui a été désignée sous les diverses dénominations de laryngo-typhus ou de laryngite ulcéro-nécrosante.

C'est une jeune femme de vingt-un ans, entrée avec tous les caractères de la fièvre typhoïde de forme thoracique, comme la précédente; elle a été prise tout d'un coup d'une aphonie complète. En examinant l'isthme du gosier, on découvrit deux petites ulcérations recouvertes d'un exsudat blanchâtre sur les amygdales. L'examen laryngoscopique a fait découvrir des ulcérations semblables vers l'orifice de la glotte et sur l'une des cordes vocales supérieures. Après deux ou deux jours d'usage de gargarismes détersifs, les ulcérations des amygdales avaient disparu; il ne restait plus à leur place qu'un peu de rougeur. Au bout du dixième jour de cette complication, la malade est entrée en convalescence, mais son aphonie persiste toujours et s'accompagne encore d'un peu de toux et d'expectoration.

Cette femme présente, comme on vient de le voir, un exemple de cette lésion typhoïde désignée sous le nom de laryngite ulcéro-nécrosante ou de laryngo-typhus, mais à un degré bénin. C'est, en outre, cette forme muqueuse simple, sans altération des cartilages, qui se manifeste ordinairement dans le cours de la maladie, tandis que celle qui atteint d'emblée les cartilages ne survient le plus habituellement que pendant la convalescence.

On remarquera, de plus, que, chez cette malade, non-seulement c'est pendant le cours de l'affection typhoïde, mais encore dans ses premières phases, vers le seizième jour environ, que cet accident s'est manifesté. Elle a bien présenté tous les symptômes qui le caractérisent dans sa forme simple et sa localisation superficielle purement muqueuse, c'est-à-dire la toux, un peu d'expectoration et surtout l'altération de la voix survenue d'emblée.

D'autres phénomènes se joignent à ceux-là lorsque l'affection est plus grave et atteint les cartilages: ce sont des accès de suffocation qui surviennent quelquefois dans la période aiguë de la maladie, ou bien plus tard, dans une période beaucoup plus avancée; ils tiennent alors, en général, à un œdème de la glotte.

Ce qu'il y a de particulièrement intéressant à étudier dans cette laryngite spéciale, c'est sa marche.

Chez la malade dont il s'agit, tous les phénomènes de la fièvre typhoïde ont cessé, elle est entrée franchement en convalescence; il ne subsiste plus chez elle de sa maladie que l'aphonie. Il y a tout lieu d'espérer que ce phénomène morbide, persistant jusqu'à présent, cessera à son tour, et que la guérison sera promptement complète.

Mais l'issue de cette complication n'est pas toujours aussi heureuse; on l'a vue devenir chronique et finir par amener la mort. Quelquefois elle affecte une marche lente et constitue une véritable phthisie laryngée avec expectoration purulente et expulsion de débris de cartilages. Dans quelques cas, elle donne lieu à une grande dyspnée et à du cornage. Un œdème sous-muqueux produit souvent un rétrécissement du calibre du larynx, qui finit par amener un travail de tuberculisation, ainsi que cela arrive dans presque toutes les circonstances où l'air n'arrive pas en quantité suffisante dans les poumons. Enfin il survient quelquefois un œdème aigu de la glotte, avec des accès de suffocation et d'asphyxie qui enlèvent les malades en un ou deux jours. La trachéotomie devient dans ces cas l'unique et ultime ressource; encore n'est-elle le plus souvent que palliative et d'une efficacité peu durable. Le traitement le plus efficace, lorsque l'accident se limite dans sa forme purement muqueuse et catarrhale, consiste en fumigations et inhalations émollientes et balsamiques, en même temps qu'on a recours aux révulsifs cutanés, teinture d'iode, pointes de feu ou vésicatoires sur les côtés du larynx, etc., enfin calomel à l'intérieur et frictions avec l'onguent mercuriel, si l'on a quelques motifs de craindre l'œdème.

Dans le cas que nous venons de rapporter, les choses se sont passées assez simplement pour n'avoir nécessité, jusqu'à présent du moins, aucune de ces médications actives.

Age et origine de la variole.

De la fièvre typhoïde à la variole nous n'avons pas besoin de ménager une transition, elle est toute naturelle. L'une et l'autre sont d'ailleurs et resteront probablement longtemps encore à l'ordre du jour, si ce n'est au point de vue presque inépuisable de l'histoire de leurs origines, de leurs complications et de leurs épiphénomènes, du moins au point de vue de leur prophylaxie. La prophylaxie de la fièvre typhoïde est à l'étude, et de nouvelles discussions sur la vaccine et peut-être sur l'inoculation paraissent imminentes. Il n'en faut pas davantage pour que tout ce qui touche à l'histoire de la variole nous intéresse toujours.

Il a été dit et écrit bien des choses, et surtout bien des contradictions, sur l'âge et sur l'origine de la variole. Les médecins du XVIIe et du XVIIIe siècle sont restés partagés, et il ne paraît pas que le sujet ait été encore et doive être de sitôt épuisé. « Malgré des recherches très-profondes et très-intéressantes, dit Littré dans sa traduction d'Hippocrate, l'existence de la variole dans l'antiquité est restée un point incertain de la pathologie historique. » C'est ce point, resté incertain jusqu'à nos jours, que l'un de nos studieux confrères, esprit chercheur et original, qui n'est pas inconnu des lecteurs de la *Gazette*, M. le docteur Faliu, cherche à élucider dans un travail très-intéressant qu'il vient de publier sous ce titre : *De l'âge et de l'origine de la variole.* M. le docteur Faliu a mis, dans ce travail, toute son érudition et toute sa logique au service de cette proposition qui pourra paraître à plus d'un paradoxale, mais que nous ne nous chargeons, pour l'instant, ni de justifier, ni de combattre; savoir : que la petite vérole ou picote, comme on

l'a appelée longtemps et comme on l'appelle encore en quelques lieux, est vieille partout et que partout elle est sortie de la spontanéité.

On comprend tout ce qu'il a fallu de recherches historiques pour étayer cette proposition. Les nombreux documents que M. Faliu a accumulés dans ce travail semblent favorables à sa thèse de la nationalité européenne et de l'antiquité historique de la variole. La contagion médiate ne possède aucune preuve; on ignore entièrement la date de l'importation; elle n'avait aucunement besoin de passer par l'Égypte, cette contrée ayant dû nécessairement précéder l'Arabie dans la possession de cette peste. Enfin la virulente grecque va rejoindre, dans les documents écrits, celle de la plus vieille antiquité; et la variole serait depuis un temps infini caduque ou morte en Europe si la contagion médiate et l'importation pouvaient être vraies. — Ici une cause d'éternelle confusion fournit à M. Faliu une arme dont il se sert habilement : c'est la dénomination commune de peste donnée à toutes les grandes épidémies de l'antiquité et même à celles du moyen âge. « La peste noire, dit-il, a disparu depuis la fin du siècle dernier, de nos contrées occidentales, où elle est accusée d'avoir fait jusqu'alors de si effroyables ravages : la vaccine, succédant à l'inoculation, était découverte à ce même moment. Quelque raison que l'on puisse alléguer, ce fait considérable restera sans explication, si l'on n'admet pas les rapprochements que je signale. »

La conséquence de l'enchaînement des faits historiques est que l'importation arabique, admise par la plupart des auteurs, n'a pas eu lieu. Dès lors tout l'édifice de la contagion aérienne s'écroule. Il n'y aurait qu'un moyen d'en rétablir la nécessité, ce serait la négation des varioles antiques, dont M. Faliu a cherché plus haut à établir la réalité. Encore même cela ne rétablirait pas la contagion médiate, car, si la variole avait pris naissance en Arabie, elle y serait née spontanément, et la spontanéité, possible là, l'eût été partout.

Christophe Colomb aurait-il importé dans le nouveau monde la petite vérole en échange de l'autre qu'il aurait reçue en retour? Pour M. Faliu ce serait une double erreur. Il ne croit pas plus au présent du célèbre navigateur qu'au cadeau dont il aurait été payé lui-même. Les anciennes communications du continent américain avec l'Asie rendent plus naturelle la pensée que les Américains ont pris dans la masse commune toutes les virulentes qui sont naturelles à l'homme depuis tous les temps.

« Si mes raisonnements sont mal déduits, dit M. Faliu en manière de conclusion, ou si les bases qui les portent sont faites d'erreurs et sont mal cimentées, qu'on le prouve, et je retournerai docilement à la croyance commune. Qu'on prouve que la variole, inconnue jusque-là, a assailli les Espagnols et les Européens dès l'arrivée du premier Sarrasin; ou qu'on montre qu'une virulente médiate et universelle a pu couver durant des siècles parmi des sujets neufs et avides de la posséder. Que l'on certifie que les Arabes premièrement débarqués n'eurent plus et ne durent plus avoir la variole sur le sol de l'Espagne jusqu'à l'arrivée de ceux qui l'y portèrent à la date de J. Frank, ou à toute autre époque postérieure à ce premier débarquement.

« Qu'on prouve que l'Égypte a dû forcément recevoir la picote d'Arabie; qu'on fasse voir, par les premiers écrits des Arabes, ou même ceux des Brahmines, qu'ils aient eu la prétention d'avoir vu naître la petite vérole; qu'on démontre, enfin, que la contagion et l'épidémie voyagent à travers le monde avec cette facilité intelligente qu'a dû imaginer la théorie ancienne pour rendre possibles les épidémies et la contagion même. »

En résumé, la réponse à cette question : Comment est née la petite vérole? se déduit, d'après M. Faliu, des documents historiques, parmi lesquels le silence de la contagion est, dit-il, sans contredit, le plus éloquent; et de la discussion qui constitue le fond de ce travail et de laquelle M. Faliu prétend faire ressortir que la picote occidentale n'est venue ni d'Arabie, ni d'Égypte; que la variole de l'Inde, de la Perse, de la Chine, sont aussi indépendantes l'une de l'autre qu'elles le sont de celles d'Éthiopie, d'Arabie et d'Europe.

La variole est universelle; elle trouve en tous lieux les conditions de son existence et de sa nativité, et, partout où il y aura des hommes, elle sera présente. Des trois conditions nécessaires aux épidémies pour prendre naissance, l'influence de l'hygiène, celle du lieu et la prédisposition ou constitution appropriée, réceptivité si l'on aime mieux ce mot, la variole s'affranchit des deux premières, et elle se montrera toujours dans la succession des temps, partout où la constitution appropriée se manifestera sur des groupes humains rassemblés.

Telles sont les conclusions, qui ne manquent pas d'originalité assurément, que M. Faliu livre à la discussion. Pathologistes et érudits, chacun y pourra trouver sa part de contestation. A qui le premier la parole?

— Nous venons de recevoir, trop tard pour l'insérer aujourd'hui, une lettre de M. le docteur Dujardin-Beaumetz contenant une petite rectification relative au fait de kyste hydatique du foie dont nous avons parlé dans notre Revue du 7 janvier. Nous saisirons cette occasion pour revenir, dans notre prochaine Revue, sur ce fait et sur l'électrolyse en général.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. GUIBOUT.

Des maladies de la peau en général considérées au point de vue de leur gravité.

(Leçon recueillie par M. MARTINET, interne du service.)

Parmi les affections de la peau, il en est qui se présentent toujours à nous avec un ensemble de caractères physiques si alarmants et qui portent une si rude et si profonde atteinte à la santé générale, qu'il est naturel et nécessaire de leur attribuer un caractère de gravité toute particulière. C'est ainsi que les bulles de pemphigus, que les croûtes de rupia recouvrent de vastes ulcérations qui entament et détruisent la peau; et, pour peu que ces ulcérations soient nombreuses, le malade, outre les douleurs qu'il endure, voit les fonctions physiologiques s'altérer, languir, et il se sent devenir la proie d'une faiblesse et d'une prostration progressivement croissantes. N'est-on pas en droit, en présence de telles lésions et de troubles aussi sérieux et aussi accusés, de reconnaître et d'attribuer à ces affections un caractère constant de malignité?

Mais considérons d'autre part cet herpès parasitaire si peu inquiétant, si joli même comme aspect, cet érythème dont la teinte rosée est si pure et si franche; observons-nous ici les mêmes troubles généraux, les mêmes désordres locaux?

Non, tant s'en faut: la peau est à peine touchée, sa vitalité est à peine diminuée, et rien dans le fonctionnement des organes viscéraux, rien dans l'état général de la santé, ne vient trahir la moindre souffrance de l'organisme. Ce sont bien là, par conséquent, des lésions dépourvues de tout caractère sérieux, soit local, soit général, des lésions sans gravité et que nous pouvons, par conséquent, qualifier de lésions bénignes.

Cependant ne nous hâtons pas trop d'affirmer la bénignité d'une lésion; l'expérience est là pour nous apprendre que certaines lésions justement caractérisées de bénignes peuvent, à un moment donné, être compliquées des accidents, des symptômes les plus menaçants, torturer le malade, troubler profondément l'exercice de ses fonctions physiologiques et même mettre sa vie en danger. Aussi, après avoir divisé les maladies de la peau en deux classes: 1° affections bénignes, 2° affections malignes, devons-nous ajouter une troisième classe d'affections mixtes, c'est-à-dire établir, en principe et en fait, qu'il y a certaines affections qui peuvent être primitivement bénignes et peuvent devenir ensuite malignes.

Nous dirons donc que les maladies de la peau peuvent se diviser en trois grandes catégories: 1° affections toujours malignes; 2° affections toujours bénignes; 3° affections mixtes, c'est-à-dire tantôt bénignes et tantôt malignes.

Cette division est d'une grande utilité, surtout au point de vue clinique; elle vous apprendra à réserver votre pronostic et à bien vous pénétrer d'une foule de considérations qui devront entrer en ligne de compte lorsque vous devrez porter un jugement sur la marche d'une maladie soumise à votre examen. Vous saurez qu'une affection légère, sans importance, peut, sous l'influence de certaines conditions, devenir quelquefois très-grave, quelquefois même mortelle.

On peut dire qu'une affection cutanée est maligne quand elle est représentée par des lésions étendues, ulcérant largement et profondément la peau, entravant, détruisant ses fonctions physiologiques; quand enfin la santé générale, subissant le contre-coup de pareils désordres, va s'altérant, s'affaiblissant de plus en plus jusqu'à l'épuisement progressif du malade.

Laissant de côté certaines affections toujours malignes par nature, telles que le cancer, le squirrhe, le mycosis fongoïde, nous nous occuperons seulement de certaines affections cutanées que nous connaissons déjà au point de vue anatomo-pathologique.

Ces affections sont au nombre de trois: le pemphigus, le rupia et l'herpétide maligne exfoliatrice.

Le pemphigus, pris en lui-même, est-il vraiment une affection maligne? On pourrait le contester; comment attribuer en effet tant d'importance à cette simple bulle remplie d'une sérosité, pure d'abord et ensuite mélangée de pus? Sans doute, cette lésion, au premier abord, paraît bien minime; mais ne savez-vous pas que le pemphigus est presque toujours l'expression symptomatique d'un état cachectique, et, dès lors, n'avez-vous pas à craindre que cette lésion ne se généralise? C'est malheureusement ce qui arrive trop souvent, et alors le corps entier peut se couvrir de bulles. Voyez quelle quantité considérable de sérosité purulente, quelle déperdition énorme de substance! Est-il étonnant que, dans de pareilles conditions, l'épuisement soit rapide et atteigne ses dernières limites? Et quand, après la rupture des bulles, le corps est couvert d'ulcérations, la douleur vient ajouter ses funestes effets à ceux, déjà si grands, de la suppuration; elle augmente l'épuisement et précipite la marche fatale. Même dans le pemphigus à forme chronique, dans le pemphigus *solitarius*, vous trouverez la même malignité; il n'y a qu'une seule bulle à la fois, c'est vrai, mais à peine est-elle rompue qu'une autre bulle apparaît, et ainsi de suite indéfiniment; le malade est alors soumis à une déperdition incessante, continue et indéfinie dans sa durée de sa propre substance, déperdition aussi considérable par le fait de sa persistance et de sa durée que dans le pemphigus généralisé. La maladie pourra durer une, deux, trois, plusieurs années même, mais la mort n'en sera pas moins la conséquence forcée; elle est plus lente à venir, mais aussi sûre comme résultat final.

Si nous étudions le rupia, le tableau est plus sombre encore et le degré de malignité plus prononcé. Comme pour le pemphigus, la lésion initiale est une bulle, mais c'est à peine si on a le temps d'observer cette bulle, tant elle est fugace, tant son existence est courte. Elle se rompt bientôt, et il s'en écoule une sanie purulente, brune, noirâtre, fétide; on voit ensuite se former des croûtes molles et grisâtres. Ces croûtes sont-elles peu nombreuses, en un mot le rupia est-il localisé, limité à une surface restreinte du corps, il est guérissable, quoique toujours grave. Mais cette localisation sans nulle tendance à la généralisation est bien rare, et presque toujours tout le corps se constelle de bulles, puis de croûtes épaisses, larges, protubérantes, noirâtres, qui se soulèvent en un point de leur surface ou se crèvent pour laisser suinter le mélange de pus et de sang caractéristique de la sécrétion du rupia. Cet écoulement sanieux est bien plus abondant quand, par malheur, les croûtes viennent à tomber et laissent à découvert de vastes ulcères, continuellement irrités par tous les contacts extérieurs. Oh! alors, la fétidité devient extrême, l'atmosphère est empestée tout autour du malade de l'odeur la plus nauséeuse et la plus malsaine. Le frottement de la chemise, des draps du lit, exaspère les douleurs; il se produit des déchirements, des décollements; les forces, le sommeil, l'appétit, tout se perd; le malade, épuisé par l'abondance de la sécrétion puriforme et empoisonné par l'odeur qui s'en dégage, tombe dans le marasme, et la mort vient trop souvent mettre un terme à ses souffrances.

Plus rare est l'herpétide maligne exfoliatrice, mais non moins meurtrières sont ses conséquences. L'élément essentiel qui la constitue, au point de vue anatomique, est l'exfoliation de l'épiderme. Cette exfoliation s'effectue par lambeaux d'abondance et de dimension variables. Les malades perdent leur épiderme, comme les platanes, comme les bouleaux perdent leur écorce. Cette exfoliation est continuelle, quelquefois excessive, et se fait en quantité incroyable; on peut suivre les malades à la trace: ils laissent derrière eux, sur leur chemin, de longues traînées de leur épiderme; leur lit est jonché d'une couche épaisse de folioles épidermiques. Vous ne doutez pas que, sous l'influence de cette sécrétion épouvantable, jointe à l'abolition des fonctions physiologiques de la peau, les malades deviennent rapidement la proie des complications les plus sérieuses: inappétence, diarrhée, hydropisies, catarrhe pulmonaire suffocant, quelquefois faiblesse excessive, fièvre hectique, marasme, insomnie, et, comme résultat final, épuisement absolu, cachexie et le plus souvent mort.

C'est donc à bon droit que le pemphigus, le rupia et l'herpétide exfoliatrice doivent être qualifiés d'affections malignes.

Arrivons maintenant aux affections bénignes, et nous verrons la scène changer du tout au tout; l'horizon s'éclaircit, plus de symptômes dangereux, plus de craintes de cachexie, plus de menaces de mort. Avons-nous affaire à un érythème papuleux, par exemple, nous ne voyons pas que la peau soit désorganisée, ses fonctions restent indemnes, incomplètes peut-être, mais sans trouble pour la santé générale. C'est à peine si l'éruption de ces taches congestives est accompagnée d'état saburral des premières voies digestives.

Supposons un cas de pityriasis rubra avec son exfoliation de lamelles épidermiques très-ténues, semblables à des grains de son, ou de pityriasis alba chronique, ou d'herpès, ou même de zona; mais, dans toutes ces affections, nous ne voyons pas trace d'un génie morbide malfaisant qui s'attaque à la peau pour la détruire ou à la constitution pour l'affaiblir. Nous sommes bien obligés de dire que ce sont des affections bénignes, c'est-à-dire représentées par des lésions superficielles, ne détruisant pas la peau, n'entravant pas ses fonctions physiologiques et n'ayant pas de retentissement sur l'état général, qu'elles sont impuissantes à troubler d'une manière un peu sérieuse.

Abordons enfin ces affections qui, primitivement bénignes, peuvent, à une période de leur évolution, se manifester revêtues du caractère de la plus haute gravité, c'est-à-dire de la malignité. Prenons comme exemple l'eczéma, cette affection dominante de la dermatologie; au point de vue de sa lésion mère, primitive, c'est une affection bénigne; les petites vésicules du début sont presque insignifiantes; à la troisième période, on trouve des croûtes ou seulement des croûtelles; elles ne sont pas bien effrayantes, surtout si on les compare à celles du rupia. Ces lésions restent-elles localisées, nous n'aurons là rien qui doive d'une manière sérieuse éveiller notre attention et faire naître nos craintes. Mais supposez que cet eczéma, ainsi constitué, au lieu de rester circonscrit, limité à une région peu étendue, se généralise, s'étende des pieds à la tête. Déjà, et par cela même, l'affection commence à devenir redoutable, et, si ces croûtes viennent à tomber dans toute leur étendue, laissant à nu de larges surfaces ulcérées d'où s'écoulent incessamment des flots d'une sérosité très-abondante, si l'eczéma est fluent, s'il constitue un véritable catarrhe de la peau, hésiterez-vous à qualifier de maligne cette affection? N'aurez-vous pas tout à redouter, quand vous verrez le malade fondre pour ainsi dire, s'écouler en eau, perdre toutes ses forces et toute l'énergie dont il aurait besoin pour lutter contre le mal qui le terrasse? Dans ces cas redoutables d'eczéma aigu, fluent, généralisé, vous serez souvent dans des alternatives poignantes. Si vous n'arrêtez pas cette source effroyable, cette sécrétion incessante et si abondante, qui épuise, qui tue le malade, la mort est là, rapide, fatale, inévitable. Si vous essayez de tarir cet écoulement mortel, les plus redoutables complications internes et métastatiques sont à craindre; vous exposez votre malade aux accidents thoraciques les plus sérieux, à un catarrhe bronchique suffocant, à une pneumonie ou bien à des accidents cérébraux ou cardiaques des plus dangereux. N'est-ce pas là un exemple incontestable d'eczéma, primitivement bénin, mais devenu malin? Dans les cas où la sécrétion humide n'existe pas, où l'eczéma est sec et généralisé sur une grande étendue de la surface du corps, le danger est encore sérieux, car la peau se trouve dénaturée, ses fonctions physiologiques, si importantes, se trouvent abolies, des métastases internes peuvent encore se produire et la vie peut encore se trouver menacée.

Vous devrez aussi, pour la qualification de l'eczéma relativement à sa gravité, tenir compte du siège qu'il occupe. S'il siège à la face, par exemple, il expose le malade à mille dangers, à mille désastres. Il peut pénétrer dans la bouche, se fixer sur la langue, l'épaissir, la rendre lourde, cassante, douloureuse, impropre à la phonation, à la préhension des aliments. S'étend-il au pharynx, mais ce sont alors des douleurs atroces qui gênent la déglutition, la rendent presque impossible et nuisent à la nutrition. S'il se porte aux yeux, il y cause le plus souvent des difformités irrémédiables, l'ectropion ou l'entropion avec trichiasis. Il peut aussi causer la perte de l'ouïe s'il vient à envahir l'oreille; la membrane du tympan peut être perforée, la muqueuse de la caisse désorganisée et l'appareil auditif détruit. Je ne m'appesantirai pas longtemps sur ces eczémas variqueux des jambes, si fréquents; nos salles en sont malheureusement encombrées, et vous avez pu voir quelle fâcheuse tendance à l'ulcération ils laissent après eux. Nous voyons les mêmes malades venir trois ou quatre fois dans la même année, réclamer nos soins pour ces ulcères atoniques entourés d'une peau lisse, vernissée et couverte de minces écailles.

Ces malheureux sont forcés quelquefois de garder le repos le plus strict, de rester au lit pendant plusieurs mois avant d'obtenir une guérison qui n'est que temporaire, car à peine recommencent-ils à marcher que les anciens ulcères s'ouvrent de nouveau et que d'autres se forment à côté des premiers, la peau ayant été complètement désorganisée par l'eczéma.

Voilà, à n'en pas douter, un eczéma bénin par sa nature, mais qui, par le fait de son siège, est arrivé à causer les plus grands ravages et à mériter, par conséquent, la qualification de malin.

Il en est de même du psoriasis. S'il n'intéresse qu'une petite partie du corps, il est bénin et plutôt gênant que dangereux; mais vient-il à s'étendre, à se généraliser, à occuper à la fois le tronc, la tête et les membres, alors il constitue une affection des plus sérieuses, car il dénature la peau, car il abolit ses fonctions physiologiques, car il constitue une difformité des plus répugnantes, car, outre la gêne qu'il apporte au libre fonctionnement des organes des sens et à l'exercice de tous les mouvements, il peut encore amener les complications viscérales les plus dangereuses, telles que la tuberculose pulmonaire, telles que les troubles gastro-intestinaux les plus graves.

Voyez maintenant ce prurigo : il est caractérisé par des papules couronnées par un petit caillot noirâtre ; les papules sont isolées et le prurit qu'elles provoquent est faible; à la suite de quelques bains sulfureux ou alcalins, tout s'efface. Voilà, n'est-il pas vrai? une affection bien innocente et bien bénigne: c'est le *prurigo mitis*. Mais considérons maintenant une forme plus grave de prurigo, celui, par exemple, qui est une des manifestations de la diathèse herpétique, le prurigo dartreux. Celui-là peut occasionner les accidents les plus épouvantables, à tel point qu'il a mérité le nom de *prurigo ferox*. C'est alors que nous verrons les malheureux qui en sont atteints, livrés aux souffrances les plus atroces, en venir à des accès de rage, de fureur, de frénésie ; ils se roulent par terre, frottent leur corps contre les aspérités du sol ou se labourent la peau avec tous les instruments qui leur tombent sous la main pour essayer de calmer les démangeaisons terribles, intolérables, qui les torturent. Et ce prurigo qui se présente avec des phénomènes extérieurs si graves, si intenses, quelle atteinte ne doit-il pas porter à la

santé! Les nuits sont sans sommeil, l'appétit devient nul, l'amaigrissement extrême, et les malades tombent dans le marasme et succombent épuisés à la fièvre hectique. Le prurigo, dans cette forme-là, mérite bien, ce me semble, d'être appelé une affection maligne.

Encore une fois, avant de porter un pronostic, rappelez-vous bien que si, en dermatologie, il y a des affections toujours bénignes et des affections toujours malignes, sur la nature et la gravité desquelles vous pouvez vous prononcer en toute assurance, il en est d'autres, plus nombreuses peut-être, dont la marche et l'issue doivent être pour vous l'objet d'une étude sérieuse, d'une observation des plus attentives, et sur le pronostic desquelles vous devez faire les plus grandes réserves et vous tenir dans la plus grande circonspection. Ce qui était léger aujourd'hui peut devenir grave demain; telle affection commence par la bénignité et finit par la malignité, suivant les formes qu'elle revêt, suivant son degré d'extension, suivant le siège qu'elle occupe.

Ainsi donc, considérées au point de vue de leur gravité, les dermatoses peuvent se diviser en trois grandes catégories: les unes sont toujours bénignes, les autres toujours malignes; les troisièmes, tantôt bénignes et tantôt malignes, sont mixtes par conséquent.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 janvier 1882. — Présidence de M. de St-Germain.

COMMUNICATIONS

Fibromes intra-utérins. — **M. DEZANNEAU** (d'Angers) lit un travail intitulé : « Contribution à la pratique de l'énucléation des fibromes intra-utérins. » Dans ce travail, M. Dezanneau distingue les véritables polypes utérins pédiculés et les fibromes sessiles. C'est surtout au point de vue du pronostic opératoire que ces deux variétés de fibromes diffèrent ; en effet, tandis que l'ablation des polypes pédiculés ne présente habituellement aucune difficulté ni aucun danger, celle des fibromes sessiles est souvent très-difficile et offre parfois même de sérieux dangers. A l'appui de cette manière de voir, l'auteur rapporte huit observations.

Dans la première, il s'agit d'une femme de cinquante-deux ans, ayant eu quatre enfants, et qui, depuis plusieurs années, avait des pertes sanguines et des douleurs telles qu'elle était tombée dans un état de grande faiblesse ; en outre elle avait un écoulement séro-sanguin fétide. Il s'agissait d'un fibrome volumineux, dont la partie inférieure débordait le col de l'utérus de deux travers de doigt ; on sentait, par le palper, l'utérus à quatre travers de doigt au-dessus de la symphyse. M. Dezanneau pratiqua l'ablation de ce fibrome de la façon suivante : saisissant la tumeur avec de fortes pinces de Museux, il l'amena à la vulve ; on sentait que l'utérus suivait le mouvement et descendait avec la tumeur ; ceci fait, on put placer des pinces plus haut sur la tumeur, détacher avec le doigt toutes les adhérences qui suivaient la tumeur avec la paroi interne de la cavité interne. Il put alors placer au-dessus des pinces une chaîne d'écraseur, et dès lors tout put être enlevé facilement ; en effet, le polype étant ainsi fixé près de son point d'implantation, en exerçant des mouvements de torsion de droite à gauche et de gauche à droite, la tumeur finit par se détacher. C'était une masse dure et volumineuse, composée de deux lobes réunis l'un à l'autre par des adhérences peu solides. Toute la partie intra-utérine de la tumeur était adhérente au tissu utérin. La malade perdit à peine quelques centaines de grammes de sang. L'utérus, les jours suivants, revint rapidement sur lui-même. La malade fut soumise aux injections antiseptiques, au traitement par le sulfate de quinine et l'ergot de seigle ; elle guérit rapidement.

Dans les autres observations, il s'agit également de fibromes intra-utérins, plus ou moins volumineux, plus ou moins adhérents ou sessiles, et dont l'ablation a présenté plus ou moins de difficultés. Grâce à la torsion combinée avec l'emploi de la chaîne d'écraseur, M. Dezanneau est toujours parvenu à se rendre maître, même des fibromes volumineux, sans avoir eu d'accidents consécutifs graves, malgré les difficultés très-sérieuses qu'il a eu à surmonter dans plusieurs cas pour en pratiquer l'ablation.

M. GUÉNIOT. Les méthodes opératoires applicables au traitement des fibromes utérins varient selon qu'il s'agit de polypes pédiculés ou de tumeurs fibreuses interstitielles. Pour ces derniers, la torsion est indiquée parce que c'est le meilleur moyen de détacher leurs adhérences. Pour les polypes pédiculés, la traction n'est pas sans dangers, parce qu'elle peut entraîner l'inversion de l'utérus. Il y a des cas où il est extrêmement difficile de diagnostiquer un polype de l'utérus inversé, ou de savoir à quel moment cesse le polype et commence la muqueuse utérine. M. Tillaux a donné un bon moyen de faire cette distinction entre le polype et le tissu utérin à l'aide d'une piqûre insensible sur le tissu morbide, sensible sur la muqueuse utérine. Mais M. Tillaux n'a pas dit ce qu'il fallait faire, dans ces cas, relativement à l'inversion utérine. Peut-être est-il d'avis de faire une seule opération et d'enlever du même coup le polype et l'utérus inversé.

M. Guéniot rappelle un cas où, avec M. Richet, il a hésité très-longtemps avant de savoir s'il avait affaire à une inversion utérine ou à un polype. Le diagnostic, dans ce cas exceptionnel, présentait les plus grandes difficultés.

M. GILLETTE fait observer que la torsion convient aussi pour les polypes pédiculés, sans adhérences avec le tissu utérin. Il cite plusieurs cas où cette méthode lui a rendu service.

M. DESPRÈS ne comprend pas qu'on ne puisse pas diagnostiquer un polype d'un renversement utérin. De deux choses l'une, ou il y a une tumeur, ou il n'y en a pas ; or le toucher vaginal combiné avec le palper abdominal permet toujours de faire ce diagnostic.

M. Desprès se joint à M. Trélat pour dire que l'écraseur linéaire et l'anse galvanique sont d'excellents instruments pour l'ablation des polypes utérins.

M. GUÉNIOT maintient que, dans des cas exceptionnels, la distinction entre l'inversion utérine et un polype est parfois impossible.

M. MARC SÉE est d'accord avec M. Desprès et croit qu'il est toujours possible de faire cette distinction, surtout si l'on prend soin de pratiquer le toucher rectal. Il n'est pas partisan de la traction ni de la torsion, qui peuvent être très-dangereuses.

M. GUYON croit, comme M. Sée, que la torsion appliquée à l'ablation des polypes utérins pédiculés peut, en portant sur l'utérus lui-même, ne pas être inoffensive.

M. TRÉLAT. Il n'y a pas de méthode absolue applicable à l'ablation des polypes intra-utérins, pédiculés ou sessiles. Les indications chirurgicales sont très-variables suivant les cas, et chacune des méthodes dont on a parlé peut trouver son application.

Il est vrai qu'il est des cas où le diagnostic est exceptionnellement difficile, mais, dans la généralité des cas, chaque fois qu'il est possible d'introduire l'hystéromètre de 5 centimètres et plus, cela prouve qu'on n'a pas affaire à un utérus inversé. En outre l'introduction de deux doigts dans le rectum permet d'accrocher, pour ainsi dire, le fond de l'utérus dans les cas d'inversion, tandis que dans les cas de tumeur, où l'utérus est en place, on sent une épaisseur de tissu plus ou moins volumineuse entre les doigts introduits dans le rectum et la sonde introduite dans la vessie. En résumé, en dehors de la symptomatologie déjà précieuse dans ces cas, on a, dans les constatations directes à l'aide du toucher rectal et vaginal combinés ou non, de la sonde verticale et de l'hystéromètre, des moyens d'arriver à un diagnostic certain.

M. MARC SÉE. Dans les cas d'ablation de ces tumeurs utérines, ce n'est pas tant l'hémorrhagie qui est à craindre consécutivement que les accidents de septicémie. M. Sée a perdu récemment une malade de septicémie à la suite d'une opération de ce genre. Il

importe donc de prendre les précautions les plus minutieuses et de recourir aux lavages et injections phéniqués avant, pendant et après l'opération. Enfin l'application directe de l'iodoforme sur la surface de section du pédicule rend, dans ces cas, les plus grands services. C'est un excellent moyen antiseptique.

ÉLECTIONS

Sont élus : membres associés étrangers, MM. Spencer Wells et Arlt ; membres correspondants étrangers, MM. Annaudale et Zancarrol ; membres correspondants nationaux, MM. Demons et Surger.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 10 janvier 1882, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin en chef : M. Duburquois.

Au grade de médecin principal : M. Veillon.

— Par décret en date du 30 décembre 1881, M. Martaud est nommé pharmacien-major de deuxième classe.

— Par décision ministérielle en date du 9 janvier 1882, la commission de classement pour le service de santé militaire a été arrêtée comme il suit :

M. le général de division Lecointe, gouverneur militaire de Paris, président ; MM. les intendants Gaffiot et Seligmann-Lui ; MM. les médecins-inspecteurs Legouest, Quesnoy et Champenois, membres ; M. Péruy, secrétaire.

Lorsque la commission abordera l'examen des propositions relatives aux pharmaciens militaires, M. Coulier, pharmacien inspecteur, remplacera, au sein de la commission, M. Champenois, le plus jeune des médecins-inspecteurs membres de la commission.

La commission de classement fonctionnera, à partir du lundi 6 février prochain au ministère de la guerre.

— Par arrêté ministériel en date du 5 janvier 1882, sont autorisés à se présenter au concours de l'agrégation des sciences naturelles :

1° Les docteurs en médecine pourvus de leur diplôme de licencié ès sciences physiques ; — 2° les pharmaciens munis de leur diplôme supérieur et justifiant de la même licence.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. Leprieur, médecin major de deuxième classe, et Hervéon, médecin aide-major de première classe, décédés en Tunisie.

— *École de médecine d'Amiens.* — M. Gaté (Alphonse-Auguste), né le 24 novembre 1856, à Lolif (Manche), pourvu du certificat de grammaire, est nommé préparateur de chimie, en remplacement de M. Roger.

— *École de médecine de Caen.* — M. Picard, licencié ès sciences physiques, est chargé des fonctions de chef des travaux chimiques, pendant la durée de la suspension de M. Lebœuf.

— *École de médecine de Marseille.* — M. Roule (Louis), licencié ès sciences naturelles, est nommé chef des travaux pratiques d'histoire naturelle (emploi nouveau).

— *Faculté des sciences de Lyon.* — M. Loir (Adrien), bachelier ès sciences, est nommé préparateur-adjoint de chimie générale, en remplacement de M. Barral, nommé préparateur.

— *Faculté des sciences de Nancy.* — M. Vivier, bachelier ès sciences, est chargé des fonctions de préparateur de chimie agricole pendant la durée du congé accordé à M. Grandeau.

— *Faculté des sciences de Rennes.* — M. Nimier (Édouard-Matthieu), licencié ès sciences naturelles, est nommé préparateur de chimie, en remplacement de M. Millès, appelé à d'autres fonctions.

— *École de pharmacie de Nancy.* — M. Oberlin, ancien professeur de matière médicale, est nommé professeur honoraire.

— *École des hautes études.* — M. Griner (Georges), élève de l'École des hautes études, est chargé des fonctions de préparateur au laboratoire de chimie biologique de ladite école (section des sciences physico-chimiques), en remplacement de M. Grosheintz, démissionnaire.

Étude clinique de l'accouchement prématuré accidentel. Service de recherches historiques et cliniques sur l'accouchement artificiel, à Lyon, par le docteur Vayssettes. 8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye et Émile Lecrosnier, éditeurs.

Lettres sur l'Hygiène, par le docteur M. Macario. 1 vol. in-18°. — Prix : 2 francs. — Paris, Germer Baillière et Cie

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 12237.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. HARDY.

Paralysie spinale des adultes.

Une jeune fille de quinze ans à peine, élève d'une école professionnelle, était allée passer au mois d'août dernier quelques jours à Dijon chez des parents. Couchée dans une chambre dont la fenêtre fermait mal, exposée par suite au refroidissement nocturne, elle se réveillait certain matin avec de la céphalalgie, des étourdissements et une raideur du cou, très-douloureuse surtout au niveau de la nuque, s'accompagnant bientôt de vomissements.

Eut-elle de la fièvre? nous l'ignorons. Cet état de malaise dura deux jours et fut suivi d'une grande courbature qui la força à garder le lit sept ou huit jours. Enfin, lorsqu'elle crut pouvoir, au bout de ce temps, commencer à se lever, elle fut surprise de ne pouvoir ni marcher facilement, ni se servir de ses bras, surtout du bras droit.

Cependant elle put encore se rendre à pied jusqu'à l'hôpital de la ville, situé à vingt minutes de distance. Admise dans les salles, on crut à une paralysie, on l'électrisa, mais la faiblesse des membres du côté droit augmenta. Bains sulfureux, courants intermittents, quatre cautères sur la région dorsale.

Elle quitte l'hôpital au bout d'un mois dans les mêmes conditions; elle arrive à Paris, et entre à Lariboisière, dans le service de M. Proust. On constate une déformation de l'épaule droite ; les muscles atrophiés sont plus faibles ; elle ne peut lever le bras, les fléchisseurs et les extenseurs de la main sont intacts et seulement un peu faibles; le deltoïde est atteint.

Mêmes phénomènes du côté des membres inférieurs qui ne lui permettent ni de rester debout ni de marcher; la jambe droite et aussi un peu la cuisse sont plus particulièrement atteints, notamment les muscles de la partie externe et antérieure de la jambe. Des deux côtés les extenseurs du pied sont pris et le pied est dans la flexion.

La santé générale est bonne, la sensibilité est intacte. Traitée par les bains sulfureux, les courants continus et le quinquina, elle quitte Lariboisière au bout de deux mois, reste chez ses parents pendant trois ou quatre semaines et entre enfin dans notre service à la Charité, où nous constatons l'état suivant qui, aujourd'hui, après un mois de séjour, est à peu près le même.

Apparence délicate, maigreur, santé générale bonne, fonctions générales bonnes également, menstruation suspendue depuis le début de la maladie; épaule droite affaissée par atrophie musculaire, saillies osseuses plus marquées, épine de l'omoplate très-saillante, muscles sus-épineux atrophiés, deltoïde très-atrophié; affaiblissement musculaire, ce n'est pas de la paralysie, mais une véritable impuissance qui fait que la malade ne peut lever le bras, ni contracter le deltoïde; abduction impossible. Légère atrophie du biceps. L'avant-bras a peu de chose et la main serre assez bien, la malade peut continuer à écrire. Les muscles de l'épaule sont donc à peu près seuls atteints.

De plus, il existe une scoliose véritable, et la colonne vertébrale par faiblesse musculaire est incurvée à droite.

Les jambes sont en apparence normales comme forme, les pieds sont dans une flexion presque complète; impossibilité des mouvements d'extension, pas de réflexe tendineux rotulien, paralysie des extenseurs de la jambe; adipose sous-cutanée qui masque l'atrophie musculaire ; on ne sent pas les muscles, ceux-ci sont remplacés par une couche de graisse considérable.

Cette adipose avec paralysie musculaire a été désignée par Duchenne (de Boulogne) sous le nom de paralysie pseudo-hypertrophique; elle a été aussi décrite par M. Landouzy.

La marche n'est pas absolument impossible, mais elle est difficile, elle se fait avec équinisme, c'est-à-dire les pieds dans la flexion par faiblesse des péroniers latéraux portée presque jusqu'à la paralysie, de telle sorte que les fléchisseurs l'emportent sur les extenseurs au point d'agir pour ainsi dire seuls.

Un autre phénomène que nous devons encore citer, c'est le refroidissement des extrémités, dès que la malade n'est plus au lit, avec teinte cyanique des pieds, un peu analogue à celle que l'on observe dans la maladie connue sous le nom d'asphyxie des extrémités, mais sans aucune transpiration froide.

Pas d'insensibilité, pas d'anesthésie, pas d'analgésie; rien du côté de la miction ni de la défécation.

Bien qu'elle soit restée couchée longtemps depuis le début des accidents, il ne s'est produit aucune escharification.

Les sens sont restés sains, la vue notamment n'est pas altérée ni modifiée. Enfin la santé générale est bonne.

Les recherches sur la contractilité musculaire montrent que la contractilité faradique est à peu près abolie pour tous les muscles atrophiés.

D'après la localisation de la maladie, celle-ci n'est pas une affection périphérique, mais bien centrale, et, d'après les altérations musculaires avec intégrité de la sensibilité, nous avons certainement affaire à une lésion médullaire des parties qui président aux mouvements, c'est-à-dire des parties antéro-latérales.

La maladie ressemble à une paralysie spinale infantile. En effet, comme chez notre malade, celle-ci est une affection aiguë à marche rapide, qui se déclare en quelques jours, précédée ordinairement de malaises, céphalalgie, fièvre, et parfois de quelques convulsions musculaires, après quoi la paralysie apparaît se localisant dans certaines régions musculaires, aux membres inférieurs surtout. L'atrophie est généralement excessive, les membres sont très-grêles ; mais ces deux phénomènes sont marqués par l'adipose sous-cutanée. Enfin il y a de la frigidité des membres accompagnée parfois d'une transpiration glacée.

Chez les enfants, on observe encore autre chose du côté des membres, c'est-à-dire un arrêt de développement du système osseux, une diminution du volume et de la longueur des os des membres atteints. Il s'ensuit qu'à l'âge de quinze ou dix-huit ans vous trouvez les sujets avec un membre disparate. De plus, par suite de la paralysie de quelques plans musculaires, tandis que les muscles antagonistes ont conservé leur puissance, on observe une déformation du pied, telle qu'un pied-bot par exemple.

Si maintenant on compare l'ensemble des phénomènes de la paralysie spinale infantile, dont nous venons de vous tracer le tableau, avec ce que nous observons chez notre malade, nous trouvons beaucoup de points de ressemblance. Ce sont, en effet, un même début brusque, une même marche rapide, une même impuissance musculaire, qui, comme chez cette jeune fille, peut, à un moment donné, être améliorée, mais amélioration momentanée dans les deux affections. Après quoi les accidents persistent.

Ce sont aussi dans l'une et l'autre affection de la faiblesse, de l'atrophie, du refroidissement des pieds, enfin les mêmes phénomènes négatifs touchant la sensibilité.

Cependant ce qui manque ici, chez notre malade, c'est l'arrêt de développement ; mais nous ferons remarquer que chez elle la maladie débute à un âge déjà relativement assez avancé, quinze ans, où les membres ont presque acquis leur développement. Aussi, par suite, n'existe-t-il aucune déformation des extrémités inférieures.

La maladie que nous avons ici a été décrite par M. Duchenne fils (de Boulogne), en 1864, dans sa thèse inaugurale, sous le nom de paralysie spinale des adultes, avec l'observation d'un enfant de quinze ans, absolument calquée sur notre malade.

HOPITAL NECKER. — M. J. Grancher.

Du tympanisme sous-claviculaire étudié au point de vue des épanchements pleurétiques.

Le tympanisme sous-claviculaire, connu depuis les travaux de Skoda et étudié en France par MM. Roger (1852) et Woillez (1856), a été envisagé dès l'origine comme un signe d'épanchement pleurétique et plus rarement de pneumonie ou d'œdème pulmonaire. Ses variétés, relatives à la hauteur plus ou moins grande du son perçu ou à son intensité et au rapport réciproque de ces deux éléments, ont été l'objet de discussions nombreuses, et les auteurs ne s'accordent guère sur ce point.

On confond généralement toutes les hypersonorités avec le tympanisme, qui devient ainsi le signe banal d'une foule d'affections : emphysème, pneumothorax, cavernes pulmonaires, épanchements pleuraux, pneumonies, œdèmes, etc.; ou, si l'on cherche à faire un classement, comme l'ont tenté MM. Barth et Roger, on est conduit à séparer le son clair du son tympanique. Ce dernier, d'après les auteurs que je viens de citer, n'appartient qu'au pneumothorax; le son clair se rencontre, au contraire, dans les épanchements intrapleuraux, dans les cavernes, les dilatations bronchiques, etc. (1865, *Traité d'auscultation et de percussion.*)

M. Woillez se rapproche davantage de l'interprétation allemande (1879, *Traité de percussion et d'auscultation*). Il distingue cinq variétés de tympanismes ou, mieux, de sonorités sous-claviculaires anomales, dont trois principales qui sont fondées sur les rapports de l'intensité avec la qualité du son perçu. Comme tous les auteurs précédents, M. Woillez constate la fréquence de ces phénomènes dans la pleurésie, et il ajoute qu'on les rencontre aussi dans d'autres lésions pulmonaires, mais il n'en tire aucune déduction pronostique.

Traube avait fait remarquer cependant que, si la tonalité du son tympanique est basse, l'épanchement n'est pas très-abondant, et qu'au contraire une tonalité plus haute du son se rencontre généralement quand le liquide pleurétique atteint le mamelon. C'est encore une donnée de diagnostic, dans laquelle intervient la notion de quantité du liquide; cette donnée est exacte, au moins pour la plupart des faits.

Dans son récent Traité de percussion, Weil insiste sur les variétés de tympanisme qu'on peut rencontrer soit dans un espace ouvert à l'air extérieur, comme une caverne communiquant largement avec une bronche, soit dans un espace clos, un pneumothorax partiel, par exemple, et il étudie dans les deux cas les causes de l'élévation de tonalité et de l'augmentation d'intensité du son. Il montre que le calibre de l'orifice de communication, d'une part, et, d'autre part, la capacité de l'espace clos, son état de tension, son état de surface rugueux ou poli, sont autant d'explications des variétés du tympanisme. (Adolf Weil. Leipzig, 1880, *Lehrbuch des Percussion.*)

Ce côté de la question a séduit les médecins allemands, et depuis Skoda de nombreuses recherches ont été tentées dans cette voie de physique expérimentale qui doit conduire à éclairer la pathogénie de toutes les variétés du tympanisme. Est-ce une augmentation ou une diminution de la quantité de l'air contenue dans le poumon, refoulé par l'épanchement pleural, qui est la cause directe du tympanisme? Quelle est la part de la tension des parois alvéolaires ou de leur relâchement, etc., etc.? Skoda, Wintrich, Guttman, et, plus récemment, Friedreich et Weil ont discuté longuement tous ces points.

Je ne place aujourd'hui la question ni sur le terrain de l'acoustique pure, ni sur celui de la valeur diagnostique du tympanisme sous-claviculaire, n'ayant rien à ajouter à ce qui est déjà connu.

Je désire étudier le tympanisme sous-claviculaire au point de vue du pronostic des épanchements intra-pleuraux,

qui en sont la cause première. A ce point de vue, les cinq variétés de M. Woillez, qu'on peut, à mon sens, réduire utilement à trois, n'ont aucun intérêt, et ce n'est pas en étudiant les nuances de tonalité ou d'intensité du tympanisme qu'on peut arriver au résultat que je poursuis, mais bien en cherchant dans quelle combinaison, dans quelle association les autres signes physiques, fournis par la palpation et l'auscultation, se rencontrent avec le tympanisme, quelle que soit, du reste, sa variété.

Ce n'est donc pas sur l'étude de la sonorité sous-claviculaire seule que sont fondées mes recherches, mais bien sur l'ensemble des signes physiques qui l'accompagnent. Or trois circonstances principales peuvent se rencontrer :

1° Le tympanisme sous-claviculaire coïncide avec une augmentation de la respiration et une augmentation parallèle des vibrations vocales ;

2° Le tympanisme sous-claviculaire s'accompagne d'une augmentation des vibrations vocales, mais la respiration est diminuée ;

3° Le tympanisme sous-claviculaire se rencontre avec une diminution du murmure respiratoire et une diminution des vibrations.

Or, à chacune de ces trois circonstances capitales correspond un état physique particulier du poumon.

Tous les cliniciens connaissent l'importance du problème qui se pose dans les termes suivants : Étant donné un épanchement pleurétique, quel est l'état du poumon ? De cet état dépend souvent, en effet, l'avenir de la pleurésie.

Déjà M. Hirtz (de Strasbourg) et récemment M. Potain ont abordé le problème par un autre côté et ont réussi, au moins pour quelques cas, à poser les bases du diagnostic de la congestion pulmonaire derrière l'épanchement pleurétique. M. Serrant a résumé dans sa thèse les idées de ces deux maîtres, idées que vous connaissez; mais M. Woillez, tout en admettant la justesse théorique de leurs opinions, demande des preuves anatomiques, et, pour ne pas encourir ce reproche, j'apporte, pour chacun des trois groupes de faits que je vais énumérer, des autopsies confirmatives.

I. Dans certaines pleurésies avec épanchement, dans certaines pneumonies, le tympanisme sous-claviculaire s'accompagne d'une respiration puérile, exagérée aux deux temps, et d'une augmentation très-notable des vibrations thoraciques, non-seulement par rapport à l'état physiologique, mais par rapport au côté droit, par exemple, si la pleurésie est à gauche (ce qui indique une augmentation vraiment considérable).

Quand cette association des signes physiques se rencontre, association qu'on peut représenter par le schème suivant :

Son. . . . +
Vibration. . +
Respiration +

je conclus à l'intégrité du parenchyme pulmonaire, qui subit sans doute les effets de la compression et du refoulement, mais ne prend qu'une part indirecte et passive au processus morbide. D'où cette déduction que la pleurésie est simple et offre les plus grandes chances de guérison complète. (Je néglige à dessein les adhérences pleuro-pulmonaires qui sont la conséquence de toute pleurésie.)

J'ai cinq observations qui viennent à l'appui de cette proposition. Trois pleurétiques sont aujourd'hui complètement guéris. Un pneumonique a succombé et nous a fourni l'occasion de vérifier l'état anatomique prévu du lobe supérieur du poumon. Ce lobe, dans la région sous-claviculaire, au point même où l'ensemble des signes physiques relevés plus haut se rencontrait, était sain, crépitant, souple; tout le reste du poumon était en hépatisation au deuxième et troisième degré. Même vérification fut faite dans l'autopsie d'un malade atteint d'hydrothorax d'origine cardiaque.

Je crois donc pouvoir légitimement affirmer que le tympanisme sous-claviculaire associé, c'est-à-dire uni à une modification parallèle, en + des vibrations vocales et de la respiration, signifie que le lobe supérieur du poumon est sain. On pourrait adopter une formule abréviative et appeler cette variété : tympanisme de suppléance. Ce qui se passe, en effet, dans cette partie du poumon qui surnage à l'épanchement, n'est qu'un cas particulier d'une loi beaucoup plus générale, qu'on pourrait, à mon sens, formuler ainsi : Toute respiration supplémentaire s'accompagne d'une augmentation du son et des vibrations thoraciques.

II. La seconde combinaison des signes physiques est réalisée par le tympanisme sous-claviculaire, l'augmentation des vibrations vocales et la diminution de la respiration. D'où le schème suivant :

Son. . . . +
Vibration. . +
Respiration —

Tantôt le murmure respiratoire est très-affaibli et presque nul, tantôt il est simplement diminué; quelquefois il est en même temps faible et rude, la tonalité de l'inspiration étant sensiblement abaissée. Chacun de ces degrés, chacune de ces nuances a sa valeur dans le diagnostic de la nature même de la lésion pleuro-pulmonaire et pour son pronostic.

Ici le tympanisme n'est plus associé aux deux autres signes physiques, l'un d'eux, la respiration, s'étant modifié inversement, c'est-à-dire en moins, tandis que le son et les vibrations se modifiaient en plus. Il y a ce qu'on pourrait appeler une dissociation des signes physiques.

Or, dans l'observation journalière des pleurésies, rien n'est plus fréquent que de rencontrer ce type, cet ensemble de phénomènes fournis par l'examen de la région sous-claviculaire. Le médecin doit en tirer cette conclusion que le lobe supérieur du poumon, qui n'est pas recouvert par l'épanchement (ainsi que l'atteste l'augmentation des vibrations vocales), est atteint d'une lésion propre, concomitante, complice ou même cause de la pleurésie. Cette lésion est un état congestif simple ou de nature tuberculeuse qui survit à l'épanchement pleural plus ou moins longtemps, qui peut disparaître s'il n'existe point de tuberculose locale, ou, au contraire, rester le témoin d'une lésion pulmonaire primordiale et évoluer plus tard dans le sens d'une phthisie.

Je pourrais citer plus de trente observations de ce type depuis que j'étudie cette question; mais je n'ai que deux autopsies, il est vrai qu'elles sont absolument confirmatives.

Voici comment la chose se passe d'ordinaire : un homme vigoureux prend une pleurésie; en même temps il tousse et crache un peu. Quand il entre à l'hôpital, quelques jours après le début de sa maladie, on peut constater, en même temps qu'un épanchement pleurétique moyen ou abondant, cette dissociation particulière des signes physiques dans la région sous-claviculaire. Avec ou sans ponction, avec ou sans vésicatoires, l'épanchement disparaît et le lobe inférieur du poumon reprend peu à peu ses fonctions ; les vibra-

tions, la respiration, le son même reviennent à la base; au contraire, le lobe supérieur reste à peu près dans le même état. Le tympanisme a disparu cependant et fait place à une submatité ou même à une matité évidente, les vibrations sont toujours exagérées, la respiration toujours affaiblie. Cela dure un mois ou deux, sans notable changement, et le malade, qui a repris une partie de ses forces, qui mange et qui s'ennuie à l'hôpital, part en se croyant guéri. Mais il rentrera plus tard dans un autre service où le diagnostic de phthisie pulmonaire sera porté légitimement et sans discussion. Malheureusement les hasards de la répartition des malades dans nos hôpitaux permettent rarement au même médecin de suivre toutes les phases de la maladie, depuis la pleurésie initiale jusqu'à l'excavation pulmonaire ultime.

J'ai pu cependant suivre un de ces malades, de l'origine à la fin des accidents, et l'autopsie a confirmé pleinement le diagnostic que je portais le jour de son entrée à l'hôpital: congestion pulmonaire tuberculeuse accompagnée d'épanchement pleurétique. C'est le nommé F..., homme extrêmement vigoureux, alcoolique, qui commença sa maladie à l'hôpital Tenon et vint mourir quinze mois après à Necker.

Cependant les choses ne tournent pas toujours au tragique, d'abord parce que, même si la congestion pulmonaire est de nature tuberculeuse, la phthisie marche quelquefois lentement, avec de longues périodes de rémission, et peut même s'arrêter sur place et guérir. Ensuite le fait de la congestion du poumon, constaté par l'ensemble des signes physiques que je signale, n'entraîne pas nécessairement l'affirmation de la tuberculose. Celle-ci peut faire défaut, comme semblent le prouver quelques rares faits où la respiration et les autres signes de l'état physiologique du poumon reparaissent peu à peu, après la disparition de l'épanchement pleural. Mais ces faits sont exceptionnels. — Le tympanisme sous-claviculaire, accompagné d'une exagération des vibrations vocales et d'un affaiblissement considérable de la respiration, est le plus souvent en rapport avec une forme de tuberculose pulmonaire, masquée par un épanchement pleurétique.

Cette variété de sonorité sous-claviculaire pourrait s'appeler tympanisme de congestion par opposition au tympanisme de suppléance de la première variété.

III. Une troisième combinaison peut se rencontrer avec le tympanisme. Les vibrations sont diminuées ou éteintes; en même temps la respiration est également affaiblie, selon le schéma suivant :

Son. . . . +
Vibrations. —
Respiration —

C'est quand il existe une compression du hile du poumon ou des grosses bronches du lobe supérieur que ce type se rencontre. Il peut encore se trouver en rapport avec un œdème pulmonaire concomitant de l'hydrothorax. J'ai diagnostiqué ainsi une pleurésie médiastine remontant au-dessus du hile du poumon gauche et comprimant la racine des bronches; l'autopsie confirma mon diagnostic.

Mais cette troisième variété, qu'on pourrait appeler le tympanisme de compression et d'œdème pulmonaire, cette troisième variété de tympanisme est beaucoup moins fréquente que la première et surtout que la seconde, de beaucoup la plus commune.

En résumé, il existe dans beaucoup de lésions pleuro-pulmonaires, mais particulièrement dans les pleurésies avec épanchement, un certain ensemble de signes physiques qui permettent de diagnostiquer l'état sain ou pathologique du lobe supérieur du poumon.

Dans le schéma le plus simple, quand il y a une association parallèle en + de tous les signes fournis par la percussion, l'auscultation et la palpation, le poumon est sain.

Quand il y a dissociation, c'est-à-dire modification inverse des signes physiques, deux cas peuvent se rencontrer:

1° Ou bien avec l'augmentation du son et des vibrations coïncide une diminution du murmure vésiculaire; il y a alors congestion du lobe supérieur du poumon et le plus souvent tuberculose;

2° Ou bien le tympanisme s'accompagne d'une diminution des vibrations et du son. Le fait est assez rare; il signifie compression des grosses bronches ou œdème pulmonaire.

J'ai négligé à dessein, dans cette étude, toute théorie physique, toute explication fondée sur l'acoustique. Je me suis contenté de constater les faits sur le vivant, de les interpréter de mon mieux et de les vérifier à l'occasion sur le cadavre.

J'ai de même pris le mot tympanisme dans son sens le plus large, depuis l'hypersonorité manifeste, jusqu'au son clair, bref et métallique, voisin de la matité. Ces extrêmes et les intermédiaires dépendent, à mon avis, comme l'a dit Traube, plutôt de la quantité de l'épanchement que de l'état sain ou pathologique du poumon.

THÉRAPEUTIQUE

Les capsules Thévenot (1).

Par M. le Dr W. Charaust.

II

La première idée de M. Thévenot s'est d'abord et naturellement arrêtée à la pièce principale de ses appareils, à ce qu'il nomme le capsulier; elle date déjà de 1847; c'était alors un progrès très-marqué sur ce que l'on connaissait déjà.

D'un seul coup de presse, on pouvait obtenir de soixante-une à quatre-vingt-onze capsules. N'ayant pas vu les premiers modèles, il nous serait difficile de dire si la construction était la même au début qu'aujourd'hui; ce n'est guère probable : quand on trouve un principe, on l'applique comme on peut; souvent même les essais du début laissent à désirer sous plus d'un rapport. Avant la machine à vapeur à double effet, il y avait la machine à simple effet, qui n'a guère rendu de services et ne pouvait guère en rendre.

Le détail des modifications successives du capsulier Thévenot, très-intéressant peut-être au point de vue purement technique, ne serait point à sa place ici; nous nous bornerons à indiquer la disposition du modèle exposé en 1878, de manière à en donner une idée plutôt qu'à en faire une description proprement dite.

Figurez-vous deux platines hexagonales, en acier fondu; l'inférieure se tient d'une seule pièce, tandis que la supérieure se dédouble en un cadre hexagonal et une platine plus étroite, mais plus épaisse; il faut, en effet, que celle-ci soit plus élevée que le cadre pour que la pression s'exerce sans difficulté. Les deux platines sont percées d'outre en outre et ensemble de soixante-et-un ou de quatre-vingt-onze trous cylindriques ou elliptiques, fraisés sur leur pourtour et représentant une réunion d'emporte-pièces à bords écrasés. Les platines et leurs ouvertures doivent correspondre exactement. Ces notions, si sommaires qu'elles soient, démontrent que le capsulier, la pièce principale de toute cette fabrication, est un instrument d'une précision rigoureuse; mais ce n'est pas le seul, il faut en même temps que lui la presse Thévenot, indispensable pour souder d'une manière parfaite les bords du petit morceau de pâte taillé par le capsulier. Quand on voit ces appareils fonction-

(1) Suite. — Voir le numéro du 3 novembre 1881.

ner et atteindre leur but à chaque coup avec la régularité monotone d'un balancier d'horloge, on se dit qu'en somme, dans cette admirable industrie, la main-d'œuvre est pour bien peu de chose, qu'une fois la découverte faite et l'outillage constitué, il n'y a plus qu'à laisser les choses aller leur train. C'est encore une erreur: il faut une méthode pour les capsules destinées à contenir des substances visqueuses, telles que le goudron ; il en faut une autre pour celles qui sont destinées aux éthers et autres produits volatils, et une troisième pour les poudres médicinales. Tout se suit et s'enchaîne : outillage perfectionné, nécessité d'un soin continuel, combinaison de moteurs puissants avec les minuties du *modus faciendi* officinal, toujours nécessaire lorsqu'il s'agit de livrer au public une préparation bien faite. Ce deuxième côté de la question n'a pas été plus négligé que le premier.

En même temps qu'on modifiait le manuel opératoire d'après la nature de la substance à envelopper, on modifiait les conditions de l'enveloppe elle-même. Ici encore, l'inventeur est intervenu; nous avons vu quels produits entrent dans la composition des capsules et comment on les mélange. Elles sont ainsi plus solubles que les capsules gélatineuses et doivent se dissoudre plus facilement dans l'estomac : c'est Guibourt qui l'a dit.

Chaque détail a donc son importance et ses avantages. Cette solubilité de l'enveloppe n'en est-elle pas un de premier ordre? Faire un médicament plus docile à l'action du suc gastrique qu'un autre, c'est ce que doivent toujours tenter les pharmaciens, surtout quand il s'agit d'un véhicule dont le rôle est fini quand il est entré dans l'estomac avec les matériaux qu'il porte. Après avoir éliminé pour ainsi dire une à une les inconnues du problème, M. Thévenot put se dire : « J'ai trouvé quelque chose capable de rendre de sérieux services aux malades; je puis mettre entre les mains des médecins un instrument commode et sûr. J'ai établi ma fabrication de telle sorte qu'il ne s'agit pas d'un remède de luxe, accessible seulement aux riches, mais d'une préparation peu onéreuse, applicable dans les salles d'hôpital comme ailleurs; ce n'est point un ingrédient chimique, à propriétés discutables, un élixir d'une plante du nouveau continent, à vertus inexpliquées et quelque peu mystiques; c'est un simple véhicule, mais un véhicule d'une utilité incontestable. » Présentons-le donc aux corps savants et demandons-leur sans arrière-pensée leur opinion. Cette façon d'agir, digne et loyale, produisit les effets qu'on devait en attendre. A l'Académie, les capsules furent soumises à des épreuves sérieuses; le rapporteur de la commission nommée à cet effet ne put cacher sa surprise en voyant que le produit ne se laissait deviner ni par la saveur ni par l'odeur, que des corps résineux, huileux, des poudres même ne s'opposaient point à la soudure parfaite de l'enveloppe; en fin de compte, on vota des conclusions favorables : « Nous pensons que l'Académie peut déclarer que le procédé qui lui est soumis est ingénieux et que les capsules qui lui ont été présentées paraissent d'une fabrication très-soignée (1). »

Cette appréciation vaut un long éloge pour qui sait avec quelles précautions la savante assemblée dispense ses approbations et ses encouragements en semblable matière.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 7 janvier 1882. — Présidence de M. Ranvier.

M. DUMONTPALLIER, à l'occasion du procès-verbal de la dernière séance, expose que, chez une hystérique de son service, il a réussi, comme dans les observations qu'il a exposées antérieurement, à faire disparaître en quelques minutes, et cela au moyen du vent d'un soufflet ordinaire, les contractures consécutives à une attaque récente d'hystérie.

De plus, chez une autre malade devenue lypémaniaque après une attaque d'hystérie, l'hypnotisme provoqué par le regard a suffi pour modifier favorablement l'état mental de cette malade, et depuis sept jours il n'y a pas eu de rechute de mélancolie.

Enfin, continuant l'étude de l'action des agents physiques sur la production d'actes réflexes cutano-musculaires, M. Dumontpallier a constaté, à l'aide de la lumière de Drummond, passant à travers un prisme de cristal, que les rayons extra-rouges et extra-violets du spectre avaient une action sur la surface de la peau, laquelle action déterminait secondairement une contraction musculaire.

Le son produit à une certaine distance, cinq à six mètres, et transmis au moyen d'un long tube de caoutchouc à la surface de la peau d'une hystérique hypnotisée, a déterminé des contractions musculaires, et, lorsque l'on transmettait ainsi le tic-tac d'une montre, on voyait les contractions du muscle marcher d'une façon synchrone avec les bruits de la montre. Si on retirait la montre, les contractions musculaires s'arrêtaient.

Des expériences analogues ont été faites avec le téléphone et le microphone, c'est-à-dire que les vibrations très-faibles de ces instruments suffisaient pour déterminer des contractions musculaires, lorsque l'on fixait le regard ou lorsque l'on dirigeait un faisceau lumineux sur la plaque du microphone.

Phénomènes qui se manifestent à la suite de l'application du courant galvanique sur la voûte cranienne, pendant la période léthargique de l'hypnotisme chez les hystériques. — M. CHARCOT. Dans la phase du sommeil hypnotique des hystériques désignée par l'auteur sous le nom de léthargie *hypnotique provoquée*, on voit se produire une *hyperexcitabilité neuro-musculaire*, qui consiste essentiellement en une aptitude spéciale des nerfs et des muscles à réagir sous l'influence de l'excitation mécanique.

D'après nos dernières expériences, cette hyperexcitabilité ne s'étend pas seulement aux muscles et aux nerfs, mais encore aux régions motrices du centre cérébral. Ainsi le courant galvanique, agissant sur un des côtés du crâne, produit des secousses musculaires dans la face et dans les membres du côté opposé, tandis que le même courant ne provoque aucune contraction, la malade étant éveillée.

En recherchant chez les hystériques la résistance des tissus au passage du courant galvanique, nous avons découvert par hasard les faits précédents.

Voici comment nous avons disposé les expériences : une hystérique, plongée dans la léthargie par les procédés habituels, présente l'hyperexcitabilité neuro-musculaire; l'un des tampons (le positif) est appliqué successivement, soit par la bosse frontale, soit à deux centimètres au-dessus du pavillon de l'oreille; l'autre est placé sur la ligne médiane du sternum. On interrompt le courant et l'on constate, du côté opposé à l'application du tampon, une secousse très-manifeste (la commissure labiale est tirée en dehors, et le bras et la jambe sont soulevés brusquement). Ces mouvements se produisaient soit dans une seule région, soit dans les trois à la fois.

L'expérience réussissait, quel que fût le côté du crâne où l'on appliquait le courant.

Le courant galvanique avait une intensité telle qu'il faisait dévier de 20 à 30° l'aiguille du galvanomètre gradué en dix millimètres (on s'est servi de quatre à dix éléments Leclanché, et dix de ces éléments équivalent environ à quinze Daniell). — Les secousses ne se montrent qu'à l'interruption du courant.

Dans cette manière de faire, on pourrait attribuer les mouvements de la face à l'action directe du courant sur les muscles faciaux. C'est pour obvier à cette objection que nous avons placé les pôles sur une même moitié du crâne; l'un est maintenu un peu au-dessus du pavillon de l'oreille ou bien quatre à cinq centimètres en arrière et au-dessus de l'apophyse mastoïde, l'autre au sommet, à trois centimètres de la ligne médiane, à l'extrémité d'une ligne verticale qui passerait par le conduit auditif externe; cette région correspond à la partie supérieure de la région dite motrice encéphalique.

Dans ces nouvelles conditions d'expériences, les résultats ont été absolument les mêmes.

Maintenant surgit une autre question : ces faits appartiennent-

(1) *Bull. de l'Académie de médecine*, 1848, p. 1192.

ils à cet état nerveux spécial, ou bien se rencontrent-ils également à l'état de veille? Le même sujet étant éveillé, nous avons répété les expériences dans des conditions identiques (même intensité de courant, dispositif semblable); le résultat a toujours éte négatif : aucun mouvement n'a été observé soit aux membres, soit à la face.

Ces phénomènes ont été reproduits sur trois hystériques hypnotisables à des degrés divers, mais offrant toutes de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire.

Jusqu'à plus ample informé, nous pouvons conclure que pendant la léthargie hypnotique il y a une hyperexcitabilité spéciale de certaines régions de l'encéphale. Il ne s'agit pas ici de localisation cérébrale.

Sur quel point exact de la masse de l'encéphale le courant galvanique porte-t-il son action? Comment se fait-il que le courant agisse au travers des parois du crâne? Nous ne cherchons pas à résoudre ces questions, du moins pour le moment.

Que le courant agisse par induction ou directement, que les régions atteintes soient corticales ou basilaires, peu importe, du moins pour le présent.

Retenons le fait qui se dégage de nos recherches : les régions encéphaliques motrices pendant la léthargie hystérique sont impressionnables au courant galvanique.

C'est là un fait nouveau, car dans la littérature médicale qui se rapporte à la galvanisation de la tête chez l'homme, nous n'avons rien noté de semblable.

En outre, c'est un caractère nosographique précis de plus qu'il faut ajouter à ceux de l'hypnotisme.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

Curvimètre uréthral.

Les obstacles au cathétérisme sont de deux ordres :

1° Ils sont liés à une diminution du calibre de l'urèthre (rétrécissement);

2° Ils tiennent à un changement de la courbure du canal, — soit par suite d'une augmentation de volume de la prostate qui porte l'orifice uréthro-vésical en haut, ce qui est le cas le plus fréquent, — soit en raison de certaines dispositions individuelles, encore mal connues, qui font varier cette courbure suivant la plus ou moins grande inclinaison du bassin.

En un mot, les premiers sont appelés obstacles de dimension; les deuxièmes, obstacles de courbure.

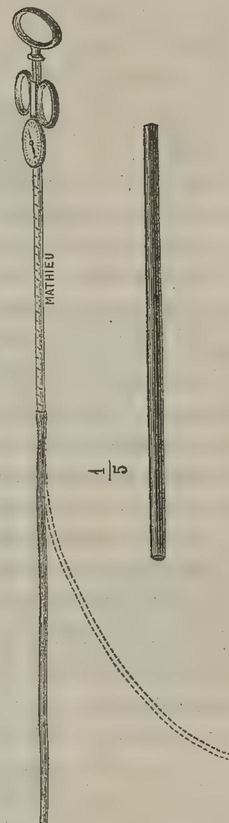
Les premiers sont franchis avec des instruments coniques olivaires droits, lorsque l'orifice du rétrécissement est dans l'axe du canal, ou, dans le cas contraire, avec des bougies tortillées, à ressort de jarretière, crin de Florence, collodionnées, etc., et surtout de la patience et de l'habileté.

Les seconds, malgré toute l'expérience du chirurgien, nécessitent souvent des tâtonnements. En leur présence, on en est réduit à chercher quelle est la courbure de la sonde qui correspond à celle de l'urèthre.

Le conseil anciennement donné de se servir toujours, chez les vieillards, de sondes à grande courbure pour le cathétérisme évacuatif (J.-L. Petit, Gély), est excellent; mais la sonde recommandée, — et qui date de loin, puisqu'on en trouve des spécimens à Pompéi, — ne répond pas à tous les cas. Aussi arrive-t-il souvent au plus habile d'éprouver quelques embarras. Ces embarras ont fait naître la pensée de l'instrument que voici, et dont nous avons vu faire usage par M. docteur Mallez à la clinique de la rue Christine.

Description de l'instrument. — Construit par M. Mathieu, le curvimètre uréthral, analogue en principe à l'hystéromètre de M. le docteur Terrillon, qui n'est lui-même que la reproduction d'un instrument antérieurement construit en Angleterre, en diffère par sa longueur plus considérable et la mobilité du point d'attache de la partie fixe du ressort, comme nous le verrons tout à l'heure.

Extérieurement, le curvimètre uréthral a l'aspect d'une longue bougie fine, n° 12 de la filière Charrière, en caoutchouc vulcanisé. Le pavillon porte un cadran gradué sur lequel se meut une aiguille et au-dessous trois anneaux, dont deux latéraux, un médian, qui reçoivent l'index, le médius et le pouce de la main droite.



La bougie de caoutchouc renferme dans son intérieur deux lames d'acier en ressort.

Le ressort (que provisoirement nous supposons fixe) est recourbé sur lui-même en anse de manière que les deux branches soient rectilignes et parallèles. La partie supérieure, au sommet de cette double tige, a été recuite et privée ainsi de son élasticité. Les deux branches de l'anse sont maintenues à distance l'une de l'autre par un deuxième ressort, fixé en bas sur la première branche. Ce ressort affecte une forme en zigzag, en rapport avec sa fonction d'écarteur.

Si nous recouvrons tout le système de sa gaine en caoutchouc, celle-ci maintiendra les deux branches rapprochées et son action, jointe à celle de l'écarteur, fera que la distance qui les sépare restera partout égale et constante, quelle que soit l'inclinaison donnée à l'instrument. En outre, si l'on vient à courber cette double tige, il est clair que l'une des deux branches, étant concentrique à l'autre, paraîtra s'allonger et son extrémité libre dépassera la ligne horizontale en bas d'une quantité proportionnelle à l'intensité de la courbure donnée à tout le système. De même, mais inversement, si la courbure se fait en sens contraire, l'extrémité libre de la première branche remontera d'autant au-dessus de la même ligne horizontale.

Pour compléter l'appareil, une crémaillère adaptée à l'une des branches du ressort s'engrène avec un pignon qui fait mouvoir l'aiguille sur le cadran. Enfin le ressort, que nous avons supposé d'abord immuable, est, en réalité, attaché à une sorte de mandrin que termine l'anneau médian destiné au pouce.

De cette construction résulte, pour l'opérateur, la possibilité de faire varier à volonté la courbure du *curvimètre* par un mouvement analogue à celui qui s'exécute dans le premier temps de la manœuvre de l'amygdalotome. Réciproquement, si, au lieu de pousser le mandrin en rapprochant le pouce des autres doigts, l'opérateur porte le pouce dans l'abduction, le mandrin tiré en arrière portera la courbure du côté opposé. Le côté convexe devient le côté concave et *vice versâ*. Les changements de courbure ne peuvent être obtenus que dans un seul plan des deux côtés de la position rectiligne des lames. — Après cette description, il est aisé de se rendre compte de la manœuvre du curvimètre. Par la simple lecture du nombre des degrés parcourus par l'aiguille sur le cadran, l'incurvation de la tige sera connue et il sera toujours facile de reproduire la même courbure en ramenant l'aiguille au même point de la graduation. C'est, en somme, un mandrin extrêmement souple, capable de s'infléchir sous la plus légère pression.

Applications du curvimètre. — Quels sont les cas dans lesquels le curvimètre urèthral recevra son application? — Les fausses routes à la paroi inférieure, où elles sont, d'ailleurs, le plus généralement placées, les augmentations de volume de la prostate, unilatérales, totales ou transversales.

Dans le cas d'une fausse route, la tige du curvimètre fortement incurvée au préalable, et rasant au plus près la paroi supérieure, évitera l'orifice de la fausse route au plancher de l'urèthre.

Lorsqu'il s'agira d'une augmentation de volume unilatérale de la prostate s'opposant au passage des instruments rigides, la tige flexible de l'instrument, soutenue par sa portion métallique, contournera l'obstacle, exactement comme le fait la sonde en gomme dans le procédé de Chopart ou de Hey, quand on retire le mandrin

de quelques centimètres pour laisser libre l'extrémité antérieure de la sonde dans son mouvement de progression au milieu des obstacles prostatiques. Enfin, dans l'hypertrophie totale ou transversale, la courbure excessive qui peut être imprimée au curvimètre permettra de franchir ces barrières énormes contre lesquelles viennent buter les instruments les mieux dirigés.

Dans toutes ces applications, une sonde de gomme, ouverte aux deux bouts, est placée sur la partie rigide du curvimètre et glisse sur le conducteur qui la guide.

Avantages. — 1° C'est l'exactitude apportée dans une manœuvre opératoire dont le succès dépendait jusqu'ici trop souvent du hasard et des tâtonnements.

2° C'est la possibilité de fournir au malade, ou aux chirurgiens qui viendront après, un renseignement précis sur la courbure de l'urèthre et par conséquent sur la courbure des sondes dont on devra se servir. En effet, l'instrument ramené au dehors, il est facile de reproduire *graphiquement* l'incurvation du canal, en portant l'aiguille sur le même point de la graduation du cadran.

3° C'est surtout une sorte de prolongation du doigt introduit dans l'urèthre à la recherche de l'orifice et la substitution d'un instrument inoffensif soit aux sondes rigides à grande courbure, soit aux sondes molles munies de mandrin, instruments toujours dangereux, quelquefois même dans les mains les plus habiles.

4° Enfin, et par-dessus tout c'est une mesure de précision, et il faut toujours considérer comme un progrès la précision apportée aux choses de l'art en médecine.

— La Faculté de médecine de Paris, qui, si nous sommes bien informés, avait vu se créer en son sein une majorité contre toute permutation, vient, dans sa dernière séance, de voter, à la majorité de 16 voix contre 13, le passage de M. Hayem à la chaire laissée vacante par M. Charcot.

Une belle occasion perdue pour le rétablissement des concours.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 12250.

43

Eaux minérales de Vals.

Acidules, Gazeuzes, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre.	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude...	1.480	5.800	5.910	6.040	6.280
— de potasse.	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.021	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces,* essentiellement *digestives* Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux :* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

49

Salicol Dusaule (ACIDE SALICYLIQUE ET MÉTHYLÈNE).

Désinfectant, antiseptique, cicatrisant.

D'une odeur agréable, remplace avantageusement, pour tous les usages, le coaltar et le phénol. Le flac. : 2 fr., 97, r. de Rennes, et les pharmacies.

53

Produits de l'Eucalyptus

par DELPECH et ARDISSON.

Les CAPSULES A L'ESSENCE PURE D'EUCALYPTUS (*Eucalyptol*), l'Alcoolature, le Sirop, le Vin, le Liniment réussissent contre : *Affections du poumon, névralgies, migraines, rhumatisme, pansement et désinfection des plaies.*

La phie DELPECH, rue du Bac, 23, prépare les **Capsules à l'Extrait éthéré de Cubèbe.**

57

Farine LACTÉE Nestlé

Dont la base est le bon lait. 3 *Diplômes d'honneur* et 5 *Médailles d'or.* — 10 ans de succès. C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel et facilite le sevrage; avec lui, pas de diarrhée, pas de vomissements, la digestion en est facile et complète. Exiger la signature Henri Nestlé. — Gros : Christen frères, 16, rue du Parc-Royal. — Détail : Pharmacie Christen, 31, rue du Caire, Paris, et tous les pharmaciens.

12

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris, contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales pharm.

61

Sirop de Papaïne TROUETTE-PERRET.

Maladies d'estomac, gastrites, gastralgies, diarrhées chroniques, vomissements des enfants, etc. Une cuillerée à bouche après chaque repas. Gros, 165, rue St-Antoine. Dépôt toutes phies.

38

Coton iodé préparé par J. THOMAS

pharmacien de 1re classe.

Le Coton iodé est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique, dont on peut graduer les effets à volonté. On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hopitaux de Paris : le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc., ont été guéris, sans lésions de la peau, en un court espace de temps.

48, avenue d'Italie, Paris, et toutes les pharm.

42

MALADIES DE L'ESTOMAC

DIGESTIONS LABORIEUSES

Poudres et Pastilles de Paterson

BISMUTHO-MAGNÉSIENNES

digestives, absorbantes, antigastralgiques contre les douleurs d'estomac, les digestions pénibles, le manque d'appétit, les aigreurs et les vomissements.

Adh. DETHAN, pharmacien, faubourg Saint-Denis, 90, Paris, et dans toutes les pharmacies de France et de l'étranger.

Paterson

39

Granules antimonio-ferreux et

antimonio-ferreux au Bismuth du docteur PAPILLAUD.

Nouvelle médication contre l'anémie, la chloro-anémie, la chlorose, les névralgies et névroses, les affections scrofuleuses.

Les Granules antimonio-ferreux au Bismuth contre les maladies nerveuses des voies digestives (gastralgies, dyspepsies).

Pharmacie É. MOUSNIER, à Saujon (Charente-Inférieure). A Paris, aux pharmacies : 1, rue des Tournelles; 141, rue Montmartre.

47

PHTHISIE, AFFECTIONS DES BRONCHES.

Capsules molles de Bourgeaud

à la **CRÉOSOTE VRAIE** du goudron de hêtre et à l'**Huile de foie de morue.** — *Récompense unique à l'Exposit. universelle de Paris,* 1878. Les seules expérimentées et employées dans les Hôpitaux de Paris. — BOURGEAUD, pharm. de 1re cl., fourn. des hôp., 20, r. de Rambuteau, Paris.

Capsules contenant 0,02, 0,05 et 0,10 de créosote, la boîte, 4 fr. — Vin et Huile créosotés conten. 0,20 de créosote par cuillerée, la bouteille, 5 fr.

36

Vin de Baudon antimonio-phosphaté.

TONIQUE, RECONSTITUANT,

Bien supérieur à l'huile de foie de morue.

Affaiblissement général, anémie, lymphatisme, scrofule, rachitisme, affections catarrhales, phthisie et suppurations prolongées.

Utile pendant la grossesse et l'allaitement.

Ph. Baudon, 11, r. des Francs-Bourgeois, Paris.

Vichy, eau minérale naturelle

Sources : *Grande-Grille,* Maladies du Foie et de l'Appareil biliaire; *Hôpital,* Maladies de l'Estomac; *Hauterive,* Affections de l'Estomac et de l'Appareil urinaire; *Célestins,* Gravelle, Maladies de la Vessie, etc.

Bien désigner le nom de la source.

Exiger le nom de la source sur la capsule.

LA CAISSE DE 50 BOUTEILLES :

(Paris, 35 fr.; Vichy, 30 fr. Emballage franco).

LA BOUTEILLE, A PARIS, 75 CENT.

L'eau de Vichy se boit au verre, 25 cent.

A Paris, 22, boulevard Montmartre; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré, où se trouvent à prix réduits toutes les eaux minérales naturelles sans exception.

56

Vin du docteur Forestier

TONIQUE RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE

Au Quinquina, Pyrophosphate de fer, Oranges amères et Malaga.

Voir : Traité de Thérapeutique, *Trousseau et Pidoux.* — Commentaires du Codex, *Gubler.* Paris, ph. Bosredon, r. des Francs-Bourgeois, 14.

46

AFFECTIONS UTÉRINES, CHLOROSE, ANÉMIE, ETC.

Liqueur de Laprade

à l'albuminate de fer

Spécifique de l'irrégularité de la menstruation.

22

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP de HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

23

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire; apaise les douleurs des reins et de la vessie; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rend aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : Deux francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou, et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

7

ANÉMIE, CHLOROSE, LYMPHATISME, HÉMORRHAGIES, LEUCORRHÉE, ALBUMINURIE.

Dragées Carbonel au perchlorure de fer pur.

Inaltérables, dosées à 0,05 *de sel sec, représentant* 4 *goultes de la liqueur normale à* 30°.

Prix : 4 fr. — Dépôt à Paris, maison Hugot; Avignon, phie Carbonel. — Envoi fo par poste.

37

Névroses. — Sirop Collas

au BROMURE double de POTASSIUM et de LITHIUM. — Dose : 2 à 3 cuillerées par jour.

Le *Bromure de Lithium* est un des plus puissants sédatifs dans le traitement des maladies nerveuses, car il contient 91,95 de Brôme pour 100 parties.

Diathèse urique. Pilules Collas

au BROMURE de LITHIUM. — Dose : 4 ou 6 pilules par jour.

Le *Bromure de Lithium* est un des meilleurs modificateurs de la *diathèse urique,* puisque un gramme de ce *Bromure* neutralise quatre grammes d'acide urique.

Dépôt pharmacie Collas, 8, r. Dauphine, Paris.

50

Etablissement orthopédique

28, rue Lauriston (place de l'Étoile). Médecin en chef : E. Duval, fils du docteur *Vincent Duval,* lauréat de l'Institut, directeur pendant plus de quarante ans des traitements orthopédiques dans les hôpitaux civils de Paris, etc.

Traitement des difformités de la taille, du pied-bot, de la fausse ankylose du genou, des torticolis, des tumeurs blanches, de la hanche, des gibbosités, etc., etc. — Jardin, gymnase. — Consultations tous les jours de deux à quatre heures.

58

Bandages élastiques

DU DOCTEUR MARTIN.

Employés aussi avec le plus grand succès dans le traitement des varices, de l'érysipèle, de l'éléphantiasis, des entorses, tumeur blanche, et d'autres maladies des articulations et affections cutanées. Admis dans toutes les cliniques et hôpitaux de l'Amérique, de l'Angleterre, de l'Allemagne, etc. Envoi franco d'une brochure explicative sur la méthode Martin (traduite en français) sur demande.

Paris, M. Aubry, 6, boulevard Saint-Michel; MM. Collin et Cie, 6, rue de l'École-de-Médecine; MM. Galante et Fils, 2, rue de l'École-de-Médecine; M. Mathieu, 113, boulevard Saint-Germain; Pharmacie Roberts et Cie, 23, place Vendôme.

Exiger la signature ci-contre sur chaque bandage. Henry A. Martin

Se défier des contrefaçons.

11

Rhumes, Grippes, Bronchites.

Sirop et Pâte de P. Lamouroux

45, rue Vauvilliers, et toutes pharmacies.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX



CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance annuelle du 18 janvier. — Présidence de M. DE ST-GERMAIN.

M. LE PRÉSIDENT remercie la Société de la bienveillance qu'elle lui a témoignée pendant la durée de ses fonctions.

M. LE SECRÉTAIRE ANNUEL donne lecture du rapport sur les travaux de la Société pendant l'année 1881.

M. HORTELOUP, secrétaire général, prononce l'éloge suivant :

ÉLOGE

De M. ÉDOUARD-PIERRE-MARIE CHASSAIGNAC, membre fondateur, ancien président de la Société de chirurgie, chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé de la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine, chevalier de la Légion d'honneur.

MESSIEURS,

Lorsque, tournant le regard vers le passé, le chirurgien se reporte au commencement de ce siècle, il lui est difficile de se défendre d'un sentiment de fierté en passant rapidement en revue le nombre considérable de découvertes dont notre art s'est enrichi, et, semblable au voyageur qui vient de gravir une de ces gigantesques pyramides que des rois orgueilleux, aux dépens de milliers d'existences inconnues, ont léguées à notre admiration, il éprouve une poignante émotion lorsqu'il songe à la somme d'efforts dépensés pour obtenir de tels résultats.

Mais, plus reconnaissante que les Pharaons, la Science conserve religieusement le nom des hommes qui travaillent à l'édification de ses monuments ; aussi les fondateurs de la Société de chirurgie ont-ils voulu que, dans nos séances annuelles, un des vôtres, pour honorer ceux qui ne sont plus, vous rappelât la part qu'ils ont prise aux progrès accomplis.

Parmi ces grandes découvertes, je crois qu'un des plus beaux titres de gloire de la chirurgie du dix-neuvième siècle sera sans contredit l'histoire de l'infection purulente. En comparant ce que l'on enseignait alors et ce que nous savons actuellement, nous pouvons mesurer la grandeur de l'espace parcouru.

Avec quel étonnement lirait-on que « la suppression de la suppuration est plutôt une suspension de la marche de la plaie qu'un accident dont on doit craindre les suites fâcheuses ; que les abcès internes qui sont sans doute la cause de la mort du malade, doivent être aussi la cause de la suppression de la suppuration et que c'est la cause qu'on a prise pour l'effet » (1) !

(1) Boyer.

Quel accueil ferait-on à cette explication des abcès du foie survenant à la suite des plaies de tête : « Les encéphalites produisent toujours de la gastro-entérite qui produit quelquefois une véritable hépatite » (1) ?

Que penserait-on d'un chef de service qui, « en présence de collections purulentes, trouvées chez des opérés enlevés par l'infection purulente, les présenterait comme des masses tuberculeuses préexistantes et ramollies, permettant de se consoler de la perte des malades, qui n'étaient après tout que de pauvres phthisiques, dont le terme fatal avait été avancé de quelques jours » (2)?

Les opinions dont je viens de réveiller le souvenir n'étaient qu'un écho des doctrines médicales que les Cullen, les Brown, les Rasori, les Broussais, cherchaient à faire triompher.

Armés des découvertes que la méthode expérimentale, inaugurée par Harvey, fournissait contre le roman hypothétique de l'humorisme ancien, ces hommes éminents voulaient établir l'importance prépondérante de l'altération des solides. Mais cette doctrine du solidisme, dont le règne était indispensable, ne pouvait avoir qu'une durée éphémère ; la physiologie, basée sur l'expérience et sur l'observation, allait montrer la voie dans laquelle médecine et chirurgie devaient s'engager pour trouver la vérité.

La thérapeutique de l'infection purulente devait bénéficier de merveilleuses recherches, et, sans être taxé d'exagération, on peut espérer que la génération nouvelle ne connaîtra plus que de nom cette triste complication des plaies.

L'histoire impartiale dira la part qui revient à chacun dans ce beau succès ; mais je crois, Messieurs, que nous pouvons être certains que le rôle de la chirurgie française aura été considérable, et, sans vouloir devancer le jugement de la postérité, on peut affirmer que, parmi les noms qui brilleront au premier rang, on trouvera celui de M. Chassaignac, l'inventeur de l'*écrasement linéaire,* l'ingénieux créateur du *drainage chirurgical.*

Ce fut à votre tribune que, le 28 août 1850, M. Chassaignac, sous le nom de ligature métallique articulée, fit connaître l'écrasement linéaire, qui était une véritable révolution. Sauf l'arrachement qui n'a jamais pu être considéré que comme un procédé de circonstance, l'exérèse rapide ne connaissait que l'instrument tranchant.

Faire tomber une tumeur en une seule séance, la détacher toute vivante en évitant l'écoulement du sang, tel fut le problème que voulut et que sut résoudre M. Chassaignac avec son écraseur linéaire, qu'il vous présenta quelques années plus tard.

Quel est le chirurgien qui n'a pas examiné avec intérêt cet instrument intelligent ? Quoi de plus simple et cependant de plus puissant ? Une chaîne à maillons d'acier entoure exactement le pédicule de la tumeur qu'on veut enlever. Les extrémités de cette chaîne s'engagent dans un solide étui métallique, et un levier à

(1) Broussais.
(2) Denonvilliers. *Éloge de Blandin.*

double crémaillère fait rentrer alternativement chacune de ses extrémités avec un mouvement de va-et-vient réunissant à l'action de l'écrasement celle de la scie.

Lentement, le chirurgien augmente graduellement la constriction; un bruit sec annonce, d'abord toutes les demi-minutes, puis toutes les minutes, un nouveau progrès; enfin la chaîne joue librement dans l'étui, la section est achevée.

Que vient-il de se passer? Est-ce une plaie béante dont il va falloir rapprocher les bords? Va-t-il être nécessaire de poser des ligatures? Non, rien de tout cela. Les tissus sectionnés sont tassés, comme feutrés; la section forme une couche exsangue qui constitue sur les tissus subjacents une sorte de pansement par occlusion. Sur cette couche, enveloppe protectrice, vont naître des bourgeons charnus et va se constituer la cicatrice. Les vaisseaux sont oblitérés : les artères par un mécanisme semblable à celui de la torsion, les veines par une adhésion intime des parois.

Peut-on comparer l'écrasement linéaire à d'autres méthodes? N'est-ce qu'une modification des serre-nœuds précédemment connus? N'est-ce que la ligature en masse? Il me semble presque puéril de répondre aujourd'hui à de semblables questions. Une fois le lien constricteur appliqué sur le pédicule, combien grande est la différence entre le mode d'action de ces méthodes! Dans l'une, l'inflammation est indispensable pour obtenir la section; dans l'autre, le traumatisme de la chaîne agit exclusivement. L'une demande plusieurs séances, l'autre une seule. Enfin, l'une est inapplicable sur le cadavre; l'autre détruit également tissus vivants et tissus morts.

La méthode, l'instrument même, n'ont pu être modifiés, et, comme Broca l'a écrit avec son grand sens critique : « L'écrasement linéaire appartient à M. Chassaignac. Il n'avait été précédé par personne; il l'a seul créé, vulgarisé, conduit à maturité. Tout ce qu'on a essayé de faire après lui pour modifier sa méthode n'a conduit qu'à une détérioration et non pas à un perfectionnement (1). »

Je ne doute pas que semblable jugement ne puisse être porté sur le drainage chirurgical.

Sous ce nom emprunté à la langue anglaise, M. Chassaignac a préconisé, ainsi qu'il le disait avec un juste orgueil, le plus vaste système de canalisation qui ait jamais été appliqué aux affections purulentes de l'homme.

Pour y parvenir, il propose de traverser de haut en bas les collections avec des tubes en caoutchouc vulcanisé percés de trous. Au début de ses recherches il faisait, avec le bistouri, les ouvertures nécessaires à l'introduction des tubes; mais, toujours guidé par cette idée qu'il poursuivra toute sa vie : « éviter les ouvertures des vaisseaux, » il inventa un long trocart qui lui servait à faire la ponction, la contre-ponction, et à diriger son tube.

L'idée de donner au pus un facile écoulement n'était pas nouvelle; Guy de Chauliac disait qu'il fallait mettre des tentes et des mèches « aux playes que nous voulons eslargir, nettoyer ou en retirer quelque chose du fond, comme sont playes profondes qui ont besoin de contre-ouvertures, à cause de la liqueur ou liquide excrément qui s'amasse au fond et en ces espaces». « On peut aussi se servir, » dit-il, « d'une canule d'étain ou d'argent pertuisée afin que l'ordure en sorte d'elle-même et ne soit enclose. »

Je ne sais si, du temps de Guy de Chauliac, on obtenait toujours le résultat demandé ; mais qui ne se rappelle des flots de pus s'échappant d'une plaie où l'on avait placé, avec grand soin, des mèches, des tentes, ou même des canules élastiques souvent difficilement supportées? — Tout cela est à jamais oublié, et remplacé par ces tubes auxquels leur souplesse, leur innocuité, donnent de tels avantages qu'ils ont élevé ce moyen si simple à la hauteur d'une méthode (2).

M. Chassaignac mit huit ans pour compléter ses recherches. Enfin, en 1859, dans un ouvrage intitulé : *Traité pratique de la suppuration et du drainage*, il exposa magistralement l'emploi de sa méthode dans toutes les affections purulentes.

(1) Broca.
(2) Rochart.

L'écraseur linéaire, le drainage, ont fait connaître M. Chassaignac dans le monde entier; mais où aura-t-il jamais été plus apprécié qu'à la Société de chirurgie dont il fut un des membres fondateurs et un des dignitaires?

Pour rendre, aujourd'hui, un dernier hommage à notre ancien président, il suffit de raconter la vie modeste, tranquille, de cet homme de talent qui n'eut qu'une passion, le travail.

M. Édouard-Pierre-Marie Chassaignac est né à Nantes, le 24 décembre 1804.

Son père, d'origine française, avait longtemps vécu à la Martinique, où, dans une épidémie de fièvre jaune, il perdit une première femme et plusieurs enfants. A la suite de ce malheur, il vint s'établir à Cuba, où il épousa une jeune créole de Saint-Domingue qui venait d'échapper avec sa mère à une révolte de nègres dans laquelle son père avait trouvé la mort.

Peu de temps après son second mariage, il rentrait en France et s'établissait à Nantes, où se passa toute la jeunesse de son fils.

On se serait peu douté, m'a-t-on dit, du travailleur infatigable que devait être M. Chassaignac en voyant ce jeune garçon indiscipliné, ne voulant rien apprendre; mais un triste évènement devait transformer cette nature impressionnable. M. Chassaignac perdit sa mère, il avait onze ans. Ce fut pour lui un coup violent. Il comprit la perte irréparable qu'il venait de faire, et, subitement transformé, il devint un des élèves les plus brillants du collège de Nantes.

Les couronnes qu'il obtenait au collège n'étaient que le prélude des succès plus sérieux qu'il devait remporter dans ses études médicales.

Lauréat de l'École de médecine, premier interne de l'Hôtel-Dieu, M. Chassaignac désirait vivement conquérir le titre d'interne des hôpitaux de Paris, mais cette légitime ambition ne devait pas se réaliser. Pendant le concours paraissait un règlement limitant l'âge d'admission ; il ne fallait pas avoir vingt-cinq ans au premier janvier, et, pour huit jours, il ne put être nommé.

M. Chassaignac savait quelle était l'importance de ces quatre années qui ont, sur toute notre carrière médicale, une si utile influence ; aussi son regret fut-il grand! On peut en retrouver un lointain souvenir lorsque, en tête d'un de ses ouvrages, il parle « de ce corps d'élite auquel se rattachent tant d'espérances et de sympathies, dans lequel on trouve d'utiles et honorables collaborateurs qui concilient toujours le dévouement avec l'indépendance ».

En quittant Nantes, M. Chassaignac avait reçu de son père une petite somme d'argent lui revenant de sa mère. Il savait qu'il ne pouvait plus rien attendre; aussi, en voyant lui échapper cette position d'interne sur laquelle il comptait pour lui venir en aide, n'eut-il plus qu'un désir : passer rapidement ses examens et retourner à Nantes, où l'honorabilité de son père, les bons souvenirs que lui-même y avait laissés, pouvaient lui permettre de se créer rapidement une situation.

Mais un homme, dont la mémoire est restée profondément gravée dans le cœur de tous ceux qui l'ont connu, Alphonse Robert, l'avait distingué parmi les élèves qui suivaient ses cours de médecine opératoire ; il le détourna de son projet et l'engagea à tenter le concours de la Faculté de médecine. Le conseil était bon, le résultat ne se fit pas attendre, car, peu de temps après, M. Chassaignac était nommé aide d'anatomie.

Cette nomination lui ouvrait les portes de l'École pratique, où, sous l'influence de Robert, bientôt suivi par Lenoir, Michon, se formait cette brillante école qui, en contrebalançant l'influence prépondérante de l'école trop mécanique de Lisfranc, allait créer la médecine opératoire, et peupler la France, l'Europe entière, de chirurgiens, non seulement adroits, mais sachant discuter les indications opératoires et choisir entre les procédés et les méthodes.

M. Chassaignac n'était pas homme à rester en arrière, et, en ouvrant des cours d'anatomie, de médecine opératoire qui attiraient de nombreux élèves, il n'a pas peu contribué à l'éclat de cet enseignement libre auquel, peut-être par un pressentiment, l'éminent

doyen de la Faculté adressait, il y a quelques années, un dernier salut :

« Notre École française, naguère sans rivale, écrivait-il, souffre d'un mal profond. L'enseignement libre autrefois si florissant, source généreuse à laquelle tant de générations d'élèves ont puisé les premières leçons, précieux auxiliaire plein d'activité et de jeunesse, stimulant salutaire de la science officielle, dont il était la force, le mouvement, la vie, l'enseignement libre se meurt (1). »

Cette crainte est aujourd'hui réalisée ; étouffé, étranglé ou mort de sa belle mort, je ne veux pas le rechercher, l'enseignement libre n'existe plus. Est-ce un bien ? Est-ce un mal ? Était-il nécessaire de resserrer dans une seule main des forces éparses, de donner une impulsion unique ? L'avenir le dira. Mais lorsque, dans une épreuve de concours, on voit presque tous les candidats répéter scrupuleusement le procédé du maître, on peut se demander si, au lieu d'avancer, nous ne retournons pas de cinquante années en arrière.

Ce premier succès que venait de remporter M. Chassaignac avait décidé de son avenir; il restera à Paris, et, pendant vingt ans, toujours sur la brèche, on le verra affronter tous les concours.

Prosecteur de la Faculté en 1833, agrégé dans les sciences accessoires en 1835, il était nommé chirurgien des hôpitaux le 28 août 1840.

Pendant toute cette première période de 1830 à 1840, M. Chassaignac s'occupe presque exclusivement de recherches anatomiques. Il collabore au Traité d'anatomie de M. Cruveilhier; il traduit la Névrologie de Swann, il publie des recherches sur la distribution des nerfs dans les muscles; sur le cœur, les artères, les veines; sur la solidité des os, sur leur mode de résistance aux violences extérieures.

L'anatomie aura toujours pour lui un grand attrait, et plus tard il décrira la bourse séreuse sous-mammaire, le tubercule carotidien, le dédoublement des synoviales ; mais sa nomination de chirurgien des hôpitaux lui livrait une mine inépuisable où ses remarquables qualités d'observateur et d'inventeur allaient donner naissance à une œuvre considérable.

Pour bien saisir l'esprit qui a dominé ces travaux remarquables, il est indispensable de faire un retour en arrière et de savoir comment M. Chassaignac avait été amené à étudier la médecine.

Pendant toutes ses études universitaires, les mathématiques avaient toujours eu pour lui un grand attrait, et des prix nombreux, respectueusement conservés, indiquent le succès avec lequel il les cultivait; aussi voulait-il entrer à l'École polytechnique, et tous ses maîtres lui affirmaient que là était sa voie.

Un vieil ami de sa famille, le docteur Sue, frère de l'ancien professeur à l'École de santé de Paris, et oncle du célèbre romancier, voyait avec regret cette détermination; il cherchait à entraîner M. Chassaignac vers la médecine, et, voulant lui donner une idée de l'intérêt qu'il rencontrerait dans l'étude de cet art, il lui demanda de parcourir un livre qu'il lui remettait. Le docteur Sue connaissait bien son jeune ami; il savait que, pour captiver son esprit, il fallait surtout lui présenter des faits positifs, indiscutables ; aussi lui donnait-il un traité d'anatomie. Quelques jours après, M. Chassaignac rapportait ce livre; les descriptions si exactes, presque géométriques, l'avaient vivement intéressé, et, abandonnant le concours de l'École polytechnique, il se décide à étudier la médecine, où il apportera cette rectitude de jugement, cette précision qu'exigent les sciences mathématiques, mais qui le rendront peut-être trop esclave du fait, du résultat auquel il donnera souvent une valeur trop absolue.

Loin de mon esprit l'idée de soutenir que les mathématiques ne soient pas une excellente préparation pour aborder les études médicales : je trouverais, près de cette tribune, dans un de nos sympathiques collègues, un formel démenti ; mais, en médecine, en chirurgie, on ne peut donner, même à un fait bien observé, à une opération bien combinée, l'importance de la résolution d'une équation. Réunir deux, dix, cent faits, ne conduit à rien si on ne met pas en évidence les points particuliers, si on ne cherche pas à aller au-delà du fait brutal. Rappelez-vous ce que disait, dans un discours resté célèbre, notre grand clinicien Trousseau : « Vous n'êtes pas à la remorque des faits, vous les tenez dans votre main enchaînés et sommés de vous répondre ; ils ne vous imposeront pas une idée, mais vous leur demanderez la vérification de vos idées; esclaves soumis de l'intelligence, ils doivent obéir. » « Dès que vous aurez un fait, ajoutait-il, appliquez-y tout ce que vous possédez d'intelligence, cherchez-y les côtés saillants, voyez ce qui est en lumière, laissez-vous aller aux hypothèses, courez au-devant, s'il le faut. »

Quoi de plus éminemment clinique que cette façon d'interpréter la valeur des faits? Où en serait cette question, qui se présente chaque jour devant le chirurgien, l'influence de l'état général sur le pronostic des traumatismes, si, partant de quelques faits bien observés, un esprit des plus fins, que je n'ai pas à louer devant vous, avait reculé devant une hypothèse que l'avenir devait rapidement transformer en proposition indiscutable ?

Mais dans les sciences exactes il n'en est plus de même, et, pour lier ensemble des phénomènes qui semblent disparates en déterminant leurs rapports mutuels, il faut s'appuyer, comme l'a dit Laplace, non sur des considérations vagues et conjecturales, mais sur de rigoureux calculs.

On raconte que ce grand géomètre, venant de publier le premier volume de sa *Mécanique céleste*, et l'ayant adressé aux membres de l'Académie des sciences, fut abordé à une des séances suivantes par son illustre collègue, le général Bonaparte : « J'ai lu avec grand intérêt, lui dit-il, votre beau travail ; mais quelque chose m'a étonné, vous ne parlez pas de Dieu. — Je n'ai point eu, répondit Laplace, à m'occuper de cette hypothèse.»

Cette réponse, dont on a voulu bien à tort tirer une preuve d'athéisme, n'était qu'une parole de savant n'admettant pas que dans une discussion de chiffres on fît intervenir un élément que l'on ne peut évaluer.

Malheureusement, dans ce grand problème de la vie dont la solution se présente chaque jour au chirurgien, il y a bien des éléments qui ne peuvent être évalués, et, si vous voulez me permettre une comparaison qui rentre dans le même ordre de raisonnement, la solution dépend non-seulement de l'intelligente manière de disposer les chiffres, mais encore de la main qui les trace et du tableau sur lequel on les inscrit.

M. Chassaignac, avec la tournure d'esprit que lui donnèrent ses premières études, n'aima ni les théories ni les hypothèses ; il ne put jamais accepter les incertitudes des recherches du laboratoire. Il protesta toujours contre la prétention de donner le pas aux expériences sur les recherches cliniques, et, terminant un discours qu'il prononça à l'Académie, il affirmait ses convictions en disant : « Tant que les systèmes en médecine ne se combattent que sur des terrains de vérités subjectives ou personnelles, ils peuvent se discuter; mais quand, s'adressant à des choses où tout homme de bon sens peut compter et mesurer, ils s'attaquent à des vérités géométriques, ils ne s'en relèvent pas. »

Toute l'œuvre de M. Chassaignac se ressent forcément de cette tendance trop analytique qui l'a souvent arrêté dans la voie de déductions d'un ordre élevé et qui, contradiction curieuse, ne l'a pas préservé de fâcheuses exagérations. Le drainage donne de bons résultats dans les vastes foyers purulents : pourquoi ne pas l'employer dans toute collection qu'il faut évacuer? L'écraseur est admirable pour l'ablation des tumeurs pédiculées : pourquoi ne pas y recourir pour toutes tumeurs où l'on pourra même artificiellement obtenir un pédicule ?

Lorsque M. Chassaignac fit connaître son procédé d'écrasement linéaire, on fut d'abord étonné; on trouva cette chirurgie un peu excentrique, on alla même jusqu'à prononcer l'épithète « barbare » ; on se refusa à croire aux avantages que son inventeur lui assignait, on cita des opérations dans lesquelles la chaîne s'était brisée et qu'il avait fallu terminer avec le bistouri, d'autres dans lesquelles il y avait eu des hémorrhagies, d'autres où l'infection purulente avait entraîné la mort. Mais cette méthode avait trop de réels

(1) Béclard.

avantages pour ne pas triompher de ces critiques, et, si on n'a pas suivi M. Chassaignac sur le trop vaste champ où son enthousiasme l'entraînait, aujourd'hui l'opinion est faite : l'écrasement linéaire a des indications positives et ne disparaîtra pas de l'arsenal chirurgical.

En même temps qu'il continuait ses recherches sur l'écraseur, M. Chassaignac préparait trois mémoires d'une importance capitale. A quelques semaines de distance, l'Académie des sciences entendait la description ds l'*ostéo-myélite*, la Société de chirurgie celle des *abcès sous-périostiques aigus*; l'année suivante, c'est à l'Académie de médecine qu'il lira ses recherches sur le *phlegmon diffus*.

De ces trois redoutables affections, que M. Chassaignac désignera sous le nom expressif de *typhus des membres*, les deux premières, l'ostéo-myélite et l'abcès sous-périostique, étaient tout à fait inconnues.

Sauf la description que Gerdy avait faite de l'ostéite d'origine traumatique, on ne soupçonnait nullement cette inflammation spontanée de toute la masse osseuse.

On accueillit avec empressement la description de ces deux affections inflammatoires des os : l'une superficielle, susceptible de guérir avec des incisions, des lavages, l'autre toujours mortelle si on ne porte pas le couteau dans l'articulation supérieure.

En assignant à la suppuration deux sièges, deux points de départ, M. Chassaignac s'était laissé guider par des résultats cliniques qui ne légitimaient peut-être pas cette division ; et d'importants travaux que vous avez tous présents à l'esprit, Messieurs, paraissent devoir la reviser.

Mais ils n'ont pas changé l'histoire de l'ostéo-myélite avec son début insidieux ; son gonflement particulier en forme de bourrelet; son pus huileux, ses douleurs atroces, comparables à celles des fractures ; sa marche effroyablement rapide, envahissant l'épiphyse, perforant les cartilages, développant une arthrite purulente et se propageant à l'osvoisin ; tout cela n'a pas été ébranlé, et le tableau tracé par M. Chassaignac restera comme un modèle de vérité et d'exactitude.

Ses recherches sur le phlegmon diffus étaient forcément moins originales, mais elles sont bien curieuses à lire, car jamais M. Chassaignac n'a déployé à un plus haut degré ses qualités d'analyste.

Pour bien étudier le phlegmon diffus, il faut, dit-il, faire l'anatomie pathologique sur le vivant. Un bistouri d'une main, une éponge de l'autre, il étudie, millimètre par millimètre, les lésions des tissus qu'il incise. Grâce à ce procédé expérimental, il élimine l'érysipèle phlegmoneux, le phlegmon par diffusion, et il assigne quatre formes particulières au phlegmon diffus, qu'il considère comme une maladie *sui generis*, dont la caractéristique est d'attaquer d'emblée et simultanément, dans une certaine étendue, telle ou telle couche du membre.

Tous ces beaux travaux devaient trouver place dans son grand *Traité de la suppuration et du drainage*. Ces deux compacts volumes sont certainement l'ouvrage le plus complet qui ait été publié sur ce sujet.

On y trouve l'histoire détaillée de toutes les affections qui s'accompagnent de suppuration, car, pour M. Chassaignac, le pus, de quelque nature qu'il soit, dans quelques tissus qu'on le trouve, est toujours le résultat d'un même processus, l'inflammation ; et les dérogations apparentes à cette loi, dit-il, ne sont autre chose que des cas où nous n'avons pas su discerner la présence de l'inflammation.

Les phénomènes qui accompagnent la formation de la suppuration sont, pour lui, une insurrection vitale, un résultat du principe de défense. C'est la révolte de l'économie qui réagit contre la formation de cette sécrétion morbide, et, dès qu'une goutte de pus est formée, c'est une goutte d'acide jetée dans un parenchyme. Une mauvaise constitution, les violences extérieures, le contact de l'air, altèrent les produits des sécrétions traumatiques ; la présence du pus facilite le développement de la suppuration, et, dès que le pus est formé, il faut que l'économie le rejette au dehors.

Partant de ces idées, on comprend avec quelle conviction, avec quel enthousiasme, je dirai même avec quelle passion, M. Chassaignac soutint le pansement par occlusion et le drainage chirurgical qui assurent l'immobilité, mettent les plaies à l'abri du contact de l'air et du pus, rapprochent les parois des foyers et empêchent l'insuffisance d'émission du pus et la rétention purulente.

Ce volumineux traité du drainage n'est pas un livre destiné à l'étudiant : c'est le livre du chirurgien qui sait et qui peut discuter. On ne peut accepter toutes les idées, tous les préceptes qui se rencontrent à chaque page, mais c'est un livre que l'on consultera avec fruit.

En le publiant, en faisant connaître le résultat de ses nombreuses expériences cliniques, M. Chassaignac a établi incontestablement les avantages du drainage, et l'avenir ne manquera pas de confirmer le jugement impartial qu'en a porté l'éminent historien de la chirurgie du dix-neuvième siècle : « De tous les services que M. Chassaignac a rendus à la thérapeutique chirurgicale, c'est celui qui nous paraît mériter le premier rang. »

C'est en 1853, dans le mémoire sur les abcès sous-périostiques, que l'on trouve indiqué, pour la première fois, l'emploi des tubes en Y et des sétons perforés sous le nom de canalisation permanente. D'une application restreinte d'abord, ce ne fut que plus tard que M. Chassaignac, dans son service de Lariboisière, étendit et vulgarisa sa méthode.

Lorsque M. Chassaignac entra à l'hôpital de Lariboisière, il y avait deux ans qu'un décret avait aboli le concours pour le professorat.

Lutteur infatigable, M. Chassaignac, depuis sa nomination à l'agrégation, avait pris part à tous les concours ouverts à la Faculté : pour la chaire d'anatomie en 1836 et 1846, pour les chaires de clinique, de médecine opératoire, que les morts de Sanson, de Bérard, de Blandin avaient laissées vacantes.

Sa parole chaude, son langage expressif, ses qualités d'exposition, sa grande érudition, sa connaissance de la littérature étrangère dont il avait donné des preuves en traduisant A. Cooper, l'avaient désigné, dès les premiers concours, comme un futur vainqueur, mais pen à peu ses chances diminuèrent.

Son invention de l'écrasement linéaire lui avait été presque nuisible ; on n'en comprit pas tout de suite la portée, et on crut, bien à tort, à un intérêt personnel. Sa pratique, que l'on connaissait mal, avait un renom de trop grande hardiesse, presque de violence ; on parlait d'opérations insolites, bizarres. En 1848, des idées d'un libéralisme un peu naïf lui avaient fait prendre part à une campagne contre le cumul des places, utopie généreuse qui le fit considérer comme un révolutionnaire. Son caractère ardent, tout, enfin, avait contribué à lui donner la réputation d'un homme exalté, à tempérament inégal, d'un chirurgien téméraire, aventureux, qui effarouchait les sympathies, et, lorsque le concours fut aboli, on peut croire que ce mode de nomination ne lui eût pas ouvert les portes de la Faculté.

M. Chassaignac se rendait très-bien compte de cette impression; aussi abandonna-t-il toute tentative de candidature, et réserva-t-il toute son activité pour son service hospitalier qu'il aimait passionnément.

D'une exactitude ponctuelle, M. Chassaignac ne prenait jamais de congé, et, tous les jours, à huit heures et demie, il faisait son entrée dans ses salles, portant à la main des boîtes remplies d'instruments nouveaux que les poches de son vêtement ne pouvaient contenir.

La visite commençait ; derrière les élèves, tous munis de tubes à drainage, venait un infirmier portant sur un plateau, à côté d'une solution de nitrate d'argent, une pelote de pinceaux faits avec de la ouate. Toute surface de plaie, tout foyer purulent, étaient touchés avec cette solution ; pour M. Chassaignac, c'était un préservatif, un modificateur des plaies, un antiputride.

Il voyait avec soin tous ses malades, il appliquait ou faisait appliquer devant lui sa cuirasse avec les bandelettes de sparadrap que l'on désigne sous le nom de pansement de Chassaignac.

« Votre pansement n'est pas nouveau, sauf le mot de cuirasse; on en trouve la description dans l'article de Sanson, » lui objectait Lenoir en argumentant sa thèse sur les fractures compliquées, où il exposait ce pansement par occlusion. M. Chassaignac n'a jamais eu la prétention de l'avoir inventé, mais, par le développement qu'il lui a donné, par le nombre d'observations qu'il a publiées sur son emploi, il a certainement contribué, en le faisant accepter dans la pratique, à montrer tous les avantages de l'occlusion.

M. Chassaignac restait tard à l'hôpital, surtout les jours de consultations qu'il tenait à faire complètes. Il avait pour certaines affections des traitements expéditifs un peu extraordinaires, dont il aurait difficilement expliqué le mode d'action; ses élèves se souviennent d'un certain suspensoir de velours dont le nom harmonieux répondait mal aux sensations que développait son application.

Les opérations se faisaient à des jours déterminés, et M. Chassaignac aimait à réunir, pour l'emploi de son écraseur, des opérations analogues; trois, quatre malades subissaient, le même jour, l'ablation de la langue. Le chef de service, les internes, tenaient chacun un écraseur, que l'on manœuvrait presque au commandement.

L'amygdalotomie avait une mise en scène particulière; dans des leçons cliniques faites sur l'hypertrophie des amygdales, M. Chassaignac a longuement insisté sur les troubles profonds que cette affection, en diminuant la prise d'air nécessaire, peut amener dans l'organisme; aussi conseille-t-il toujours l'énucléation.

L'instrument qu'il avait adopté était, sauf une légère modification, celui de Fahnestock. Sachant la résistance qu'opposent les malades lorsqu'il faut procéder à l'ablation de la seconde amygdale, M. Chassaignac commençait par saisir chaque amygdale dans un instrument qu'il fixait avec la fourche, puis il pratiquait coup sur coup les deux sections: c'est ce qu'il nommait l'ablation simultanée. Il faisait venir cinq ou six malades atteints d'hypertrophie des amygdales, les plaçait les uns à côté des autres, dans la position qu'il a conseillée, assis sur les talons, les genoux appuyés sur un matelas, la tête renversée en arrière et soutenue par un aide; il saisissait toutes les amygdales, puis, revenant sur ses pas, il les sectionnait en quelques minutes; rien n'était plus curieux, plus original, et, ajoutons, rien n'était plus habilement fait que cette énucléation en masse.

Lorsque M. Chassaignac était dans son service, il se surexcitait comme un artiste, ou plutôt il arrivait à l'ivresse du soldat devant l'ennemi. Une fois le bistouri à la main, il ne voyait plus qu'une chose, son opération; rien ne l'arrêtait, cris, sang, douleurs, tout disparaissait devant le but à atteindre.

Tous les lundis, M. Chassaignac faisait des leçons de médecine opératoire; en même temps qu'il faisait répéter à ses internes toutes les opérations, il complétait les matériaux nécessaires pour l'achèvement de son Traité de médecine opératoire et de thérapeutique chirurgicale.

C'est à vous, Messieurs, qu'il dédia cet ouvrage: « Dans vos discussions qui portent toujours sur des faits dont vous bannissez avec soin toute vaine phraséologie, j'ai puisé, écrivait-il en tête du volume, d'utiles renseignements dont j'ai tiré parti dans cet ouvrage et dont je vous rapporte tout l'honneur. »

Cette dédicace montre un des beaux côtés du caractère de M. Chassaignac: son amour de la vérité, sa parfaite loyauté. C'était au milieu de vous qu'il aimait à faire connaître ses procédés nouveaux, ses récentes inventions; plusieurs soulevèrent des discussions passionnées; les *résections partielles*, la *réunion des parois des abcès chauds*, le nouveau procédé de *résections, à incision unique*, furent sévèrement jugés: mais M. Chassaignac ne se déroba jamais à une argumentation; il sut toujours apprécier la critique, juste et sérieuse, et, en vous dédiant son livre, il rendait à la Société de chirurgie un hommage qui l'honorait lui-même.

M. Chassaignac employait volontiers le chloroforme qu'il maniait habilement; c'est lui qui créa le mot de tolérance anesthésique, qui désigne si clairement cette période que, sans aucun danger, on peut prolonger aussi longtemps qu'il est nécessaire.

Que nos jeunes confrères relisent avec soin les pages que M. Chassaignac a consacrées à l'administration de ce précieux agent, ils y trouveront d'utiles et pratiques préceptes.

Le 1er janvier 1864, M. Chassaignac, atteint par l'âge de la retraite, quittait l'hôpital Lariboisière. Les dix années qu'il y passa furent la brillante époque de sa pratique chirurgicale; il fit connaître dans le monde entier le nom de ce nouvel hôpital. On venait de loin pour suivre sa visite, le voir opérer, et, encore aujourd'hui, pour le désigner, l'appelle-t-on « le chirurgien de Lariboisière ».

Les honneurs n'étaient pas venus en foule trouver M. Chassaignac pendant sa carrière active; la décoration de la Légion d'honneur ne lui avait été décernée que bien tard, à cinquante-sept ans, mais l'avenir lui réservait une juste compensation.

L'Académie de médecine devait lui ouvrir ses portes en 1868.

Vingt ans auparavant, M. Chassaignac avait posé sa candidature, mais il n'avait pas persisté, peut-être à cause de l'horreur que lui faisait éprouver toute démarche pouvant paraître intéressée. Pendant son séjour à Lariboisière, une princesse de la cour de Russie vint visiter l'hôpital; elle avait entendu parler de M. Chassaignac, elle désira le voir, elle l'entretint de son écraseur dont elle se fit expliquer le mécanisme et, lorsqu'elle se retira, son médecin engagea M. Chassaignac à demander une audience pour lui présenter son ouvrage sur l'écrasement en lui laissant entendre qu'une distinction honorifique en serait certainement le résultat. M. Chassaignac s'y refusa formellement.

Il n'aurait probablement jamais sollicité l'honneur d'être admis à l'Académie sans une démarche personnelle de son vieux maître, M. Velpeau. Les concours, avec leurs tristes récriminations, avaient refroidi les relations de l'élève et du maître, mais M. Velpeau, avec son grand esprit de justice, connaissait la valeur des travaux de M. Chassaignac.

« Vous devez faire partie de l'Académie, vint-il lui dire. Présentez-vous. Je vous appuierai. »

La savante compagnie, quelques années plus tard, ratifiait la promesse du grand chirurgien, qui n'était plus là malheureusement pour applaudir au succès de son ancien élève.

Lorsque M. Chassaignac fut nommé à l'Académie, une sourde maladie minait lentement sa robuste constitution.

De petite taille, mais gros et fort, la démarche pesante, les épaules rejetées en arrière, M. Chassaignac exprimait la force; on sentait l'homme bâti pour la lutte. La tête, assez volumineuse, était recouverte d'une abondante chevelure que les années avaient blanchie sans l'éclaircir. Des yeux bleus très-vifs, ombragés par d'épais sourcils, une bouche pincée, mais souriant facilement, donnaient à sa physionomie un abord aimable que complétait l'apostrophe paternelle avec laquelle il vous accueillait.

N'ayant pas eu de patrimoine, forcé de se créer une situation qui lui permît de vivre, M. Chassaignac n'avait pensé au mariage que tard. D'une union, pour laquelle le cœur seul avait été consulté, étaient nés un fils et une fille sur lesquels M. Chassaignac avait placé toutes ses espérances.

Il put un moment se regarder comme un des heureux d'ici-bas; une famille adorée, une situation qui ne pouvait que grandir, lui offraient un avenir calme et serein; mais, hélas! ce bonheur complet devait être de courte durée.

En quelques jours, sa fille lui fut enlevée par cette affreuse maladie dont l'horreur même a inspiré au poète de touchantes paroles que les mères ne peuvent lire sans frissonner. Vous vous les rappelez:

> Un jour, nous avons tous de ces dates funèbres,
> Le croup, monstre hideux, épervier des ténèbres,
> Sur la blanche maison brusquement s'abattit.
>
> . . . .
>
> Tel qu'un fruit qui du givre a senti la piqûre,
> L'enfant mourut.
>
> . . . .

M. Chassaignac fut accablé par ce malheur; quelques mois

plus tard, son ami, M. Moissenet, constatait les symptômes du diabète.

Tout rêve de fortune disparut, toute ambition s'éteignit ; quelques jours après cette cruelle séparation, paraissait le décret qui le nommait chevalier de la Légion d'honneur. « Il arrive trop tard, » dit-il. Sauf quelques clients amis, M. Chassaignac se retira presque de la pratique civile ; les personnes qui venaient le consulter chez lui attendaient en vain. Lui, si fier de son procédé rapide de trachéotomie, éludait les appels de ses confrères.

Les émotions que lui causa sa candidature à l'Académie lui furent très-préjudiciables. Lorsqu'il se décida, sur les instances de M. Velpeau, à se présenter, il avait cru sa nomination assurée ; à la première vacance, le scrutin en décida autrement ; M. Chassaignac crut voir, dans cet échec, un piège qui lui avait été tendu ; des accidents graves se manifestèrent, et, malgré le succès remporté plus tard, il était dans un déplorable état de santé lorsque la guerre éclata.

Il partit pour Nantes, où une vie relativement calme enraya les progrès du diabète ; il rentra à Paris, et, lorsque sa santé le lui permettait, il venait prendre part à nos travaux.

Toujours occupé des affections osseuses, M. Chassaignac avait l'intention de publier une importante monographie sur les abcès des os ; mais il n'eut pas le temps de l'achever ; les divisions étaient indiquées, plusieurs chapitres presque terminés, et, en lisant les conclusions publiées dans nos bulletins, on regrette que M. Chassaignac n'ait pu le terminer.

Les grandes et belles discussions sur l'infection purulente, qui occupèrent l'Académie de médecine, le décidèrent à prendre la parole. Il y défendit les opinions que l'on retrouve dans tous ses ouvrages : l'infection putride et l'infection purulente sont deux maladies entièrement distinctes, un traumatisme récent à vaisseaux ouverts est indispensable pour le développement de l'infection purulente, dont n'est à l'abri aucun endroit, quelque salubre qu'il soit.

Il se refusa complètement à admettre la séduisante théorie miasmatique du typhus chirurgical, la large et puissante conception de la septicémie, avec son poison unique ; pour M. Chassaignac, il n'y a qu'un agent à incriminer, le pus, et, cependant, comment expliquer, si ce n'est par la formation d'un poison putride, ce qu'il appelait l'empoisonnement traumatique ?

Mais, quelle que soit la théorie qui puisse prévaloir, il reste acquis comme vérité incontestable que, pour se préserver de l'infection purulente, il faut chercher des procédés ouvrant peu de portes à l'entrée du poison et des pansements assurant un écoulement facile aux liquides dangereux. Trouvera-t-on rien qui réponde plus nettement à ces deux indications que l'écrasement linéaire et le drainage ? Pendant l'été de 1879, M. Chassaignac était allé demander aux majestueuses allées de Versailles l'air et le soleil qui lui étaient nécessaires, lorsque, subitement, dans la nuit du 25 au 26 août, il fut pris d'accès d'angine de poitrine ; à onze heures du matin, il s'éteignait sans une plainte, sans une seconde de défaillance.

M. Chassaignac a pu voir arriver la mort, je ne dirai pas sans regrets, car il laissait trop d'afflictions après lui, mais sans crainte ; il savait son œuvre impérissable.

M. Chassaignac a été un inventeur, un promoteur ; il a créé des procédés, des méthodes qui ont puissamment contribué à la transformation de la chirurgie.

Tous les serre-nœuds, toutes les anses coupantes, ne sont que des dérivés de son écraseur.

Où en seraient les pansements antiseptiques sans le tube à drainage ? Ils n'existeraient pas ; nous pouvons le dire hautement, car justice pleine et entière a été rendue à M. Chassaignac par l'illustre inventeur d'un pansement auquel nous devons tant de succès.

Si M. Chassaignac n'a pas eu de son vivant la grande place que l'histoire lui réserve, la faute en a été à sa trop grande hardiesse. Poussé par l'intuition plutôt que par le travail de la pensée, M. Chassaignac n'a pas toujours su préserver son esprit inventif d'entraînements qui ont nui à ses belles découvertes.

Ces entraînements, inséparables du génie créateur, rappellent ces vivacités de touche des grands maîtres coloristes que le temps, avec son occulte puissance, se charge de fondre insensiblement.

Les générations futures ne verront que les immenses services rendus à l'art chirurgical par M. Chassaignac. Son nom ne périra jamais, car, ainsi que l'a dit André Chénier :

> L'esclave imitateur nait et s'évanouit ;
> . . . .
> Ce n'est qu'aux inventeurs que la vie est promise.

Les plus vifs applaudissements accueillent la lecture de cet éloge, dans lequel si bonne justice est rendue à la mémoire de Chassaignac.

PRIX POUR L'ANNÉE 1881

Prix Duval. — M. le docteur E. Desbar pour sa thèse intitulée : *Des tubercules de la mamelle.*

Prix Gerdy. — De la réunion par première intention ; histoire et doctrines :

1° M. Bousquet, médecin-major ; 2° M. Cauvy, de Béziers.

Prix Demarquay. — Du rôle étiologique de la contusion dans le développement des néoplasmes.

M. René Leclerc, interne des hôpitaux.

Prix Laborie. — Des résultats éloignés de l'ovariotomie.

Le prix n'a pas été décerné.

PRÉFECTURE DE POLICE.

SERVICE MÉDICAL DE NUIT DANS LA VILLE DE PARIS.

Statistique du 1er octobre au 31 décembre 1881.

Par M. le docteur Passant.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	Total
1er	18	12	4	34
2e	14	21	3	38
3e	22	23	8	53
4e	36	37	9	82
5e	27	32	17	76
6e	25	34	12	71
7e	15	32	5	52
8e	5	7	6	18
9e	25	29	4	58
10e	24	43	11	78
11e	61	74	28	163
12e	15	33	12	60
13e	20	63	18	101
14e	43	63	18	124
15e	47	50	18	115
16e	10	9	4	23
17e	35	64	13	112
18e	48	59	19	126
19e	30	33	11	74
20e	62	98	34	194
	582	816	254	1652

La moyenne des visites par nuit est de 17 9/10. Pour le trimestre correspondant de l'an dernier elle était de 16 17/50.

Visites du quatrième trimestre de 1880 . . .	1,503
Visites du quatrième trimestre de 1881 . . .	1,652
Différence en plus.	149

Les hommes entrent dans la proportion de 35 p. 100 ;
Les femmes — — 50 —
Les enfants — — 15 —

MALADIES OBSERVÉES.

A. — Angines et laryngites	113	E. — Affections cérébrales. Paralysies	86
Croup	57	Convulsions. Éclampsie	58
Coqueluche	4	Névralgie	55
Ophthalmie purulente	2	Névroses	83
B. — Asthme	32	Épilepsie	24
Affections du cœur	77	Aliénation mentale	10
Bronchites aiguës et chroniques	81	Alcoolisme, delirium tremens	12
Pleuro-pneumonie	62	Hydrophobie	1
Congestion pulmonaire	22	F. — Rhumatisme	30
C. — Affections et troubles gastro-intestinaux	123	Affections éruptives	27
Choléra	1	Érysipèle	5
Cholérine	8	Fièvre intermittente	5
Dysentérie	5	Fièvre typhoïde	27
Athrepsie	7	Hémorrhagies de causes internes et externes	64
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines	65	G. — Plaies, contusions	88
Hernie étranglée	19	Fractures, luxations, entorses	27
Rétention d'urine	14	Brûlures	7
Orchite	7	Empoisonnements	12
Prolapsus du rectum	1	Asphyxie par le charbon	7
D. — Métrite. Métro-péritonite	48	Suicide	4
Métrorrhagie	36	H. — Mort à l'arrivée du médecin	49
Fausse couche	34		
Accouchement. Délivrance	153	Total	1652

RÉSUMÉ DE L'ANNÉE 1881.

	Hommes.	Femmes.	Enfants.	Total
1er trimestre	651	883	236	1770
2e trimestre	506	702	204	1412
3e trimestre	676	837	174	1687
4e trimestre	582	816	254	1652
	2415	3238	868	6521

PROGRESSION DU SERVICE DEPUIS SON ORGANISATION.

1876, première année	3616 visites de nuit
1877, deuxième année	3312 —
1878, troisième année	3571 —
1879, quatrième année	5282 —
1880, cinquième année	6341 —
1881, sixième année	6521 —

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1882.

1. M. Molliet. De l'intoxication chronique par l'oxyde de carbone. — 2. M. Gromolard. Contribution à l'étude des formes prolongées de la fièvre typhoïde. — 3. M. Narick. Expériences avec le cranioclaste de Karl Braun (de Vienne) dans les bassins très-rétrécis et proposition d'un nouveau procédé d'extraction du fœtus avec le même instrument. — 4. M. Pénot. Contribution à l'étude du phlegmon diffus de la paroi thoracique. — 5. M. Debrie. Les polypes fibro-angiomateux de la région naso-pharyngienne. — 6. M. Galiberne. Traitement des loupes, accidents et complications. — 7. M. Dantin. Étude sur l'épithélium ovarien. — 8. M. La Fille. Contre-indications de l'extraction des balles de revolver. — 9. M. Larat. Étude sur le bubon syphilitique suppuré. — 10. M. Dupont. Essai sur la syphilis laryngée. — 11. M. Chodorowski. Contribution à l'étude des nodosités rhumatismales éphémères. — 12. M. Godefroy. Contribution à l'étude des kystes des os. — 13. M. Audigé. Contribution à l'étude du traitement de l'inversion utérine chronique. — 14. Castaneda. Des kystes du ligament large. — 15. M. Catois. Étude sur le sycosis. — 16. M. Mouriey. Des kystes de la grande lèvre et de leur traitement par la ligature élastique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 16 janvier 1882, M. Wilm, docteur ès sciences, est nommé professeur de chimie générale et appliquée à la Faculté des sciences de Lille.

— Le prix de médecine navale pour 1881 est décerné, à l'unanimité, à M. le docteur Sollaud. — Des témoignages de satisfaction sont donnés à MM. Cauvin, Coste, Forné, Guiol et Monin. — Des mentions honorables sont enfin accordées à MM. Bertrand, Burot, Galliot, Guérard de la Quesnerie, Ségard et Siciliano.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Loison (Dominique-Édouard-Marie), né le 15 décembre 1860, à Luppy (Moselle), est nommé aide d'anatomie, en remplacement de M. Simon, appelé à d'autres fonctions.

M. Ehrmann (Paul-Émile), né le 25 novembre 1855, à Bouxviller (Haut-Rhin), est nommé aide d'anatomie pathologique, en remplacement de M. Seiler, démissionnaire.

— M. le docteur Marcelin Berthelot est nommé médecin du lycée Fontanes (emploi nouveau).

— M. le docteur Gillebert d'Hercourt, membre des Sociétés d'anthropologie et de médecine de Paris, est chargé d'une mission en Sardaigne, à l'effet d'y recueillir des documents anthropologiques et d'étudier l'ethnologie de la population.

— M. Brice-Bruneau, bachelier ès sciences, est attaché, en qualité d'aide-préparateur au laboratoire de chimie de l'École pratique des hautes études (3e section), en remplacement de M. Donard, démissionnaire.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 12266.

N° 9. — SAMEDI 21 JANVIER 1882. 55e ANNÉE. SAMEDI 21 JANVIER 1882. — N° 9.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX



Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Une conjonctivite purulente, rhumatismale, sans contagion, sans blennorrhagie, pouvant amener en quelques jours la fonte de la cornée et la perte de l'œil, telle est l'espèce nosologique que M. Maurice Perrin voudrait introduire dans la science.

Il a soin d'ailleurs de faire entrevoir les conséquences, considérables au point de vue étiologique, qui résulteraient forcément de cette première innovation.

Tout le cadre des affections dites blennorrhagiques serait brisé; en effet, du moment où le rhumatisme seul pourrait produire du côté de l'œil une inflammation suppurative d'une intensité si redoutable, rien n'empêcherait de lui attribuer, dans d'autres cas, jusqu'à l'uréthrite, que l'on considère habituellement comme caractéristique de la blennorrhagie. M. Perrin n'hésite pas devant cette conclusion extrême. Il admet qu'il peut exister des blennorrhagies apparentes qui seraient en réalité des uréthrites rhumatismales héréditaires pour ainsi dire. Le fils s'en trouverait atteint à un certain moment, parce qu'avant lui son père en aurait ressenti les atteintes. Il serait donc très-important de ne plus négliger les uréthrites dans l'historique des commémoratifs et des antécédents de famille.

Quant aux arthrites coïncidant avec une blennorrhagie, elles seraient purement et simplement rhumatismales. La blennorrhagie n'aurait sur elles pas plus d'influence qu'une circonstance occasionnelle de toute autre nature ayant pour effet de mettre en activité la cause rhumatismale.

Voilà la théorie telle qu'elle se présente.

Déjà, dans la grande discussion sur le rhumatisme blennorrhagique qui eut lieu dans la Société médicale des hôpitaux, il y a une quinzaine d'années, plusieurs orateurs avaient soutenu que les arthrites dites blennorrhagiques étaient bien de vrais rhumatismes articulaires coïncidant avec l'écoulement uréthral.

Cette opinion ne l'a point emporté.

En effet, la majorité des observateurs étaient d'accord pour reconnaître que l'arthrite vraiment blennorrhagique présente une marche différente du simple rhumatisme aigu. Elle est plus tenace, moins susceptible de métastases, plus souvent mono-articulaire, plus facilement suivie d'ankyloses, de suppurations intra-articulaires, de tumeurs blanches proprement dites. Personne ne nie que quelquefois la blennorrhagie coïncide avec des manifestations essentiellement rhumatismales; de telle sorte que, malgré l'écoulement uréthral, les arthrites aient une marche tout à fait normale et doivent être combattues par le traitement habituel du rhumatisme. Mais ce qu'on admet généralement, c'est que, sous l'influence de la blennorrhagie, comme de l'état puerpéral, etc., les articulations peuvent devenir le siège d'affections toutes particulières qui doivent être classées à part.

Les faits rapportés par M. Perrin ne sont pas encore, il le dit lui-même, en nombre suffisant pour pouvoir modifier cette manière de voir. Mais, maintenant que l'attention est appelée à nouveau sur cette grosse question, il faut espérer que bientôt on saura à quoi s'en tenir.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. Duguet.

Rétrécissement de l'orifice artériel pulmonaire non suivi de phthisie, chez une rhumatisante; hémiplégie faciale; néphrite parenchymateuse mortelle.

En prenant notre nouveau service à l'hôpital Lariboisière, le 26 décembre dernier, on nous montra, parmi les quatre-vingts malades de nos deux salles, une femme âgée de trente-cinq ans, pâle, amaigrie, atteinte d'une hémiplégie faciale récente, de palpitations remontant à une époque plus éloignée, et, de plus, d'une albuminurie abondante constatée le jour même de son entrée à l'hôpital. Elle était inquiète, agitée, ne répondant pas avec lucidité aux questions qu'on lui adressait; son appétit était nul, ses urines rares, sa respiration suspirieuse; elle avait une soif vive, et sa langue sèche commençait à se couvrir de fuliginosités. Voici les renseignements que M. Juhel-Rénoy, interne du service, avait pu obtenir à son sujet :

Léontine J..., employée de commerce, est entrée le 25 décembre 1881, salle Sainte-Joséphine, n° 31. Née à Paris, de parents bien portants, réglée à seize ans, elle aurait joui, jusqu'à l'âge de trente-trois ans, d'une santé assez bonne. Une grossesse survenue il y a huit ans s'est terminée simplement et n'a été suivie d'aucun accident. Léontine fut prise il y a deux ans d'un *rhumatisme articulaire* subaigu qui

visita plusieurs jointures, mais qui ne lui fit pas suspendre son travail pendant longtemps.

A partir de ce moment, elle fut sujette à des palpitations fortes et fréquentes ; ces palpitations, paraît-il, ont redoublé depuis une quinzaine de jours. En réalité il semble impossible de préciser exactement le début de son affection cardiaque. Depuis six mois les règles ont disparu sans motif saisissable. Le 15 novembre dernier s'est montrée à peu près subitement une *hémiplégie faciale gauche,* avec douleurs répondant au trajet des diverses branches du trijumeau ; dès le début, cette paralysie faciale aurait été complète, laissant l'œil tout-à-fait à découvert. Des vésicatoires volants furent appliqués derrière l'oreille gauche, et des granules de strychnine donnés à l'intérieur.

Le jour de son entrée à l'hôpital, on est frappé de son aspect pâle et cachectique ; son faciès est terreux et jaunâtre. La paralysie faciale, sans être aussi complète peut-être qu'au début, est encore manifeste à tous les muscles du côté gauche de la face, y compris l'orbiculaire de l'œil ; la luette est déviée légèrement, et l'ouïe exagérée à gauche. Les battements du cœur sont réguliers ; on en perçoit la pointe dans le cinquième espace intercostal, au-dessous et un peu en dehors du mamelon. Il existe à la région précordiale un frémissement cataire très-prononcé ; à la base on entend un bruit de souffle systolique rude et râpeux ; le pouls, régulier, dépressible, est à 120. Aux poumons rien de notable, sauf un retentissement exagéré du souffle cardiaque principalement à gauche et en arrière. La malade affirme que des vertiges ont accompagné le début de la paralysie faciale ; l'un de ces vertiges aurait été tel qu'elle a failli s'évanouir et tomber. Depuis trois jours elle a vomi à quatre reprises différentes, sans que ces vomissements aient été précédés ou accompagnés de nausées. L'urine, rare et foncée, laisse précipiter par la chaleur et l'acide nitrique une grande quantité d'albumine. Là se bornent tous les renseignements qu'on a pu nous fournir.

L'état ataxo-adynamique dans lequel nous l'avons trouvée, et la rapidité des accidents ultimes (coma urémique avec température presque normale, vomissements, etc., malgré la diète lactée), ne nous ont pas malheureusement permis d'étudier avec précision l'état du cœur. Tout ce que nous pouvons affirmer, c'est qu'il existait à la pointe un souffle systolique rude ; c'est qu'il s'en trouvait un autre à la base, bien plus rude et plus intense, retentissant *surtout à gauche* du sternum et se retrouvant nettement en arrière et à gauche pendant qu'on auscultait les poumons ; c'est encore que l'hypertrophie ne devait pas être considérable, vu que la pointe battait dans le cinquième espace intercostal gauche.

La malade étant morte le 31 décembre, voici les résultats de l'autopsie pratiquée le 1er janvier 1882 :

Le *péricarde,* sain, contient quelques gouttes d'un liquide citrin. Le *cœur*, de volume à peu près normal, se présente avec la disposition habituelle de ses ventricules; la pointe appartient exclusivement au ventricule gauche.

En ouvrant l'*oreillette droite*, on la trouve dilatée et remplie d'un gros caillot cruorique ; les parois en sont sensiblement épaissies. Le *ventricule droit*, dont la cavité semble également agrandie, renferme un prolongement du caillot cruorique de l'oreillette ; ses parois hypertrophiées présentent, suivant les points, de 6 à 10 millimètres d'épaisseur. Les valves tricuspidiennes, blanches, nacrées, tuméfiées, principalement sur leurs bords libres, sont retenues par des cordages également plus gros et plus blancs que d'ordinaire. Au lieu de permettre l'introduction de trois doigts, l'orifice auriculo-ventriculaire droit n'en admet que deux ; il est donc notablement rétréci.

L'*infundibulum*, d'une étroitesse incontestable, laisse arriver l'extrémité de l'index jusque sur l'orifice de l'artère pulmonaire, orifice plus fortement rétréci encore par la présence d'un diaphragme membraneux disposé en forme de dôme à concavité inférieure, percé d'avant en arrière d'une fente ou mieux d'une boutonnière de douze millimètres d'étendue, quand les bords en sont rapprochés ; mais cette fente prend une forme nettement ovalaire quand on écarte ses lèvres en soulevant le diaphragme membraneux avec la pulpe du doigt introduit dans l'infundibulum. Les deux extrémités de la fente forment une sorte de commissure munie de freins qui relient, en avant comme en arrière, le sommet du dôme aux parois de l'artère pulmonaire. Ces freins représentent ceux de deux valvules sigmoïdes accolées et soudées qui se partagent à peu près symétriquement, l'une la moitié droite, l'autre la moitié gauche de l'orifice pulmonaire ; on ne trouve pas de vestiges d'une troisième valvule, et il est impossible de considérer comme s'y rattachant deux petits nodules de consistance fibro-cartilagineuse qui se trouvent à la base de la valve gauche, au fond du nid de pigeon qu'elle limite et à son point de contact avec l'orifice aortique. Il existe donc, à droite comme à gauche, une gouttière profonde, ou mieux deux nids valvulaires au lieu de trois ; les deux valves soudées sont devenues opaques, blanchâtres, mais ont conservé encore une souplesse suffisante pour retomber facilement au contact l'une de l'autre et fermer de haut en bas l'orifice pulmonaire. Les bords de la boutonnière sont d'ailleurs lisses, arrondis et dépourvus, ainsi que les deux faces du diaphragme valvulaire, de toute végétation.

Le tronc de l'*artère pulmonaire* s'élargit immédiatement au-dessus ; il prend une forme un peu ampullaire et sinueuse; les parois en sont notablement amincies et flasques, mais ne paraissent pas autrement altérées ; puis, au niveau de sa bifurcation, le tronc artériel, légèrement ectasié, reprend ses dimensions habituelles.

L'*oreillette droite*, libre de tout caillot, présente une cavité et des parois normales. Le trou de Botal *est complètement fermé* lorsqu'on regarde par transparence la cloison interauriculaire ; mais on parvient facilement à introduire un gros manche de plume d'une oreillette dans l'autre en soulevant la valve de l'oreillette droite ou celle de l'oreillette gauche ; ces deux valves disposées en croissants qui regardent en sens inverse, sont simplement accolées et non soudées, mais elles se recouvrent dans une étendue de plus de dix millimètres. C'est là une disposition fréquente et bien connue qui permet néanmoins d'affirmer que, *physiologiquement*, le trou de Botal est fermé complètement.

La cavité *ventriculaire gauche*, vide de sang, offre des dimensions normales ; les parois ont de onze à quatorze millimètres d'épaisseur. L'orifice *aortique*, muni de trois valvules libres, souples et translucides, laisse passer facilement l'index et n'est le siége d'aucune lésion, pas plus que le tronc artériel qui lui fait suite. L'orifice *mitral* ne permet plus le passage de deux doigts ; il est donc notablement rétréci, ce qui se comprend avec les deux valves qui y sont suspendues, lesquelles sont devenues dures, épaisses, nacrées, résistantes, retenues qu'elles sont d'ailleurs par des cordages volumineux, fusiformes, formant de gros ten-

dons indurés qui ont perdu toute leur souplesse ; quelques-uns de ces tendons mesurent de trois à cinq millimètres de diamètre. Il existe donc à l'orifice mitral une lésion très-prononcée des valvules, mais sans végétation d'aucune sorte, ni en dedans, ni en dehors de la cavité ventriculaire.

Le *poumon droit* est relié aux côtes par des fausses membranes minces, lamineuses, qui ont en grande partie oblitéré la plèvre. A *gauche*, le poumon est libre. De chaque côté il existe un état congestif assez marqué de ces deux viscères ; mais le tissu est souple, crépitant, et, en aucun point, on ne trouve la plus petite induration qui puisse faire songer un instant à la *tuberculose*.

Les *reins* sont tous deux gros, blanchâtres, lisses. Leur enveloppe fibreuse se détache avec la plus grande facilité ; leur substance corticale, tuméfiée, présente l'aspect lardacé du gros rein blanc (néphrite parenchymateuse).

La *rate* est normale. Le *foie*, assez volumineux, est gras, jaunâtre ; la vésicule biliaire renferme cinq calculs gros comme une noisette, brunâtres, arrondis, mais polyédriques, à cassure rayonnée, jaune et brillante ; ils sont légers et composés principalement de cholestérine ; ils se meuvent librement dans la vésicule, qui contient d'ailleurs une bile épaisse et noirâtre.

Examiné dans toutes ses parties, le *cerveau* ne présente aucune lésion appréciable. Le *rocher* du côté gauche n'est le siège d'aucun foyer, ni tuberculeux, ni purulent, pouvant expliquer l'hémiplégie faciale.

Les autres organes, étudiés avec soin, n'offrent rien de notable à relever.

En résumé, voilà une femme âgée de trente-cinq ans, qui a toujours joui d'une bonne santé jusqu'au moment où elle a été atteinte d'un *rhumatiswe articulaire*, il y a deux ans. Depuis cette époque elle se plaint de palpitations sans *cyanose ;* puis elle tombe dans un état anémique profond, cesse de voir ses règles. Un mois avant d'entrer à l'hôpital, elle est frappée d'une hémiplégie faciale avec vertiges, et, vraisemblablement aussi à cette époque, d'une *néphrite subaiguë*, sans anasarque, qui l'entraîne par insuffisance rénale et urémie au milieu d'accidents ataxo-adynamiques rapidement mortels.

L'autopsie fait voir qu'il existait chez elle une *endocardite ancienne* occupant les valves *mitrales*, *tricuspides* et *pulmonaires*, s'accompagnant du rétrécissement plus ou moins prononcé de chacun des orifices correspondants. Seules, les valvules aortiques sont saines, et l'orifice qu'elles occupent est normal.

Passons sur les données de l'auscultation, puisqu'il n'a pas été possible de bien préciser en dedans du deuxième espace intercostal gauche, près du sternum, le souffle rude dû à ce rétrécissement de l'orifice pulmonaire ; mais on doit se poser la question de savoir si l'on ne se trouverait pas ici en face d'un rétrécissement *congénital* de l'artère pulmonaire.

Si l'on voulait regarder comme une malformation congénitale l'absence d'une valvule sigmoïde à l'orifice pulmonaire ; si l'on voulait considérer comme telle l'inocclusion inter-auriculaire, par suite du défaut de soudure des deux valves disposées en croissant et regardant en sens inverse qui s'adossent simplement au niveau du trou de Botal, tout en formant une cloison parfaite ; on pourrait être tenté de faire également de ce rétrécissement de l'orifice pulmonaire une malformation congénitale.

Mais si l'on réfléchit : 1° que le rétrécissement pulmonaire porte ici sur l'orifice, comme cela se voit pour les rétrécissements acquis, et non sur le tronc même de l'artère pulmonaire, comme cela est la règle pour les rétrécissements congénitaux ;

2° Qu'il n'existe ni communication inter-ventriculaire, ni réellement communication inter-auriculaire ;

3° Que la cyanose, si fréquente dans les rétrécissements congénitaux de l'artère pulmonaire, a fait ici complètement défaut, même après l'époque d'apparition des palpitations ;

4° Que ce rétrécissement organique de l'orifice pulmonaire coexiste avec des altérations analogues de l'orifice mitral et de l'orifice tricuspide, altérations qu'on ne saurait raisonnablement rattacher qu'au rhumatisme ;

5° Qu'enfin les palpitations, indice habituel de toute affection organique du cœur, sont de leur côté également postérieures à cette attaque de rhumatisme ; nous devons en conclure que la lésion de l'orifice pulmonaire est contemporaine de la lésion qu'on trouve aux orifices mitral et tricuspide, et qu'elle est, elle aussi, de nature rhumatismale, car elle en a le même aspect et les mêmes caractères.

D'ailleurs n'était-elle pas toujours *rhumatisante*, cette malade devenue, on ne sait pourquoi, si anémique en quelques mois, prise si facilement un mois avant sa mort d'une hémiplégie faciale complète, à la manière de ces paralysies *à frigore* bien connues, hémiplégie faciale devant laquelle l'autopsie est restée muette ? N'était-ce pas encore comme *rhumatisante* que cette malade, qui possédait dans sa vésicule des calculs biliaires restés silencieux, s'est trouvée prise insidieusement, tout d'un coup, sans *anasarque*, d'une néphrite parenchymateuse subaiguë (nous n'osons pas dire *rhumatismale*), qui l'a enlevée rapidement par insuffisance rénale, au milieu des accidents cérébraux de l'*urémie* ?

Si notre interprétation est vraie, s'il s'agit bien ici d'un rétrécissement de l'orifice pulmonaire *acquis*, rhumatismal, on peut dire que le rhumatisme, en frappant ainsi l'orifice pulmonaire et en respectant entièrement l'orifice aortique, s'est trompé de côté. C'est là une anomalie pathologique tout aussi grande que l'absence congénitale d'une valve sigmoïde à l'orifice pulmonaire.

Nous ajouterons, pour terminer, que, contrairement à ce qui a été observé dans la majorité des cas analogues connus (1), celui-ci ne s'est pas compliqué de *phthisie*, ce qui le rapproche du cas que nous avons publié en 1879 (2), et de celui que M. Rendu a observé la même année à l'hôpital Tenon ; M. Havage, son interne, en a présenté les pièces et l'observation à la Société anatomique dans l'année 1879 (3).

(1) C. Paul. — *Du rétrécissement des orifices de l'artère pulmonaire contracté après la naissance, de ses symptômes, de ses complications, et particulièrement de la phthisie pulmonaire consécutive.* — Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris, 1871.

Solmon. — *Du rétrécissement pulmonaire acquis.* — Thèses de Paris, 1872.

Straus. — Société médicale des hôpitaux de Paris, séance du 14 décembre 1879.

Duguet et Landouzy. — *Note sur un cas de rétrécissement acquis de l'artère pulmonaire, chez un malade mort de tuberculose généralisée.* — Société médicale des hôpitaux de Paris, séance du 22 novembre 1878.

(2) Duguet. — *Rétrécissement de l'orifice pulmonaire acquis, consécutif à une endorcardite rhumatismale, chez un jeune homme non cyanosé et non tuberculeux.* — Présentation faite à la Société médicale des hôpitaux de Paris le 28 mars 1879.

(3) Havage. — *Bulletin de la Société anatomique de Paris.* — Séance du 11 juillet 1879.

REVUE DE LA PRESSE

Expériences sur le catgut. — M. le professeur Gross et M. Rohmer, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Nancy, après avoir étudié, dans quarante-huit expériences, l'emploi du catgut pour la ligature des artères dans la continuité, résument leur travail dans les conclusions suivantes :

1° Les effets immédiats d'une ligature pratiquée avec le fil de catgut dans la continuité d'une artère sont identiques à ceux de la ligature ordinaire. Les tuniques interne et moyenne sont rompues ; un caillot se forme. La tunique externe résiste à la striction et se trouve renforcée par un tissu de nouvelle formation, produit sous l'influence de l'irritation périphérique déterminée par la ligature. Le vaisseau n'est jamais sectionné. La crainte des hémorrhagies secondaires est donc écartée, et la ligature dans la continuité devient ainsi une opération moins grave qu'autrefois.

2° Quand, pour assujettir le fil à ligature, on superpose deux nœuds simples, comme cela se pratique avec le fil ordinaire, l'oblitération artérielle n'est que passagère ; la ligature se détache prématurément, peut-être même avant toute formation du caillot ; ou bien le thrombus artériel, s'il est formé, disparaît, se résorbe ou se déplace (ce que nous n'avons pas recherché) ; finalement, les tuniques rompues se cicatrisent, et le calibre du vaisseau se trouve rétabli, parfois très-rapidement, puisque nous avons reconnu le fait sur des pièces datant de huit et neuf jours après la ligature. Il en résulte que les oblitérations constatées avant le cinquième jour ne nous semblent pas devoir être considérées comme définitives, car, à moins qu'elles n'aient été obtenues à la suite de ligatures pratiquées avec des précautions particulières, telles qu'une double ligature par exemple (comme cela a été fait dans quelques-unes des expériences de M. Arnaud), il est à craindre que ces oblitérations ne persistent pas.

3° Pour obtenir une oblitération permanente et définitive, il est indispensable d'éviter le relâchement prématuré de la ligature au catgut, et d'assujettir le fil par un nœud de chirurgien auquel on superpose un nœud simple. (*Rev. de chir.*)

Du choix des tubes à drainage. — Suivant M. Nicaise, on doit rejeter l'emploi des tubes *gris* pulvérulents qui sont irritants et de ceux qui restent gris après la désulfuration. Cette désulfuration s'obtient en faisant digérer, vers 60 à 80 degrés centigrades, le caoutchouc vulcanisé, pendant environ trois heures, dans la solution suivante :

Carbonate de soude pur.	1 kilog.
Eau.	10 —

Cette quantité convient pour désulfurer 1 kil. de caoutchouc vulcanisé.

Les tubes restés gris après désulfuration n'ont ni résistance ni élasticité. Il y aurait lieu de généraliser cette conclusion et de renoncer à tout emploi médical ou chirurgical du caoutchouc gris chaque fois que le caoutchouc doit se trouver en contact non-seulement avec une plaie, mais même avec la peau. Plusieurs médecins ont reconnu les inconvénients du caoutchouc gris dans le traitement des maladies de la peau.

Le chirurgien doit donc se servir seulement des tubes en caoutchouc rouge ou noir, dont les qualités essentielles sont égales, s'ils répondent bien toutefois aux trois conditions d'aspect, de densité et d'élasticité. Ils doivent présenter des stries correspondantes aux traits de scie de la fabrication ; ils doivent flotter sur l'eau ; ils doivent enfin pouvoir être facilement allongés de trois fois leur longueur, sans atteindre complètement la limite de leur élasticité, sans se rompre.

Les tubes à drainage ou tubes de Chassaignac, une fois choisis et *largement fenêtrés*, seront conservés dans un bocal rempli d'une solution phéniquée au vingtième ; on les rendra ainsi antiseptiques. (*Rev. de chir.*)

Anus contre nature congénitaux. — M. le docteur Porak, ayant remarqué que l'anus congénital d'origine vitelline ou allandoïdienne était peu ou point étudié, a profité d'une observation qu'il a eu l'occasion de prendre dans tous ses détails pour chercher à combler cette lacune. Il résume ainsi son travail :

« Les deux conduits qui font communiquer l'intestin primitif avec l'extérieur, le canal omphalo-mésentérique, l'allantoïde, peuvent rester perméables et devenir l'origine d'anus contre nature congénitaux.

Le défaut d'occlusion du conduit omphalo-mésentérique peut déterminer un anus contre nature portant sur la paroi antérieure de la dernière portion de l'intestin grêle, le reste de l'intestin étant d'ailleurs bien constitué. Ce vice de conformation s'est présenté dans la seule observation connue sous la forme d'un sac herniaire, constitué en partie par la paroi postérieure de l'intestin retourné, surmontée des deux bouts de l'intestin invaginé, représentant deux saillies en forme de cornes. D'ailleurs pas d'autres anomalies.

Le défaut d'occlusion de l'allantoïde détermine l'ouverture du cloaque interne au niveau de la paroi abdominale. L'anus contre nature existe au niveau de l'abouchement de l'intestin grêle dans le côlon. Il s'accompagne toujours d'ecstrophie de la vessie, d'anomalies importantes des organes génitaux, de l'oblitération à une faible distance du gros intestin. Cette anomalie se présente sous deux formes : l'une, commune, s'accompagne d'une invagination unique de l'intestin, et il n'y a pas une éventration importante ; l'autre s'accompagne d'éventration, le cloaque interne se présente sous forme d'une excavation, et l'intestin n'est pas invaginé. Des anomalies diverses : spina bifida, hydrorachis, pied-bot, etc., sont rencontrées dans cette variété d'anus contre nature congénitaux. (*Arch. de tocol.*)

Des fractures de la rotule. — M. Georges Poinsot résume ainsi ses recherches sur l'intervention opératoire dans les fractures transversales de la rotule avec écartement :

« La ponction articulaire doit être pratiquée toutes les fois qu'il existe un épanchement moyen ou, à plus forte raison, quand l'épanchement est considérable. Elle doit être immédiate et n'a pas besoin d'être suivie de lavage. Après la ponction et dans les cas où les appareils ordinaires demeurent insuffisants à amener la coaptation des fragments, on peut avoir recours au procédé de ligature osseuse préconisé par Kocher. Dans tous les cas, l'appareil contentif doit être visité très-fréquemment dans les premiers temps et jusqu'à ce que le gonflement articulaire ait cessé. Le membre doit être muni d'un appareil limitant la flexion pendant plusieurs mois après la consolidation de la fracture. L'ouverture de l'articulation avec suture osseuse convient, dans les fractures récentes, aux cas où la ponction articulaire n'a pu évacuer l'épanchement articulaire. Elle s'impose dans les pseudarthroses et aussi pour les cas dans lesquels la distension secondaire du cal a compromis les fonctions du membre. » (*Rev. de chir.*)

De la transplantation osseuse. — M. le docteur William Mac Ewen, ayant opéré avec succès une transplantation osseuse interhumaine, vient de publier sur ce sujet un mémoire qu'il résume dans les conclusions suivantes :

« Les greffes osseuses peuvent vivre et se développer. La chose est vraie pour les greffes inter-humaines. Elles peuvent donner au point de vue pratique d'excellents résultats. Chaque fragment greffé doit comprendre tous les éléments de l'os. Le meilleur procédé consiste à diviser en parties très-minces les fragments avec un instrument bien tranchant avant de les remettre en place. Pour assurer le succès, on appliquera soigneusement le pansement antiseptique. » (*Rev. de chir.*)

De l'alimentation artificielle. — M. le docteur Desnos résume ainsi quelques observations sur les inconvénients ou accidents de l'alimentation artificielle (ou forcée) chez les phthisiques.

« Le gavage peut s'accompagner de phénomènes d'intolérance de l'estomac et de spasmes toujours douloureux, constituant parfois un danger. — Cette intolérance peut être absolue et doit faire renoncer totalement à l'alimentation forcée. — D'autres fois,

on peut triompher de l'intolérance de l'estomac par certaines précautions, et notamment par celle de n'introduire le liquide alimentaire que lentement, avec des temps d'arrêt, et de diminuer les doses de liquide ordinairement conseillées. — Il est des sujets chez lesquels il faut attendre le moment d'une apyrexie relative ou absolue pour que les aliments injectés soient conservés par l'estomac. — L'alimentation forcée par le lait, le plus ordinairement indiquée, peut provoquer des diarrhées incoercibles qui nécessitent une autre espèce d'alimentation. » (*Bull. de thérap.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 janvier 1882. — Présidence de M. Gavarret.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Une série de pièces relatives à un legs de 2,000 francs fait par Mme veuve Renard, antérieurement veuve Perron, pour la fondation d'un prix quinquennal de 500 francs qui recevra la dénomination de prix Perron.

Ce prix sera décerné par l'Académie à l'auteur du mémoire qui lui paraîtra le plus utile au progrès de la médecine ; il pourra être partagé.

COMMUNICATION

Tumeur fibreuse énorme du col de l'utérus enlevée pendant l'accouchement. — M. DEPAUL met sous les yeux de ses collègues une tumeur très-volumineuse qu'il a enlevée sur une femme arrivée à peu près au terme de sa grossesse, tumeur qui eût rendu l'accouchement absolument impossible et eût amené la mort de la mère et de l'enfant.

Le sujet de cette observation est une femme de trente-deux ans, ayant eu déjà trois accouchements ordinaires, dont le dernier remonte à 1878. Depuis cette époque, sa santé générale et locale n'avait rien présenté de particulier.

Entrée à l'hôpital des Cliniques de la Faculté dans la soirée du mercredi 11 janvier dernier, elle raconte que sa grossesse actuelle date du mois d'avril, et cependant la hauteur à laquelle est arrivé le fond de l'utérus indique une grossesse à terme.

Pendant les premiers mois de la grossesse, elle a eu des vomissements qui se sont arrêtés après le troisième mois ; elle a eu, en outre, l'écoulement blanc, jaunâtre, habituel aux femmes enceintes ; cet écoulement s'était, depuis sept à huit jours, teinté un peu en rouge.

Cette femme, dans les derniers jours qui ont précédé son entrée à l'hôpital, avait senti quelque chose qui lui sortait entre les lèvres de la vulve et qu'une sage-femme et même un médecin, d'après elle, avaient attribué à la sortie d'une portion du placenta décollée.

M. Depaul, en examinant la malade, constata la présence, hors de la vulve, d'une tumeur rouge violacée, ayant le volume de l'extrémité de la main, de consistance assez ferme quoique souple et élastique, exhalant une odeur horriblement fétide, due au contact de l'air et à la malpropreté, car il n'existait pas de gangrène. Au toucher, rendu très-difficile par la présence de la tumeur dans le vagin, M. Depaul trouve une masse considérable, remplissant toute la cavité pelvienne et ne permettant pas au doigt d'arriver jusqu'à l'orifice du col utérin.

Il se borna à prescrire un grand bain et renvoya le reste de l'examen au jour suivant.

Le soir même, à huit heures et demie, M. Depaul trouva la malade en travail. La partie saillante de la tumeur avait considérablement augmenté de volume et était devenue grosse comme les deux poings ; elle était accolée à la vulve et ne permettait même pas l'introduction du doigt dans le vagin. Les eaux s'étaient écoulées. L'enfant souffrait, ce qui était indiqué par l'intermittence, la faiblesse et la lenteur des battements du cœur.

Il fallait agir immédiatement. M. Depaul attira peu à peu la tumeur avec la main et vit sortir du vagin une masse énorme. Par un examen attentif, il acquit la certitude qu'elle avait un point d'implantation sur la partie gauche de la lèvre antérieure du col ; en l'attirant au dehors, il avait entraîné avec elle une partie de cette lèvre antérieure, et l'on voyait manifestement que là était l'origine de la masse fibreuse à laquelle on avait affaire.

M. Depaul pratiqua avec le bistouri la section du pédicule de la tumeur, large de 5 ou 6 centimètres ; il n'y eut pas d'hémorrhagie, ce qui est l'ordinaire lorsqu'il s'agit de corps fibreux utérins.

Cette tumeur est remarquable par son volume. Elle ne pèse pas moins de 1,790 grammes ; c'est la plus lourde qui ait été observée jusqu'à ce jour.

Après l'extraction de la tumeur, l'enfant, qui se présentait par le siége, fut extrait à son tour, à l'aide du crochet mousse appliqué sur le pli de l'aine ; il était encore vivant ; il se mit bientôt à respirer et à crier ; il est aujourd'hui parfaitement bien portant et est allaité par sa mère, qui va également aussi bien que possible.

La tumeur, examinée par M. Doleris, chef du laboratoire histologique de l'hôpital des Cliniques, a été trouvée constituée par les éléments du tissu conjonctif et du tissu musculaire lisse ; il existe, par places, des cavités contenant des collections sanguines.

M. Depaul termine son intéressante communication par la relation de faits analogues, dont l'un, observé par Danyau en 1881, a été publié dans les comptes-rendus de l'Académie, et dont un autre est consigné dans le Traité d'accouchement de Cazeaux.

Dans le cas de Danyau, la tumeur pesait 650 grammes ; la femme survécut, mais l'enfant avait succombé avant l'extraction.

Quant au fait de Cazeaux, il est remarquable par l'erreur de diagnostic à laquelle il entraîna des praticiens aussi habiles que Paul Dubois, Danyau et Cazeaux, qui, tous, prenant cette tumeur pour un kyste, à cause de la fausse sensation de fluctuation qu'elle donnait à la palpation, enfoncèrent jusqu'à six ou sept fois le trocart dans la tumeur, sans résultat. L'enfant fut retiré vivant, mais la femme succomba peu de temps après l'extraction.

DISCUSSION

M. BLOT dit que le fait si intéressant de M. Depaul lui rappelle un cas analogue qu'il a eu occasion d'observer, il y a vingt-cinq ans, sur une femme qui habitait place des Vosges et auprès de laquelle il avait été appelé par le médecin. Celui-ci croyait à la présence d'une portion de placenta à la vulve. C'était une tumeur ayant le volume du poing, implantée également sur la lèvre antérieure du col, et qui avait été, comme dans le cas de M. Depaul, confondue avec le placenta. C'est pour montrer la possibilité de cette confusion que M. Blot a rappelé ce fait.

LECTURE

Conjonctivite purulente rhumatismale. — M. PERRIN. En 1876, un jeune homme d'une bonne famille du Midi, engagé volontaire, contracta, dans une prison militaire humide, une conjonctivite purulente suraiguë qui lui fit perdre l'œil en quelques jours, malgré le traitement le plus énergique. M. Perrin, qui soigna ce jeune homme, s'assura à plusieurs reprises qu'il n'y avait pas la moindre trace d'écoulement uréthral. Le malade affirmait d'ailleurs n'avoir jamais eu de blennorrhagie, et, comme il était en prison, aucune contamination récente n'était supposable.

Les parents de ce jeune homme étaient rhumatisants. C'était là le seul antécédent de famille que l'on pût rapprocher de cette conjonctivite purulente.

Peu de temps après, M. Perrin observa un second fait semblable. Un lieutenant de cuirassiers, très-vigoureux, fut pris également d'une conjonctivite purulente qui devait aboutir à la fonte de la cornée, sans avoir jamais présenté la moindre trace de blennorrhagie.

Ce jeune homme avait été exposé au froid humide pendant une tournée d'inspection des chevaux, et, dix-sept jours après le début de la conjonctivite, alors qu'elle était à peu près calmée, il fut pris d'un rhumatisme fébrile qui porta sur diverses articulations et se prolongea jusqu'à la fin du deuxième mois.

Un troisième malade, également non blennorrhagique, mais rhumatisant, s'il ne perdit pas complètement l'œil affecté, eut du moins une perforation de la cornée à la suite d'une conjonctivite purulente attribuée de même au rhumatisme.

Dans trois autres cas, l'œil put être sauvé.

M. Perrin s'appuie sur ces faits et sur quelques autres semblables pour se demander si les conjonctivites purulentes attribuées généralement à la blennorrhagie ne seraient pas plutôt dépendantes du rhumatisme. Suivant lui, le rhumatisme seul pourrait déjà produire par lui-même des écoulements uréthraux semblables à la blennorrhagie et qui seraient un effet au lieu d'être une cause. Il serait donc disposé à admettre, comme point de départ de ces accidents uréthraux, oculaires ou autres, un état rhumatismal mis en activité par des circonstances diverses et dont les manifestations, simultanées ou successives, se localisent, en raison des prédispositions personnelles, soit sur la conjonctive, soit sur l'urèthre, soit, le plus souvent, sur le système articulaire.

DISCUSSION

M. GOSSELIN déclare qu'il n'a jamais rien vu de semblable aux faits, d'ailleurs si intéressants, communiqués par M. Perrin. Il n'a donc point d'objection à faire sur l'interprétation que M. Perrin a cru devoir leur donner. Les seuls points sur lesquels il désire présenter quelques observations sont relatifs à la thérapeutique. Il demande d'abord à M. Perrin pourquoi, si les faits en question lui ont paru être des cas de conjonctivite purulente rhumatismale, il n'a pas administré le salicylate de soude aux malades. Ce médicament aurait été à la fois un bon moyen de traitement et un moyen de contrôle de la théorie étiologique à laquelle M. Perrin a cru devoir s'arrêter.

Un autre point de thérapeutique touché par M. Gosselin, c'est celui de l'emploi des lotions d'eau alcoolisée dans la conjonctivite purulente. C'est, suivant lui, le meilleur traitement à mettre en usage en pareil cas. Ces lotions doivent être faites fréquemment avec de l'eau contenant un quart ou un cinquième d'alcool.

M. BOULEY demande si, dans l'armée, les prisons sont toujours aussi mal installées, au point de vue de l'hygiène, qu'au temps où le jeune homme de bonne famille y contractait une conjonctivite purulente qui lui fit perdre l'œil.

M. PERRIN répond à M. Gosselin qu'il n'a pas donné le salicylate de soude à ses malades parce qu'il n'était pas sûr, comme d'ailleurs il ne l'est pas encore, que la conjonctivite purulente fût due au rhumatisme.

Quant aux lotions alcoolisées, il ne les a jamais pratiquées dans la conjonctivite purulente. Il a pour habitude de prescrire des lavages incessants avec le pulvérisateur de manière à enlever, au fur et à mesure de leur production, les cellules épithéliales et les globules purulents qui s'accumulent dans les culs-de-sac conjonctivaux.

En ce qui concerne la question de M. Bouley, M. Perrin ne possède pas par-devers lui des informations suffisantes pour y répondre.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 janvier 1882. — Présidence de M. DUJARDIN-BEAUMETZ.

COMMUNICATION

Du son tympanique dans les épanchements pleurétiques. — **M. GRANCHER** fait une communication sur ce sujet. (Voir *Gaz. des hôpit.* du 17 janvier 1882, p. 50.)

Tuberculose. — **M. BLACHEZ** présente les pièces d'un malade qui a succombé dans son service. Ce malade présentait les symptômes d'une tuberculisation pulmonaire au deuxième degré. Tout à coup il fut pris de phénomènes de suffocation cardiaque; on entendait au niveau du cœur un bruit de souffle rude, du ronflement, qui fit croire à une lésion grave. Il succomba très-rapidement sans qu'on pût enrayer ces phénomènes de suffocation.

A l'autopsie, on trouve des lésions tuberculeuses du poumon en rapport avec les signes constatés pendant la vie, mais le cœur est absolument sain et ne présente aucune espèce d'altération. Les causes de cette mort rapide restent donc inexpliquées.

Affection cardiaque. — **M. DUGUET** présente les pièces provenant d'un malade qui est mort dans son service. (Voir plus haut.)

Rétrécissement fibreux du pylore, dilatation considérable de l'estomac. — **M. DUJARDIN-BEAUMETZ** présente l'estomac d'une jeune femme qui lui avait été adressée par le docteur Avezou et qui, six années auparavant, avait avalé de l'acide sulfurique. Lors de son entrée, cette malade présentait une dilatation énorme de l'estomac qui offrait la singulière particularité de se contracter en masse, reproduisant ce qui se produit lors des contractions utérines.

A peine entrée dans le service, cette malade tombait dans un état de dépression dont rien ne put la tirer, et mourut dix jours après. Cet état, très-analogue à ce qui s'observe dans le typhus de misère, a empêché toute intervention chirurgicale. M. le docteur Périer se proposait, si une amélioration se produisait, une opération déjà souvent faite en Allemagne et qui consiste à suturer aux parois de l'estomac une anse de l'intestin grêle prise aussitôt que possible au duodénum. Cette opération a non-seulement pour but de rétablir la circulation entre l'estomac et l'intestin, mais encore de permettre aux liquides sécrétés par les glandes situées au niveau des premières portions du duodénum de se mélanger au bol alimentaire.

Dans ce cas cette opération avait des chances de réussite, car l'autopsie a montré qu'il ne s'agissait que d'un rétrécissement fibreux du pylore qui ne permet pas l'introduction d'un porte-plume: la muqueuse est intacte, et on ne trouve aucune cicatrice le long de l'œsophage. L'estomac est énorme et les parois sont considérablement épaissies. La couche musculeuse surtout est hypertrophiée d'une façon considérable, et dans cet état en effet l'estomac représente à peu près l'utérus après la délivrance.

M. Dujardin-Beaumetz montre par des dessins faits d'après des pièces recueillies dans son service que c'est là une des conséquences assez rares; le plus souvent l'acide sulfurique limite son action à l'œsophage et cesse brusquement son effet au niveau de la muqueuse stomacale. On dirait que, sous l'influence de la cautérisation énergique qui se produit, il se fait un spasme du cardia qui empêche le liquide de pénétrer jusque dans la cavité stomacale.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 18 janvier 1882, M. Beaussier a été promu au grade de médecin principal de la marine.

— L'Académie des sciences a élu dans sa dernière séance dans la section de minéralogie par quarante voix sur cinquante-huit votants, M. Albert Gaudry, professeur de paléontologie au Muséum d'histoire naturelle, en remplacement de M. Henri Sainte-Claire-Deville, décédé au mois de juillet dernier.

— Un concours spécial pour la nomination à quatre places d'accoucheur des hôpitaux de Paris, s'ouvrira le lundi 27 mars 1882, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria.

MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'Administration de l'assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le samedi 25 février 1882, et sera clos définitivement le samedi 11 mars, à trois heures.

Conditions du concours. — Les candidats qui désirent prendre part au concours doivent se présenter au secrétariat général de l'administration pour obtenir leur inscription, en déposant leurs pièces, et signer au registre ouvert à cet effet, quinze jours au moins avant l'ouverture de ce concours. Les candidats absents de Paris ou empêchés devront demander leur inscription par lettre chargée.

Toute demande d'inscription faite après l'époque fixée par les affiches pour la clôture des listes ne peut être accueillie.

Le jury du concours est formé dès que la liste des candidats a été close.

Cinq jours après la clôture des listes d'inscription, chaque candidat peut se présenter au secrétariat général de l'administration, pour connaître la composition du jury.

Si des concurrents ont à proposer des récusations, ils forment immédiatement une demande motivée par écrit et cachetée, qu'ils remettent au directeur de l'administration. Si, cinq jours après le délai ci-dessus fixé, aucune demande n'a été déposée, le jury est définitivement constitué, et il ne peut plus être reçu de réclamations.

Tout degré de parenté ou d'alliance entre un concurrent et l'un des membres du jury donne lieu à récusation d'office de la part de l'administration.

Le jury des concours pour la nomination aux places d'accoucheur des hôpitaux se compose de deux médecins des hôpitaux en exercice ou honoraires, de deux chirurgiens des hôpitaux en exercice ou honoraires, et de trois chirurgiens ayant dirigé dans les hôpitaux un service service spécial d'accouchement; en tout sept membres.

Les épreuves du concours pour les places d'accoucheur des hôpitaux sont réglées de la manière suivante :

Épreuves d'admissibilité. — 1° Une composition écrite sur un sujet d'anatomie et de physiologie : il est accordé trois heures pour cette composition ; 2° une épreuve clinique sur une femme enceinte, ou en travail, ou récemment accouchée : il sera accordé au candidat dix minutes pour l'examen de la malade et quinze minutes pour la dissertation devant le jury, après cinq minutes de réflexion ; 3° une leçon théorique sur un sujet d'accouchement, de vingt minutes de durée après vingt minutes de préparation ; 4° deux opérations sur le cadavre.

Épreuves définitives. — 1° Une consultation écrite sur une femme atteinte d'une affection chirurgicale, ou sur un enfant nouveau-né. Chaque candidat aura dix minutes pour l'examen et quarante-cinq minutes pour la rédaction ; 2° une épreuve clinique orale sur deux femmes enceintes, en travail, ou récemment accouchées ; il sera accordé à chaque candidat vingt minutes dont il pourra disposer à son gré pour l'examen de ces deux malades, et trente minutes pour la dissertation.

Le maximum des points à distribuer pour chacune de ces épreuves est fixé ainsi qu'il suit :

Épreuves d'admissibilité. — Pour la composition écrite, 20 points ; pour l'épreuve clinique, 20 ; pour l'épreuve théorique, 20 ; pour les deux opérations sur le cadavre, 20.

Épreuves écrites. — Pour la consultation écrite, 30 points ; pour l'épreuve clinique, 30.

Les épreuves de la première série sont communes à tous les concurrents.

Toutefois, lorsque le nombre des candidats inscrits pour les concours aux places d'accoucheur des hôpitaux dépassera vingt-quatre, chacune des épreuves de la première série sera éliminatoire. A la suite de la première épreuve, les candidats ayant obtenu le moins grand nombre de points seront éliminés jusqu'à concurrence du quart du nombre total. A la suite de la deuxième épreuve, une élimination semblable aura lieu jusqu'à concurrence du quart des concurrents restants. La troisième épreuve fixera le nombre réglementaire des candidats qui prendront part aux épreuves définitives.

Dans les deux premières épreuves, le jury aura la faculté d'étendre l'élimination à un plus grand nombre de candidats.

Les épreuves de la seconde série sont subies seulement par les candidats qui ont été déclarés admissibles.

— *Choléra.* — Une dépêche de Constantinople du 16 de ce mois nous apporte d'excellentes nouvelles de Djeddah datant du 11 janvier. A cette date, l'épidémie cholérique aurait entièrement disparu de l'Hedjaz. Le dernier décès causé par le choléra, qui ait été constaté, remonterait au 30 décembre.

— *Fièvre jaune.* — Le consul de France à Lisbonne vient de télégraphier la nouvelle suivante qu'il a reçue du gouverneur du Sénégal :

« Gorée a eu un cas de fièvre jaune, suivi de décès le 9 janvier. C'est un cas isolé, à trente-six jours d'intervalle de l'avant-dernier décès, qui permet d'espérer qu'il n'y en aura pas d'autre. »

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Achille Flaubert, chirurgien en chef de l'hôtel-Dieu de Rouen ; de M. Duclos (de Saint-Quentin), et de M. Duhamel (de Boulogne-sur-Mer).

— M. le professeur B. Ball fera dimanche matin, à dix heures, une leçon sur la *folie religieuse*, à l'asile Sainte-Anne.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 12274.

N° 10. — MARDI 24 JANVIER 1882. 55e ANNÉE. MARDI 24 JANVIER 1882. — N° 10.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX



CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Gosselin.

Fracture de jambe avec déplacement insolite des fragments.

Le malade du n° 25 nous fournit l'occasion de vous signaler une des variétés les plus insolites des fractures simples de la jambe.

Cette fracture est sus-malléolaire; elle était caractérisée, à son entrée dans nos salles, par de la mobilité, de la crépitation, et surtout par une déformation considérable avec saillie anomale située au-dessus de l'interligne articulaire De plus il existait un gonflement général de l'extrémité inférieure de la jambe et tel qu'en arrière les doigts et les yeux ne distinguaient absolument rien.

Lorsque, le lendemain matin, j'essayai de soulever le membre, je constatai une mobilité et une crépitation suffisantes pour diagnostiquer une fracture située à peu de distance de l'articulation, communiquant peut-être avec elle; je remarquai aussi la saillie considérable que faisait en avant le fragment supérieur du tibia, saillie telle qu'elle menaçait la peau soit d'une inflammation violente, soit de la formation de quelques eschares. Aussi m'efforçai-je de réduire immédiatement la fracture; mais la veille au soir on avait déjà tenté, sans succès, d'obtenir cette réduction. Placé au côté externe du membre, j'essayai à mon tour d'y parvenir, cherchant à produire la coaptation, tandis que deux aides pratiquaient, l'un l'extension, l'autre la contre-extension. Mais c'est en vain que je voulus refouler le fragment inférieur en avant et le fragment supérieur en arrière, je ne pus y arriver, et je dus renoncer à obtenir cette réduction par les manœuvres ordinaires. Je me contentai alors de placer le membre dans une gouttière avec une attelle antérieure. Le lendemain, le malade était dans le même état. Le surlendemain, je fus frappé du gonflement plus considérable de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané au niveau de l'extrémité inférieure du fragment supérieur du tibia, gonflement accompagné d'une rougeur assez vive qui indiquait que les téguments souffraient de la pression exercée sur eux par l'extrémité du fragment supérieur, ce qui pouvait nous faire craindre, par suite, qu'il ne se développât quelque suppuration.

L'irréductibilité du déplacement est assez difficile à expliquer complètement; elle peut tenir à la direction primitive du trait de la fracture, au mécanisme de la pénétration des fragments et à l'action musculaire.

Chez un homme de cinquante-cinq ans, comme celui dont nous parlons, un pareil déplacement sans une crépitation bien marquée pourrait s'expliquer par une disposition particulière au moment de l'accident, et l'irréductibilité par l'engrenage des fragments l'un dans l'autre, le supérieur en avant, l'inférieur en arrière.

Quand l'accident a lieu dans le voisinage de l'articulation tibio-tarsienne, il peut arriver que les fragments se pénètrent sous l'influence d'une pression réciproque et donnent lieu à un engrenage absolument impossible à réduire. J'ai donc dû songer aussi à cette cause bien que l'accident eût été des plus simples, notre homme étant tombé de sa hauteur dans sa chambre. Mais d'autre part, dans les fractures sus-malléolaires, il faut tenir compte de l'action du muscle triceps; la saillie ayant lieu en avant et la fracture étant oblique, le fragment inférieur avait chevauché.

Deux explications sont donc possibles : la première par la pénétration et l'engrenage, la seconde par l'action du muscle triceps; ces deux causes peuvent également se trouver réunies sur le même sujet.

Devant les menaces d'inflammation ou d'eschare de la peau, dont il fallait nous garantir à tout prix, je pensai devoir essayer, coûte que coûte, d'obtenir une réduction de la fracture, réduction sinon complète, tout au moins suffisante pour préserver les téguments de tous accidents. Aussi ai-je appliqué au cas présent les préceptes recommandés dans les cas de luxation sous-astragalienne du pied en dehors, dans lesquels la tête de l'astragale vient presser contre la peau qu'elle tend à escharifier et à faire d'une blessure intérieure une blessure extérieure; transformation toujours grave dans les fractures qui tendent alors à suppurer.

C'est ainsi que, raisonnant sur notre malade, dont je comparai la lésion à une luxation sous-astragalienne, j'ai été amené à employer les mêmes moyens que dans cette dernière, c'est-à-dire à chloroformiser notre blessé. Pendant la période d'agitation qui précède l'anesthésie, j'ai maintenu solidement le membre inférieur tel qu'il était, et, dès que l'individu a été parfaitement endormi, j'ai réduit sa fracture

avec la plus grande facilité par les trois mouvements habituels d'extension, de contre-extension et de coaptation. La saillie a immédiatement disparu, et, afin de maintenir ma réduction ainsi obtenue, j'ai appliqué, tandis que le malade dormait encore, un appareil inamovible hyponarthécique, avec deux attelles plâtrées maintenues au moyen d'une bande roulée.

Ce matin, rien n'avait bougé, la réduction était restée parfaite ; je puis donc espérer que la fracture guérira comme une fracture simple, sans qu'il survienne aucune complication, sans eschare, sans abcès ni suppuration.

Mammite aiguë.

Au n° 19 de la salle des femmes nous avons une fille d'une vingtaine d'années atteinte, depuis quelques jours, d'une inflammation circonscrite de la mamelle gauche, pour laquelle elle est entrée hier à la Charité.

Cette mammite post-puerpérale est survenue quatre mois et demi après l'accouchement, à la suite de quelques gerçures du mamelon chez une femme placée d'abord comme nourrice sur lieu dans la Chaussée-d'Antin, et qui avait changé de nourrisson il y a une dizaine de jours. Ces gerçures l'avaient portée à donner de moins en moins à teter du sein gauche dans ces derniers jours ; mais, la congestion de la glande continuant, tandis que l'excrétion lactée ne se faisait plus, il s'est produit d'abord une certaine tension, puis de l'inflammation, enfin il existe aujourd'hui au-dessous du mamelon un certain empâtement circonscrit, rouge, de la largeur d'une pièce de 5 francs, voisin de la fluctuation.

En effet, cette mammite me paraît devoir, selon toutes probabilités, se terminer par suppuration. Ces abcès post-puerpéraux surviennent ordinairement beaucoup plus tôt, dans les cinq ou six premières semaines, et non pas, comme ici, à cinq mois, — fait beaucoup plus rare, mais aussi plus avantageux en ce sens que la femme est moins sujette à la septicémie qu'à une époque rapprochée de ses couches.

Nous aurons donc probablement un abcès ; mais ici se présente la question de savoir si nous devrons le laisser s'ouvrir de lui-même, ce qui d'une part nous permet d'éviter une incision et les accidents érysipélateux qui peuvent en être la conséquence, surtout en ce moment où nous venons d'avoir ces jours derniers une malade prise dans nos salles d'un érysipèle de la face ; mais ce qui, d'autre part, donnera lieu à des souffrances plus vives et de plus longue durée et rendra la guérison moins prompte.

De plus nous devons dire que l'époque tardive à laquelle cette mammite s'est développée change les conditions de cicatrisation, et les résultats d'une pratique d'expectation, qui sont généralement bons lorsque la maladie se déclare peu de temps après l'accouchement, mais ne sont peut-être pas les mêmes cinq mois après la parturition. C'est pourquoi je serais assez disposé à faire une opération, à pratiquer une ouverture étroite à l'abcès, vider la poche par une certaine pression, faire une injection d'alcool pur comme pour les abcès des autres régions du corps, et terminer par un pansement à l'alcool pour le premier jour, et, le lendemain et les jours suivants, en pansant les plaies avec l'alcool camphré.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Descroizilles.

De la manière dont on doit examiner un enfant malade.

En inaugurant aujourd'hui, dans cet hôpital, les conférences que j'ai l'intention de faire sur les caractères de certaines affections que l'on observe chez l'enfant, il est peut-être téméraire à moi de vouloir professer après des maîtres tels que Guersant, Bouvier, Roger, etc.

Cependant, appelé à diriger ici le service des maladies du tégument externe et celui des affections chroniques, j'ai pensé qu'il y aurait quelque intérêt à vous initier à ces études. C'est pourquoi je crois devoir diviser les conférences de cette première année en deux parties : la première, qui sera consacrée à la pathologie et à la clinique des maladies de la peau chez l'enfant, maladies dont un certain nombre apparaissent dès le début de la vie; la seconde, qui comprendra les affections chroniques de ces maladies à allures lentes et indécises et dont la durée embrasse souvent, non-seulement des mois, mais encore des années. Leur étude est aussi fort importante. Nous rangeons dans ce second groupe les maladies de poitrine, les maladies du cœur, le rhumatisme, la chorée, les maladies du systène nerveux, paralysie, hystérie, épilepsie, les affections du système osseux; nous faisons rentrer aussi dans cette seconde partie la coqueluche, la syphilis, le diabète, la chloro-anémie, et cet état particulier que M. Parrot a désigné sous le nom d'athrepsie, etc.

Parmi les affections cutanées j'étudierai principalement les teignes; parmi les maladies chroniques, les affections articulaires.

Le programme de ces leçons ainsi tracé, j'entre en matière, sans plus tarder, par des généralités pratiques sur la manière dont on doit examiner un enfant, endormi ou tout éveillé.

S'il s'agit d'un nouveau-né, vous trouverez certains avantages à le voir pendant son sommeil pour étudier sa physionomie, son attitude, sa respiration, sa circulation, l'état de son pouls fort ou faible, en ayant soin, par la délicatesse de vos mouvements, de ne pas le réveiller. Au contraire, est-il éveillé ? Vous observerez ses cris, la manière dont il prend le sein, s'il a de l'appétit, si sa bouche s'accommode convenablement au mamelon; vous profiterez de son état de veille pour examiner, par le toucher, si ses mâchoires sont bien conformées, si ses lèvres saisissent bien votre doigt, enfin s'il n'existe aucune anomalie intra-buccale. Puis, le faisant déshabiller par sa mère ou sa nourrice, vous examinerez à nu chacune des régions de son corps successivement, pour bien vous rendre compte de sa conformation générale, conformation du tronc, conformation des membres. Vous examinerez aussi l'état des linges ou des langes qui l'enveloppent au point de vue des matières alvines, fécales ou urinaires, de leur coloration, de leur abondance, de leur odeur et de leur qualité, qui sont des éléments précieux de diagnostic. S'il n'y a pas d'urine dans les langes, il vous suffira le plus souvent d'une légère pression sur le bas-ventre, avec la main, pour en faire jaillir une certaine quantité.

Chez les petits enfants, le pouls étant toujours d'une assez grande fréquence, cent à cent vingt battements par minute, sans qu'il y ait pour cela la moindre fièvre, il est nécessaire, pour reconnaître sûrement l'existence de celle-ci, de con-

sulter la température du corps, soit par l'introduction d'un thermomètre dans l'anus, soit en plaçant cet instrument dans l'aisselle.

Vous étudierez aussi la nature des cris poussés par l'enfant, sa physionomie, son attitude et la coloration de ses téguments. Le cri du nouveau-né a un premier temps, pendant l'expiration, où il est énergique et bruyant; le second temps, au contraire, correspondant à l'inspiration, est moins énergique, moins intense. Le premier cri du nouveau-né est généralement le résultat d'une expression de froid; plus tard il sera dû à des circonstances variées : douleurs, faim et souvent même méchanceté. S'il a faim, le cri s'arrêtera dès que vous lui ferez donner le biberon ou le ferez mettre au sein. Si le cri est causé par la douleur, il est généralement plus bruyant et cesse momentanément soit par la distraction et en amusant l'enfant, soit en le changeant de position.

Cependant les cris ne sont pas un élément considérable de diagnostic, quoi qu'on en ait dit. Il n'en est pas de même de la physionomie, calme, la bouche fermée, le visage plus arrondi si l'enfant est bien portant; froncé, s'il est souffrant au contraire; grippé, s'il s'agit de quelque choléra infantile; décoloré, sauf la rougeur des pommettes, dans la pneumonie. L'aspect est vieillot dans le cas de cachexie, la figure est ridée, plissée, et la peau terreuse. Dans le sclérème, — affection rare, — la face est large, immobile, les paupières sont closes. S'il s'agit de convulsions, le visage, au contraire, est mobile, grimaçant, les lèvres agitées, etc.

L'attitude du nouveau-né est la flexion, la tête tombante; puis la main cherche à saisir les objets qui sont à sa portée. Vers le deuxième mois de la vie, la tête se relève; au quatrième ou au cinquième, l'enfant commence à rester assis; du huitième au neuvième, il cherche à se tenir sur ses jambes; enfin, du douzième au quatorzième ou quelquefois au quinzième seulement, il s'essaye à marcher.

La peau, très-rouge les premiers jours qui suivent la naissance, revêt une teinte jaunâtre quelquefois, même ictérique dès le troisième ou le cinquième jour, et qui persiste généralement une douzaine de jours. Puis elle devient rosée. Enfin, vers le quatrième mois, elle acquiert sa coloration définitive. Je parle ici de l'enfant bien portant. Au contraire, celui-ci est-il atteint de quelque affection grave, elle devient pâle; est-il atteint de sclérème, elle revêt une teinte vineuse.

L'enfant du second âge est plus difficile à examiner à cause de sa pusillanimité et de son indocilité; aussi vous faudra-t-il faire acte à la fois de mansuétude et de fermeté, sans parlementer trop longtemps, sans écouter ses caprices ou ceux de ses parents. S'il résiste, prenez-le par la force, mais surtout sans brutalité ni violences d'aucune sorte.

Quel que soit son âge, faites-le déshabiller et mettre à nu, car souvent certaines déformations, notamment de la colonne vertébrale, restent méconnues même des parents; de là l'utilité de faire un inventaire exact du corps du petit malade.

Dès que l'enfant a un peu de fièvre, et quelle que soit la cause à laquelle vous croyiez devoir l'attribuer, ne négligez jamais d'examiner sa gorge. Cet examen n'est pas toujours très-facile, l'enfant se refuse à ouvrir la bouche, et, si vous ne prenez aucune précaution, bien des fois vous risquerez d'être mordu, blessure plus ou moins grave selon les cas. Il faut, pour cet examen, faire tenir l'enfant de façon à l'immobiliser complètement. L'un des bons moyens pour le forcer à ouvrir la bouche est de lui pincer les narines sans violence, afin d'empêcher l'air de pénétrer par cette voie. Cela seul suffit à faire desserrer les dents, ce dont on profite pour introduire l'abaisse-langue. Pour le toucher de la cavité buccale, vous vous entourerez le doigt de l'anneau métallique, afin d'éviter des morsures parfois dangereuses, ou bien vous introduirez un morceau de liège entre les arcades dentaires, pour les maintenir suffisamment écartées.

L'ophthalmoscope n'est utile que dans certains cas ou pour nous aider dans le diagnostic de quelque méningite ou de quelque tumeur intra-cranienne.

L'auscultation se fera beaucoup plus par l'oreille que par le stéthoscope, en ayant soin de placer une serviette entre la peau de l'enfant et votre oreille, afin de vous garantir soit contre certains animalcules, soit contre quelque affection cutanée contagieuse.

Le murmure vésiculaire des poumons est plus franc, plus sonore chez l'enfant que chez l'adulte, et présente un renforcement au niveau des grosses bronches, à l'épine de l'omoplate, où il est rude et ressemble à du souffle. On a dit que le souffle normal commençait par un *h* aspiré, tandis qne le souffle morbide commençait par un *v* ou un *f*. Mais cette distinction est beaucoup trop subtile pour avoir quelque valeur.

Les bruits du cœur sont mieux perceptibles et plus éclatants chez l'enfant, en raison même de l'épaisseur moindre des parois thoraciques. Ils ne présentent qu'un maximum; il s'entend dans le troisième espace intercostal. Le tintement métallique est le résultat de la distension de l'estomac par des gaz. Le souffle cardiaque est ordinairement doux; il n'est rude, râpeux, que s'il s'agit d'un état morbide,

Commencez toujours, chez l'enfant, par l'auscultation; finissez par la percussion pour ne pas effrayer l'enfant. Elle se fera le plus souvent avec les doigts, sans plessimètre. La sonorité pulmonaire s'étend en arrière à gauche jusqu'à la douzième vertèbre dorsale, à droite jusqu'à la dixième ou la onzième seulement, à cause de la présence du foie; en avant et à gauche, elle descend jusqu'à la quatrième ou la cinquième côte; à droite, jusqu'à la troisième seulement. La matité que l'on observe dans la percussion du cœur s'étend de haut en bas de la troisième à la cinquième côte; de dedans en dehors elle est limitée par la ligne articulaire costo-sternale gauche, en dehors elle s'arrête à une ou deux extrémités au-delà du mamelon.

Telles sont les indications générales sur lesquelles je voulais appeler votre attention au début de ces conférences relativement à la manière d'examiner les enfants.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 15 janvier 1882. — Présidence de M. Ranvier.

COMMUNICATIONS

Phénomènes qui se manifestent à la suite de l'action du vent d'un soufflet capillaire sur différentes régions du cuir chevelu pendant la période cataleptique de l'hypnotisme chez les hystériques. — M. DUMONTPALLIER. Dans une récente communication, M. Charcot a exposé les résultats de ses expériences à la suite de l'application du courant galvanique sur la voûte crânienne, pendant la période léthargique de l'hypnotisme, chez les hystériques, et a conclu que l'hyperexcitabilité ne

s'étend pas seulement aux muscles et aux nerfs, mais encore aux régions motrices du centre cérébral.

Ces faits avaient un grand intérêt ; toutefois il nous semblait difficile de limiter en un point de la surface du crâne et de la masse cérébrale l'action d'un courant électrique de quatre à dix éléments Leclanché. Aussi avons-nous voulu rechercher si une piqûre d'épingle, pratiquée en des régions limitées du cuir chevelu, ne suffirait pas pour déterminer des mouvements variés et plus ou moins étendus dans les membres et sur la face. Nous avons, dans ces recherches, porté l'irritation de la piqûre sur les régions du cuir chevelu qui correspondent aux régions corticales du cerveau dites motrices, et nous avons constaté des mouvements de rotation et d'inclinaison de la tête, des mouvements considérables des membres inférieurs et supérieurs, et l'ensemble de ces mouvements variait suivant le point irrité du cuir chevelu. L'épingle étant maintenue au point piqué, il suffisait, au bout d'une ou deux minutes, d'appuyer sur l'épingle pour défaire les mouvements qui avaient été produits ; ou il suffisait d'agir avec l'épingle sur le point similaire du côté opposé du cuir chevelu pour défaire les mouvements produits par la piqûre pratiquée sur le côté primitivement irrité.

Ces expériences ont été faites plus de cinquante fois sur des hystériques de notre service, et toujours les résultats ont été en rapport avec les régions irritées.

Il ressortait de ces expériences qu'une irritation par la pointe d'une épingle dans une région limitée du cuir chevelu, correspondant aux zones motrices corticales du cerveau, suffisait pour déterminer des mouvements très-étendus.

M. Dumontpallier fait sur une malade hystérique dans la période de catalepsie hypnotique quelques expériences, avec le vent du soufflet capillaire en différentes régions du cuir chevelu, pour déterminer des mouvements des membres et des muscles de la face.

Cette hystérique, avant le commencement de l'expérience, est sensible à la piqûre. Hypnotisée par le regard, elle s'endort et est maintenant dans la période léthargique de l'hypnotisme. — L'ouverture momentanée des yeux détermine immédiatement la catalepsie. — La malade est toujours insensible à la piqûre.

A. Alors, M. Dumontpallier dirige le vent d'un soufflet capillaire sur la région gauche du cuir chevelu, à 3 centimètres en dehors de la ligne médiane et à 3 centimètres en avant de la ligne biauriculaire, il produit la contraction du muscle sterno-cléido-mastoïdien droit et par suite la rotation de la tête à gauche. De plus, si, le mouvement étant terminé, il agit de nouveau sur le même point, il défait le mouvement d'abord produit.

Répétant la même expérience sur le point similaire du côté droit du cuir chevelu, les mouvements sont les mêmes que dans la première expérience, mais en sens inverse.

B. Portant maintenant l'action du vent du soufflet sur le côté gauche du cuir chevelu, à 9 centimètres environ en dehors de la ligne médiane et à 3 centimètres en avant de la ligne biauriculaire, on observe un mouvement de rotation de la tête à gauche et l'inclinaison de la tête avec contraction du sterno-mastoïdien du côté droit. La malade présente l'attitude et la physionomie d'une personne qui écoute.

C. Si on agit sur la région temporale à 9 centimètres de la ligne médiane et à 3 centimètres en avant de la ligne bregmatique, on produit la rotation de la tête à gauche avec un léger renversement de la tête en arrière et l'élévation du membre supérieur droit en même temps que l'élévation du membre inférieur gauche.

D. Si, toujours du côté gauche, on dirige le vent du soufflet sur le cuir chevelu dans la région qui correspond à l'extrémité postérieure de la scissure de Sylvius, on voit immédiatement le corps de la malade se pencher et s'incliner fortement à droite, c'est-à-dire du côté opposé au côté sur lequel on a agi.

E. Enfin, agissant sur la ligne médiane avec le vent du soufflet dirigé du bregma antérieur vers la partie supérieure et médiane du front, la tête se porte légèrement en avant et la figure de la malade prend l'expression du sourire.

F. Si, au contraire, l'expérimentateur agit sur la ligne médiane en dirigeant le vent du bregma postérieur vers le trou occipital, aussitôt la tête se renverse en arrière et la figure de la malade prend l'expression de la tristesse.

G. De plus, la double expression du sourire et de la tristesse peut être produite simultanément sur la figure de la malade, en dirigeant le vent du soufflet sur la bosse frontale gauche pour produire le sourire du côté gauche de la face, et sur la bosse occipitale droite pour produire la tristesse du côté droit de la face.

Ces expériences établissent suffisamment que, dans les conditions ci-dessus exposées, on peut à volonté déterminer des mouvements d'ensemble ou des mouvements isolés des membres et de la face par l'action du vent d'un soufflet capillaire sur différentes parties du cuir chevelu, chez une hystérique dans la période cataleptique de l'hypnotisme.

M. Dumontpallier réveille la malade en lui appliquant des plaques métalliques sur le front, — il pourrait aussi la réveiller en appliquant les mêmes plaques sur la région ombilicale. — Le réveil s'effectue en plusieurs temps : les mouvements respiratoires deviennent plus manifestes, plus fréquents et plus amples ; un peu de mousse salivaire apparaît sur les lèvres qui sont agitées par de petites contractions, les lèvres s'écartent de façon à laisser voir les dents incisives supérieures. La figure exprime l'extase et le sourire. Puis, après quelques mouvements alternatifs de resserrement et de dilatation de l'ouverture buccale, la malade ouvre la bouche et pousse un cri ; — au même moment, elle ouvre les yeux. Elle est réveillée et la sensibilité existe en toutes les parties de la surface du corps ; elle voit, elle entend. On enlève aussitôt les plaques. Elle peut se lever, marcher.

Dans différentes périodes de l'hypnotisme, il est donc possible, au moyen d'un dispositif spécial, de limiter par la surface du cuir chevelu un certain nombre de zones réflexogènes dont l'irritation détermine des mouvements en différentes parties du corps. Quelques unes de ces zones paraissent correspondre par leur situation aux régions motrices corticales de l'encéphale. Nous avons dit quelle était l'action de la piqûre, du vent d'un soufflet capillaire. D'autres agents physiques, tels que des courants électriques continus très-faibles, l'aimant, la chaleur, la lumière, le son, dont l'action serait portée sur différentes régions du cuir chevelu, pourront-ils déterminer les mêmes résultats que dans nos expériences? Cette supposition est justifiée par les expériences que nous avons antérieurement exposées au sujet desdits agents sur la production de l'aphasie, sur la perte de la notion de l'usage des objets et sur la perte de la faculté du calcul.

En terminant cette communication, M. Dumontpallier rappelle la collaboration que lui prête son élève, M. Paul Magnin, pour ces expériences.

M. CHARCOT. La communication de M. Dumontpallier, quelque curieuse et intéressante qu'elle soit, ne me paraît avoir aucun rapport avec les faits que j'ai communiqués dans la dernière séance. (Voir *Gazette des hôpitaux* du 17 janvier 1882, pag. 53.) Je n'ai parlé que de faits relatifs à des femmes hystériques, hypnotisables et chez lesquelles j'ai pu constater ce caractère qui défie toute idée de simulation ou de supercherie, l'hyperexcitabilité neuro-musculaire, mise en jeu sous l'influence d'un corps solide quelconque. Si je touche le nerf radial, j'ai la griffe radiale ; si je touche le nerf cubital, j'ai la griffe cubitale, etc.; et cela se produit avec une telle netteté, que trois anatomistes pourraient chacun prendre un département quelconque de cette hystérique et résoudre ainsi simultanément trois questions anatomiques des plus compliquées. L'excitation qui suffit pour produire ces contractions dans l'état d'hypnotisme est tout-à-fait impuissante à les produire quand la malade est éveillée ; les mouvements se produisent habituellement du côté opposé du corps à celui de la boîte crânienne où est portée l'excitation. Quelquefois ils se produisent du même côté, mais d'une façon bien moins accentuée. Ce sont alors des phénomènes réflexes. L'hypnotisme est tout un monde encore inexploré, dans lequel on rencontre, à côté de faits

palpables, matériels, grossiers, côtoyant toujours la physiologie, des faits absolument extraordinaires, inexplicables jusqu'ici, ne répondant à aucune loi physiologique, et tout-à-fait étranges et surprenants ; je m'attache aux premiers et laisse de côté les seconds, ou tout au moins je ne les enregistre qu'avec une extrême réserve.

M. DUMONTPALLIER. Pour M. Charcot, il y a, dans tous ces faits, deux choses distinctes, l'hyperexcitabilité neuro-musculaire et des faits d'ordre réflexe. Pour moi, tous ces phénomènes sont réflexes.

M. CHARCOT. L'hyperexcitabilité neuro-musculaire est un fait qui met l'expérimentateur sûrement à l'abri de toute supercherie et de toute simulation de la part des hystériques, et c'est pourquoi j'y attache une réelle importance.

M. DUMONTPALLIER fait observer que, dans les faits qu'il vient de montrer, toute simulation est absolument inadmissible.

Hyperexcitabilité musculaire chez des sujets non hystériques. — M. CH. RICHET. On sait que chez certains sujets, en dehors de l'hystérie ou de l'hystéro-épilepsie, il existe parfois une notable exagération des réflexes en particulier, une tonicité musculaire exagérée. C'est ainsi que chez une femme de quarante-cinq ans, non hystérique, non hypnotisable, n'ayant jamais été malade, n'ayant jamais eu la moindre crise, M. Richet a pu constater cette particularité que, lorsque ses muscles se contractent violemment, il reste une contractur e très-forte de ces muscles qui persiste pendant un certain temps. Si on excite la périphérie, on observe le relâchement de cette contracture. Si on imprime à la main un léger mouvement d'oscillation, le mouvement continue à se produire sans qu'on puisse l'arrêter. C'est là un fait isolé, mais qui a bien son importance.

M. BROWN-SÉQUARD rapporte le fait suivant : En 1850, dit-il, je fus prié par un commissaire de police de me rendre auprès d'une jeune fille afin de savoir si elle en imposait au public ou si réellement elle était en état d'hypnotisme. Il s'agissait d'une jeune fille, habitant dans le voisinage de l'église Saint-Sulpice, qui, au moment même où les cloches se mettaient à sonner, se plaçait sur le rebord très-étroit de son lit et s'y tenait en équilibre pendant douze heures, sans faire un mouvement, et en récitant des prières à la Vierge. La position de cette jeune fille était telle qu'il eût été absolument impossible au gymnasiarque le plus expérimenté de prendre et surtout de garder une pareille position. Il y avait donc chez elle un état particulier d'exagération de la puissance du sens musculaire, coïncidant avec de l'extase.

La séance est levée.

Séance du 22 janvier 1882. — Présidence de M. RANVIER.

COMMUNICATIONS

Section des nerfs ; régénération. — M. BROWN-SÉQUARD, dans une première communication, a exposé quelques faits qui démontrent expérimentalement le rétablissement de la fonction d'un nerf un certain temps après sa section complète. Il rapporte une expérience qu'il a faite sur un singe, chez lequel il a réséqué le sciatique, lequel s'est régénéré. Je ne sache pas, dit-il, qu'il existe de fait semblable observé chez l'homme pour ce nerf.

M KRISHABER a été témoin d'un cas de rétablissement spontané de la voix chez un homme qui l'avait perdue à la suite d'une section du nerf récurrent. Des expériences qu'il a faites sur des animaux démontrent, d'ailleurs, la régénération du nerf récurrent après sa division.

Hémiplégies. — M. BROWN-SÉQUARD fait une communication sur la faiblesse musculaire du côté sain chez les hémiplégiques à la suite d'apoplexie cérébrale. Pendant son séjour à Londres, il a eu l'occasion de voir un très-grand nombre de paralytiques apoplectiques, il a constaté que l'hémiplégie est toujours accompagnée d'un affaiblissement de la puissance musculaire du côté opposé à la paralysie, c'est-à-dire du côté sain. Cet affaiblissement est, en général, beaucoup plus prononcé au membre inférieur qu'au membre supérieur. L'affaiblissement du bras n'es tsouvent appréciable qu'au dynamomètre. Le dynamomètre montre toujours, dans ce cas, un degré inférieur à celui qu'il donnerait chez un homme sain du même âge.

M. Brown-Séquard ne voudrait pas tirer pour le moment une conclusion de ces faits ; il veut seulement faire remarquer qu'ils se produisent dans les mêmes circonstances, ce qui permet de dire, d'une manière générale, que dans tous les cas d'altération unilatérale du cerveau, il existe un trouble manifeste du côté opposé. Ce phénomène est d'autant plus appréciable que l'attaque d'apoplexie a été plus intense et que l'hémiplégie est elle-même plus prononcée.

Je n'ai pas été à même de faire de semblables observations au point de vue de la sensibilité. Je demanderai à mon collègue et ami M. Charcot s'il a fait de son côté des observations de ce genre.

M. CHARCOT. Les faits que M. Brown-Séquard vient d'exposer devant la Société sont parfaitement exacts. J'ai constaté de la manière la plus évidente, chez tous les sujets hémiplégiques que j'ai étudiés, qu'il y avait toujours, à un degré plus ou moins sensible, de la diplégie, et surtout, très-souvent, que les hémiplégiques devenaient, au bout d'un temps plus ou moins long, paraplégiques. L'observation de M. Brown-Séquard est parfaitement juste.

Il est des cas où l'existence de ces paralysies du même côté de la lésion cérébrale peut s'expliquer par des différences anatomiques. Ces différences anatomiques ne sont pas aussi rares qu'on le croit généralement. Cependant, à l'appui des faits invoqués par M. Brown-Séquard, M. Charcot rapporte l'observation d'un homme atteint d'hémiplégie de cause cérébrale ; peu à peu le bras du côté paralysé recouvra une partie de ses mouvements; la jambe, au contraire, restait toujours en arrière ; ses mouvements devinrent de plus en plus difficiles ; enfin la jambe du côté opposé se prit à son tour, et cet homme, d'abord hémiplégique, est aujourd'hui paraplégique. Ces faits, dans lesquels on assiste ainsi à une transformation de l'hémiplégie en paraplégie, ne sont pas très-rares, et je me trouve, sur ce point, d'accord avec M. Brown-Séquard. La paraplégie, qui survient ainsi consécutivement à une hémiplégie, s'accompagne souvent de paralysie de la vessie.

M. BROWN-SÉQUARD. Nouss ommes d'accord sur les faits ; mais, si M. Charcot a une explication de ces faits, je suis bien convaincu que ce n'est pas la mienne. Pour moi, les pyramides antérieures sont des parties du cerveau capables de produire des paralysies par irritation et non seulement par destruction des fibres. Il n'y a pas d'hémiplégie purement hémiplégique pour peu qu'elle soit considérable ; le membre inférieur est toujours plus affecté que le supérieur, et il y a souvent paralysie de trois membres, les deux inférieurs et un supérieur. J'ai publié des cas d'hémorrhagie cérébrale où le premier et unique symptôme était la paraplégie, bien que la lésion cérébrale siégeât d'un seul côté de l'encéphale.

Pour moi, il faut expliquer ces faits par une inhibition des cellules d'origine des nerfs moteurs et par des lésions secondaires pouvant apparaître dans la moelle, dans les muscles, dans la peau.

M. DUMONTPALLIER. M. Charcot a-t-il fait l'autopsie des cas dont il a parlé et a-t-il trouvé des lésions de la partie dorso-lombaire de la moelle?

M. CHARCOT ne peut pas affirmer que ces lésions existent puisqu'il n'a pas encore eu l'occasion de les constater à l'autopsie, mais il est convaincu que, dans ces cas, il se produit, consécutivement à cette lésion scléreuse qui se prolonge dans la moelle, une myélite secondaire, cause anatomique des troubles dont il s'agit.

Expériences relatives aux hystériques hypnotisables. — M. DUMONTPALLIER. Il peut arriver qu'en dirigeant le souffle sur le visage d'une hystérique hypnotisée, on le dirige involontairement sur la bouche ouverte et qu'on détermine ainsi une contracture de la langue pouvant inspirer quelque effroi ; mais il suffit de savoir que, sur la langue comme ailleurs, le souffle qui a fait la contracture la défait tout aussi sûrement.

Sur la même hystérique, M. Dumontpallier a trouvé de chaque côté du cuir chevelu quatorze zones réflexogènes.

Enfin, point important pour ceux qui voudraient répéter les expériences de M. Dumontpallier et qui ne sont pas exactement familiarisés avec les applications métalliques, un courant continu extrêmement faible donne les mêmes résultats qu'une plaque métallique, chez les hystériques hypnotisables, résultats que M. Dumontpallier a fait connaître dans de précédentes communications. (Voyez *Gazette des hôpitaux*, décembre 1881 et janvier 1882.)

M. CHARCOT a fait connaître précédemment (voyez *Gazette des hôpitaux*, numéro du 17 janvier 1882) les résultats obtenus par l'électrisation de certaines parties de la boîte crânienne d'hystériques hypnotisables au point de vue de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire, seul phénomène reposant uniquement sur l'anatomie et mettant conséquemment l'expérimentateur à l'abri de toute supercherie ou de toute erreur d'interprétation. Ces résultats reposaient sur cent vingt expériences faites sur quatre hystériques différentes. Ces faits s'étaient produits toujours avec la même régularité et la même constance. M. Charcot a recommencé les mêmes expériences sur quatre autres hystériques, et les résultats obtenus ont été tout autres.

Sous ce nom d'hypnotisme, il faut entendre toute une nosographie relative à des faits d'ordre nerveux. Il y a, par exemple, l'état cataleptique, qui est tout autre chose que l'état léthargique, qui est tout autre chose aussi que l'état de somnambulisme. Ce qui se produit dans l'état de somnambulisme, comme dans les faits de M. Dumontpallier, ne se produit plus dans l'état léthargique ni dans l'état cataleptique. Il s'agit là d'états pathologiques très-différents les uns des autres. Il faut donc, avant de dire : J'ai constaté tel ou tel phénomène, déterminer d'abord exactement l'état pathologique du sujet sur lequel vous constatez ces faits. C'est ce que j'ai eu soin d'établir quand j'ai parlé de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire, cette épreuve anatomo-pathologique sur la valeur de laquelle j'insiste tout particulièrement parce que toutes les finesses de l'anatomie s'y trouvent. Si, en effet, vous excitez le cubital, vous ne déterminez de mouvements que dans les muscles animés par ce nerf ; il en est de même pour le radial, pour le facial, etc. Or, est-il possible d'admettre qu'une hystérique, si intelligente et si rusée qu'elle soit, puisse ainsi, dans l'état d'hypnotisme, commander à la contraction de tel ou tel muscle animé par le nerf excité ? Je mets au défi les plus sceptiques de ne pas se rendre à l'évidence de cette épreuve anatomo-physiologique.

Les malades sur lesquelles j'opère, ou plutôt j'observe, sont endormies, inertes, exactement dans l'état d'un animal de laboratoire. Au moyen d'un courant d'induction appréciable, j'excite le crâne du côté droit ; aussitôt on voit se produire des secousses dans la face, dans le bras du côté opposé. Ces phénomènes semblaient donc unilatéraux ; l'expérience fut répétée sept cent vingt fois sur les hystériques et donna toujours les mêmes résultats. Je m'étais donc cru autorisé à donner une explication au moins provisoire de ces faits, explication qu'on trouvera dans une précédente communication. J'ai recommencé ces mêmes expériences sur quatre autres sujets, et, cette fois, les phénomènes se sont produits du côté de l'excitation et non du côté opposé. L'explication que j'avais cru trouver n'explique donc rien, et aujourd'hui j'attends et m'abstiens de toute conclusion, même provisoire.

M. BOULEY. Puisque ces questions sont si délicates, si difficiles, on ne saurait trop multiplier les observations et les observateurs. Je veux bien qu'on ne se hâte pas de conclure, mais il faut enregistrer tous les faits, et chacun de ces faits prendra sa place le jour où les lois qui les régissent pourront être constituées. M. Dumontpallier, en entrant dans la voie si brillamment ouverte par M. Charcot, observe, enregistre, avec sa prudence et sa réserve habituelles, sans aucune espèce d'enthousiasme irréfléchi, des faits qui semblent avoir une très-grande importance.

Quand on ne serait arrivé qu'à ce résultat de faire disparaître la force neurique rayonnante, de débarrasser cette intéressante étude de tous ses côtés mystiques et mystérieux, il faudrait féliciter M. Dumontpallier de la part qui lui revient dans cette œuvre. Il est vrai que rien n'est problématique comme le système nerveux d'une hystérique, mais tout ce qui était surnaturel et mystique dans cette étude disparaît pour faire place à des faits scientifiquement constatés et observés. Il y a donc tout intérêt à réunir le plus de faits possible, quitte à conclure plus tard. MM. Charcot et Dumontpallier, en apportant simultanément leurs efforts à cette étude, rendent un véritable service à la science et il serait profitable de pouvoir mettre d'accord ces deux savants ensemble.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel en date du 13 janvier 1882, il est créé près le Collège de France un laboratoire de physique biologique rattaché à l'École pratique des Hautes-Études.

MM. Brown-Séquard, professeur de la chaire de médecine au Collège de France, et d'Arsonval, préparateur de cette chaire, sont nommés directeurs dudit laboratoire.

— Les pouvoirs publics ont institué, auprès du Muséum, vingt bourses de 1,500 francs, qui doivent être distribuées à des jeunes gens qui : 1° contracteront l'engagement de servir dix ans dans l'Université ; 2° se prépareront à la licence, à l'agrégation ou au doctorat ès sciences naturelles.

Les candidats doivent adresser leur demande, avant le 15 février, au directeur du Muséum. La demande doit être accompagnée des pièces suivantes :

1° Notice individuelle du candidat, indiquant le lieu et la date de sa naissance, les établissements où il a été durant ses cinq dernières années, soit comme élève, soit comme maître ; les certificats des chefs de ces établissements ; 2° l'indication des grades qu'il a obtenus, des travaux qu'il a publiés ; 3° l'indication de l'examen auquel il se prépare ; 4° l'engagement conditionnel, pour le cas où il serait nommé boursier, de servir dix ans dans l'Université ; 5° l'attestation des maîtres qui ont constaté l'aptitude du candidat à l'étude des sciences naturelles.

Les bourses seront données pour un an par le ministre, sur le rapport de l'assemblée des professeurs du Muséum qui examinera les titres des candidats.

— En exécution du décret du 27 avril 1878, un concours s'ouvrira à Paris, au Val-de-Grâce, le lundi 27 février prochain, pour l'admission, dans le service hospitalier, de médecins-majors de première et deuxième classe apartenant aux corps de troupes.

— Le mercredi 22 février 1882, à midi précis, il sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'Administration de l'Assistance publique, à Paris, avenue Victoria, n° 3, un concours pour les prix à décerner aux élèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices.

Le registre d'inscription restera ouvert de onze heures à trois heures, du lundi 23 janvier au lundi 6 février.

— Nous croyons savoir qu'il va être de nouveau procédé à la réorganisation des divers services de la Morgue de Paris. Celui des autopsies, entre autres, serait à l'avenir entouré de précautions et mesures exceptionnelles, devant avoir pour effet de les rendre plus efficaces en vue de reconnaître les causes du décès des individus dont les corps sont transportés dans cet établissement.

Dès aujourd'hui son personnel médical, — pour ne parler ici que de celui qui nous intéresse, — se trouve réorganisé comme suit avec une augmentation de traitement :

1° Un médecin inspecteur aux honoraires de 1,000 francs.

2° Deux médecins inspecteurs-adjoints à 800 francs.

— Par arrêté ministériel en date du 18 janvier 1882, la chaire de physique de la Faculté des sciences de Grenoble est déclarée vacante.

— *Hôpitaux de Lyon.* — M. le docteur Perroud, médecin des hôpitaux, est nommé membre du Conseil général des hospices civils de Lyon.

— M. le docteur Delmas, médecin de première classe de la marine, prend sa retraite. — M. le médecin de deuxième classe de la marine Godet donne sa démission,

— *Avis.* — Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, illustré de figures intercalées dans le texte. — Directeur de la rédaction : le docteur JACCOUD.

Le Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, illustré de figures intercalées dans le texte, se composera d'environ 35 volumes grand in-8° cavalier de 800 pages. — Tome XXXI, 1882. 1 vol. in-8° de 800 pages, avec figures dans le texte. — Prix : 10 francs.

Les principaux articles du tome XXXI, sont : Rein, par Labadie-Lagrave ; Résection, par Delorme ; Résorption, par Straus ; Respiration, par Matthias Duval ; Rétine, par Duval et Panas ; Révulsion, par Raynaud ; Rhumatisme, par Homolle ; Roséole, par Picot.

Chirurgie de la main, par le docteur Albert BLUM, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux. 1 vol. in-8°, illustré de 84 figures intercalées dans le texte. — Prix : 6 francs. — Paris, Asselin et Cie.

Des Épanchements sanguins intra-craniens consécutifs au traumatisme, par le docteur GÉRARD-MARCHANT, ancien interne de l'asile public d'aliénés de Toulouse. — In-8°, 205 pages. — Prix : 4 fr. 50. — Paris, J. Baillière fils.

Formulaire thérapeutique, à l'usage des praticiens, contenant les notions et les formules relatives à l'emploi des médicaments, de l'électricité, des eaux minérales, de l'hydrothérapie, des climats et du régime, par J.-B. Fonssagrives, professeur de thérapeutique et de matière médicale à la Faculté de médecine de Montpellier. 1 vol. in-18 avec figures intercalées dans le texte. — Prix : 4 fr. — Paris, Ad. Delahaye et E. Lecrosnier.

Traitement de l'hystérie par les feuilles métalliques administrées à l'intérieur, par le docteur GAREL. In-8°. — Prix : 1 fr. 25. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Rapport sur les eaux thermales d'Aix en Savoie, pendant l'année 1880 : établissement thermal, considérations pratiques sur le mode d'emploi et sur l'action des eaux d'Aix et de Marlioz, par le docteur BLANC. In-8° avec 2 planches. — Prix : 1 franc. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Le Biberon, par le docteur DELIGNY (de Toul), ancien interne de l'hôpital des Enfants-Malades de Berck-sur-Mer. 1 brochure in-8°. Prix : 1 franc. — Paris, Asselin et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 12292.

N° 11. — JEUDI 26 JANVIER 1882. 55e ANNÉE. JEUDI 26 JANVIER 1882. — N° 11.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance presque aussi courte que l'avant-dernière, et complètement remplie par deux lectures dont on trouvera le résumé plus loin.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. VERNEUIL.

Lésions des articulations et des extrémités des os, résections osseuses, guérison sans ankylose.

Le 23 novembre dernier, j'ai pratiqué la résection de l'articulation tibio-tarsienne pour prévenir le développement de phénomènes graves consécutifs à l'accident dont le blessé qui nous était amené venait d'être victime.

Il s'agissait d'un marinier, dont le pied, en tombant du bord d'un bateau, avait été tordu et comme pris dans une sorte de mortaise. Il en était résulté une déchirure des téguments à la partie interne de l'extrémité inférieure de la jambe, une fracture du tibia, fracture de la malléole interne avec saillie à travers la plaie des fragments osseux, une rupture des ligaments de l'articulation qui se trouvait par suite complètement disloquée. Ces luxations compliquées sont toujours graves et doivent faire redouter le développement d'accidents consécutifs.

Aussi je jugeai utile, la plaie étant récente, — elle datait d'une heure à peine, — de pratiquer une résection préventive afin de simplifier le foyer inflammatoire et de permettre une guérison sans accidents.

Je dis une résection préventive, car je divise les résections en préventives, curatives et anaplastiques ou complémentaires. Ces dernières sont faites pour remédier à des difformités, suite de consolidation vicieuse de fracture.

J'ai donc, sur mon malade, procédé immédiatement à la résection des deux os de la jambe que j'ai enlevés d'un seul trait de scie, opération qui n'a rien de laborieux. J'ai pratiqué aussi la section du muscle jambier postérieur, afin de prévenir la déviation du pied. Enfin j'ai placé le membre dans une gouttière et j'ai appliqué un pansement antiseptique. Je suis resté douze jours sans y toucher, aucun accident n'est survenu; le malade n'a pas eu la moindre fièvre. Depuis un mois que l'opération a été pratiquée, j'ai changé l'appareil aujourd'hui même pour la troisième fois seulement. Je n'ai jamais vu encore un résultat aussi beau, aussi rapide et aussi simple. Il est même tel qu'il est, à l'heure actuelle, difficile de soupçonner que l'on a enlevé à cet homme quatre centimètres de son tibia et de son péroné.

Le résultat de l'opération est donc excellent à tous les points de vue.

Si, dans des conditions semblables à celles que nous présentaient la jambe et le pied de ce malade, j'ai fait une résection immédiate, c'est parce que ses lésions étaient de celles dans lesquelles l'arthrite et l'ankylose qui lui succède sont presque inévitables. Aussi la résection préventive me paraît-elle des plus utiles dans l'intérêt de la conservation des fonctions du membre blessé et de son articulation.

C'est ainsi que pour les plaies des articulations par armes à feu, si l'on veut faire de la chirurgie conservatrice purement et simplement, dans un grand nombre de cas, grâce aux moyens antiseptiques, on guérira, mais avec ankylose. Par contre, si l'on fait la résection des parties osseuses lésées, non-seulement l'opération est des plus innocentes, mais encore on conservera les mouvements des articulations qui ont été atteintes.

Ainsi notre malade, par suite de l'opération que nous lui avons faite, marchera certainement beaucoup mieux avec ce déficit osseux que si nous avions tenté de réduire la luxation sans pratiquer la résection des os, car j'ai toujours vu, dans ces conditions, les mouvements se rétablir facilement dans les articulations du pied. Il lui suffira d'avoir une chaussure un peu plus haute pour compenser la perte de substance.

Notre malade se trouve donc aujourd'hui, un mois après son opération, hors de danger, avec un membre bien conformé, dont il pourra commencer à se servir en s'aidant de béquilles dans une quinzaine de jours, c'est-à-dire lorsque nous lui aurons appliqué un appareil inamovible bien ouaté, bien capitonné et solide.

Nous avons fait subir la même opération au malade du n° 23 pour une affection du coude. Cette fois, il s'agit d'une résection curative. On avait essayé une opération que je rejette en principe, c'est-à-dire l'évidement, le grattage des articulations et le curage des fongosités qui me paraissent

absolument mauvais et que vous ne verrez réussir que dans un petit nombre de cas. Les auteurs de ces procédés opératoires sont de nos amis, ce sont des chirurgiens de grand mérite, mais je ne leur cache pas à ce sujet ma pensée tout entière. Ils se trompent en recommandant cette manière de faire ; il ne s'agit pas de publier des observations au bout de quelques semaines, mais bien de plusieurs semestres, pour avoir des faits sur lesquels il soit possible de discuter.

Chez notre malade, une résection partielle avait été pratiquée, en mon absence, par M. Terrillon, qui me remplaçait. A mon retour, j'ai trouvé une articulation suppurant encore, ainsi que des fongosités. J'ai fait alors une résection sous-périostique complète, en enlevant un long fragment de l'humérus ainsi qu'une portion du cubitus et du radius. Mais je n'ai pas fait ce que je désapprouve, je n'ai pratiqué ni l'abrasion, ni le grattage, ni la cautérisation de la synoviale fongueuse. Dès que vous touchez à ces fongosités, vous avez constamment, malgré l'emploi de la bande d'Esmarch, des hémorrhagies en nappe, considérables et difficiles à arrêter.

J'ai donc laissé mon malade avec ses fongosités sans y toucher, et j'ai immobilisé son membre dans la ouate. Le pansement ne m'a pas réussi, cet homme a eu de la fièvre, et, dès le lendemain, le thermomètre nous donnait pour sa température 40 degrés. J'ai changé le pansement, et, au-dessous de lui, j'ai trouvé le foyer opératoire enflammé ; j'ai eu recours alors à un pansement antiseptique ouvert dans la gouttière. Les accidents se sont immédiatement amendés, les fongosités ont diminué, et aujourd'hui non-seulement elles ont à peu près complètement disparu, mais encore le coude est devenu à peu près normal.

Hier, j'ai appliqué un appareil plâtré, tout en continuant le pansement antiseptique. Cet homme, qui était pâle, amaigri, anémié au moment où il a été opéré, a très-bien repris depuis lors ; il est actuellement en très-bon état, sans fièvre aucune, et la suppuration a cessé. Nous l'enverrons, dans quelque temps, à l'asile de convalescence de Vincennes, passer un mois, et bien certainement il nous en reviendra tout à fait guéri.

Enfin la troisième malade est une jeune femme à laquelle M. Terrillon a fait une résection pour une fracture compliquée de la jambe. Cette femme était en apparence d'une bonne santé, mais j'ai tout lieu de la considérer, bien qu'elle soit jeune encore, comme s'adonnant à l'alcoolisme. A la suite de sa fracture, il est survenu des accidents assez graves, entre autres un phlegmon considérable de la jambe et remontant assez haut. Aujourd'hui, après la résection curative pratiquée par M. Terrillon, la consolidation commence à se faire régulièrement, et, dans quelque temps, cette femme marchera certainement bien, n'ayant d'autre infirmité qu'un raccourcissement du membre qui a été fracturé et à laquelle il sera facile de remédier par certaines modifications dans sa chaussure.

HOPITAL NECKER. — M. Potain.

I. Fièvres typhoïde, gastrique et herpétique. — II. Rhumatisme avec endocardite commençante et rhumatisme avec bruit de souffle sans lésion cardiaque.

I. Parmi les nombreux malades entrés depuis deux jours dans notre service, nous en avons trois, placés dans la salle Saint-Luc, qui présentent de grandes analogies de symptômes.

Tout d'abord, l'un d'eux est atteint d'une fièvre typhoïde qui en est à son huitième jour. L'affection est bien caractérisée, mais d'une intensité modérée, aux apparences bénignes, sans aucun trouble nerveux qui puisse nous faire craindre un état adynamique. La température est de 39° le soir et de 38°,5 le matin. Aussi pensons-nous qu'il entrera en convalescence dans une quinzaine de jours, et que, selon toutes probabilités, la maladie n'aura aucune suite fâcheuse. Je dis avec intention « selon toutes probabilités», car, dans la fièvre typhoïde, même la plus bénigne, le pronostic doit toujours être réservé, alors même que le malade entre en convalescence. Témoin cet homme qui, naguère en pleine convalescence, nous présenta quelques rougeurs sur les régions du décubitus qu'il affectait ordinairement, rougeurs qui furent bientôt suivies d'une inflammation ganglionnaire, de lymphangite, puis d'un phlegmon suppuré auquel il succombait rapidement.

Le second malade est un jeune garçon dont l'affection est caractérisée par des symptômes qui confinent autant à la fièvre typhoïde qu'à l'embarras gastrique. En effet, si, d'une part, il a du gargouillement, de la fièvre, de la prostration, une certaine tuméfaction de la rate, d'autre part, nous ne trouvons, bien qu'il soit parvenu au huitième jour de la maladie déclarée, aucune tache rosée lenticulaire. De plus, la tuméfaction splénique est de date ancienne ; il a eu autrefois à plusieurs reprises des accès de fièvre intermittente. De plus, encore, le gargouillement de la fosse iliaque droite, ce gargouillement que l'on a appelé le râle crépitant de la fièvre typhoïde, n'est pas limité chez lui à cette région, mais il est réparti dans tout le ventre, et même il est plus marqué dans la fosse iliaque gauche que dans la droite. Par suite il perd toute valeur, surtout si j'ajoute encore que cet homme a pris de l'eau de Sedlitz et qu'il est sous l'influence de son purgatif.

Quant à sa prostration, elle est profonde et nullement en rapport avec son état. Mais ce garçon n'est pas Français, il est Italien, Piémontais, et nous avons eu l'occasion de remarquer en différentes circonstances que la prostration était plus ou moins grande, selon le pays d'origine des individus, et pouvait survenir sous l'influence du mal le moins intense. C'est ainsi qu'à l'époque de la guerre de 1870-1871, j'ai vu des Bretons, notamment, tomber dans une prostration profonde pour un simple mal de gorge.

Nous ne pouvons donc pas tenir ici un très-grand compte de ce phénomène, surtout en raison de l'absence d'une série d'autres symptômes qui font chez notre malade absolument défaut, tels que vertiges, céphalalgie et bourdonnement d'oreilles. Rien n'indique non plus une évolution anomale ; depuis le début des premiers symptômes, la maladie a suivi un cours régulier, sans changer de caractère.

En résumé, par ces différents faits, nous repoussons donc toute idée d'une fièvre typhoïde, pour admettre seulement ici un embarras gastrique fébrile, ou fièvre typhoïde, comme on l'appelle encore, fièvre d'intensité modérée qui sera très-probablement d'assez courte durée pour que, dans quatre ou cinq jours, notre malade puisse entrer en convalescence.

Le troisième malade est couché au n° 30. Dès les premiers jours, il a eu une fièvre intense accompagnée de céphalalgie, d'un sentiment de fatigue extrême, d'accablement ; il se plaignit de la gorge en même temps qu'apparaissait une éruption sur les lèvres dont aujourd'hui les dernières traces nous permettent de reconnaître que cette éruption était un

herpès labial. Le fait n'est pas nouveau chez lui, et depuis plusieurs années il est sujet à de semblables accidents. Nous sommes donc ici en présence d'une fièvre herpétique qui s'est développée, comme cela a lieu fréquemment, sous l'influence du froid.

Elle présente chez lui quelque chose de particulier que l'on a assez rarement l'occasion d'observer pour que, pendant la visite, j'aie cru devoir attirer tout spécialement votre attention sur ce fait. Il s'agit de la présence de deux petites vésicules d'herpès parfaitement visibles au fond de la gorge, sur le bord du voile du palais, qui, de plus, est rouge dans toute son étendue. Cette rougeur s'accompagne d'une grande difficulté de déglutition, mais sans douleur aucune, et caractérise, avec les vésicules, l'angine herpétique. On voit rarement ces soulèvements de l'épithélium, car celui-ci se détruit rapidement et tombe, laissant au-dessous de lui une petite ulcération entourée d'un bord rouge et généralement fort douloureuse. L'angine est d'autant plus douloureuse que ces ulcérations se multiplient et laissent une surface de la muqueuse dénudée plus considérable, et que les muscles voisins eux-mêmes sont atteints par une sorte d'inflammation rhumatismale. Ces ulcérations se recouvrent quelquefois d'un exsudat assez épais, assez consistant, pour simuler au premier abord une angine diphthéritique.

Quoi qu'il en soit, la maladie est toujours peu grave ; le pronostic est d'autant plus bénin ici que l'affection est très-circonscrite et à peine douloureuse.

Le traitement consistera seulement dans quelques gargarismes légèrement astringents.

II. Il nous est entré, comme je vous le disais en commençant, beaucoup d'autres malades dont le temps ne me permet pas de vous parler aujourd'hui, et je vous entretiendrai seulement de deux rhumatisants, le n° 4 et le n° 20 de la salle Saint-Luc, en raison de quelques phénomènes intéressants qu'ils présentent du côté du cœur.

Dans le diagnostic des accidents cardiaques qui accompagnent le rhumatisme aigu, il est beaucoup plus important de tenir compte des modifications qui peuvent survenir dans les bruits normaux du cœur que des bruits anomaux que l'on peut rencontrer. Chez le premier de ces deux malades, le rhumatisme date de quatre ou cinq jours, et les bruits normaux ont perdu leur timbre normal ; l'un deux est voilé, l'autre plus assourdi. La modification du second bruit existe surtout vers l'aorte, et nous indique une endocardite valvulaire aortique commençante, et rien d'autre, car les dimensions du cœur sont ce qu'elles doivent être, le pouls est normal, ainsi que le cœur, qui fonctionne régulièrement. Rien n'empêche les bruits de parvenir à l'oreille du médecin qui ausculte, et, si on les entend assez mal, assez faibles, c'est qu'il existe une modification des valvules aortique et mitrale. Celles-ci ont dû perdre en effet leur consistance fibreuse, pour se boursoufler, s'œdématier.

Les choses restant en l'état, sans aggravation, les valvules reprendront peu à peu leurs caractères ordinaires, et l'œdème, peu à peu aussi, se dissipera.

Il n'y a aucun bruit de souffle chez ce malade, parce qu'il n'existe aucune gêne circulatoire. L'épaississement des valvules doit être à peine augmenté d'un huitième de millimètre. Il n'y a pas non plus d'insuffisance, parce que ce léger boursouflement se produit au-dessous de la portion de la valvule en contact.

Par contre, le malade du n° 20, également rhumatisant, présente un bruit de souffle considérable, dont l'existence, au premier abord, éveille l'idée d'une complication cardiaque. Il n'en est rien cependant, car les bruits physiologiques du cœur sont normaux, très-nets et très-clairs. Le souffle, ici, a du reste des caractères spéciaux qui nous apprennent qu'il se produit en dehors du cœur, au-dessus de la pointe, dans le troisième espace intercostal, dans la partie de l'organe recouverte par le poumon. Ce souffle est médio-systolique, il est doux et très-superficiel, il disparaît dès que l'on fait asseoir le malade. Il est dû à des mouvements brusques et précipités du cœur, notamment sous l'influence de quelque émotion, et disparaît dès que la respiration et la circulation se ralentissent.

En résumé donc, chez le premier des deux rhumatisants, nous avons une endocardite commençante, caractérisée par des modifications des bruits normaux du cœur ; chez le second, nous avons un bruit de souffle anomal sans aucune lésion cardiaque, un bruit extra-cardiaque.

HOTEL-DIEU DE MARSEILLE. — M. A. Fabre.

Les phthisies latentes et larvées.

(Leçon recueillie par M. le docteur Audibert.)

I

La phthisie pulmonaire peut être latente, c'est-à-dire que ses signes physiques et rationnels peuvent faire défaut ; elle peut être larvée, c'est-à-dire que ses signes physiques et rationnels peuvent être masqués par des phénomènes d'auscultation et par des troubles fonctionnels qui proviennent d'un état morbide intercurrent. Voilà le plus important parmi les enseignements cliniques qui résultent des quatre autopsies auxquelles vous avez assisté ces jours derniers.

Le premier de ces quatre sujets, le n° 32 de la salle Ducros, luttait depuis longtemps contre une phthisie abdominale que je croyais principalement ganglionnaire et qui était surtout péritonéale. J'avais de plus constaté chez lui une phthisie pulmonaire latente que m'avaient révélée des signes physiques de l'ordre négatif : matité à la percussion, absence de murmure vésiculaire ; à l'auscultation : matité moins complète que celle de la pleurésie, absence de murmure vésiculaire coupée de temps en temps par le retentissement de quelques gros râles bronchiques ; mais je ne m'attendais certainement pas à trouver chez lui les lésions extrêmement étendues qui ont été observées à l'autopsie. Des lésions de la tuberculose rendaient le poumon droit presque complètement imperméable.

Le second de ces sujets, un voisin du premier, le n° 28 de la salle Ducros, avait les signes d'auscultation de la phthisie : souffle, gargouillement, craquements humides ; mais il avait aussi, il avait surtout les signes rationnels d'une néphrite, anasarque considérable, refroidissement persistant des extrémités, sans albumine dans les urines ; nous avions diagnostiqué une phthisie rénale en même temps que pulmonaire. L'autopsie a prouvé qu'il était atteint d'une belle tuberculisation des organes génito-urinaires. La phthisie pulmonaire, avec des lésions très-étendues, était chez lui moins encore larvée que dominée par la phthisie uro-génitale. Ici encore nous avons pu éviter l'erreur de diagnostic. Il n'en a pas été de même dans notre troisième cas.

Notre troisième sujet était cette vieille femme de soixante-seize ans qui a succombé ces jours derniers à la salle Sainte-Élisabeth avec les signes d'un catarrhe bronchique et surtout d'un catarrhe intestinal, plus un refroidissement et un œdème des extrémités qui indiquaient pour nous dans cette affaire la complicité du rein, au moins sous forme de rein sénile. Bref, cette pauvre vieille paraissait succomber comme beaucoup d'autres sous les coups combinés de l'âge et de la misère. Nous avons trouvé chez elle

ce que nous nous attendions à trouver : une entérite ulcéreuse et une atrophie rénale; plus, ce que nous ne nous attendions pas à trouver, une petite caverne tuberculeuse vers le sommet droit. Cette lésion tuberculeuse était ici trop limitée pour produire des signes rationnels, et ses signes physiques étaient masqués par ceux du catarrhe pulmonaire; c'est ce qui fait que cette petite phthisie latente et larvée à la fois, et sans doute plus encore larvée que complètement latente, a passé devant nous tout à fait inaperçue.

Enfin notre quatrième malade, le n° 30 de la salle Ducros, avait une phthisie laryngée où prédominaient l'aphonie de plus en plus complète et l'expectoration de plus en plus abondante. Les ronchus laryngiens retentissaient dans les poumons où ils couvraient les signes d'auscultation nés sur place; ils ne rendaient la phthisie ni latente ni larvée, mais ils ne permettaient pas de discerner ce qui, dans ce mélange, appartenait au poumon de ce qui provenait du larynx.

Indépendamment de l'intérêt qu'ils présentent dans leurs détails sur lesquels je ne puis insister en ce moment, ces quatre faits nous montrent quelques-unes des conditions qui peuvent rendre une phthisie latente et qui peuvent la rendre larvée, question éminemment pratique sur laquelle, à leur occasion, je crois devoir insister.

Latente au point de vue de ses signes physiques, une phthisie le devient dans deux conditions principales :

1° Quand elle est uniquement constituée par des granulations grises disséminées. La granulation grise ne produit par elle-même aucun signe physique; pour qu'elle en détermine, il faut qu'elle s'unisse à d'autres granulations grises en formant des noyaux et des masses, ou bien qu'elle soit assez rapprochée des autres pour qu'on en trouve un certain nombre accumulées dans un espace restreint. Alors, suivant leur degré d'accumulation, elles produisent, en obstruant les alvéoles et les dernières ramifications bronchiques, la respiration granuleuse et rude; en comprimant les petites bronches, les râles plaintifs et quelques râles sonores moins caractéristiques; enfin, par la compression des bronches et l'induration du poumon, le souffle bronchique.

2° Mais, quand les lésions de la phthisie se réunissent pour former de vastes masses caséeuses ou indurées, inégalement condensées sur leurs divers points, peu susceptibles par conséquent de transmettre à la paroi thoracique les sons qui s'arrêtent dans la profondeur des bronches, alors, comme dans le cas de granulations grises disséminées, on ne perçoit aucun bruit anomal, et de plus on ne perçoit aucun bruit normal. Il n'y a dans cette seconde espèce de phthisie latente non-seulement aucun signe positif d'auscultation comme dans la première, mais encore aucun signe d'auscultation. C'est une phthisie massive tout à fait analogue à la pneumonie massive et où l'absence de tout bruit anomal perçu par le médecin contraste avec la dyspnée très-intense éprouvée par le malade. Tel était le cas de notre n° 32.

Cette absence de signes d'auscultation ne doit être, d'ailleurs, le plus souvent, que temporaire. Quelques points de cette masse indurée se ramollissent, se vident et se mettent en communication avec l'arbre bronchique; de là, quelques gros râles, comme ceux que nous avons constatés ces derniers temps chez notre malade et dont la présence ne permettait plus guère de confondre cette phthisie, où le murmure vésiculaire fait défaut, avec certaines pleurésies.

D'ailleurs, les résultats de la percussion, résultats également de l'ordre négatif, sont là pour empêcher l'erreur. Il y a une grande diminution de la sonorité thoracique, une matité qui n'est cependant pas la matité absolue, complète, des vastes épanchements pleurétiques; elle peut être, d'ailleurs, comme chez notre malade, plus accusée à la partie moyenne qu'à la partie supérieure du thorax.

Vous le voyez, cette phthisie latente, au point de vue des signes physiques, ne l'est que pour ceux qui recherchent les signes positifs ordinaires de la phthisie : craquements, gargouillements, souffles; elle cesse de l'être pour le médecin qui tient compte des signes de l'ordre négatif : absence de murmure vésiculaire, diminution de la sonorité thoracique, et qui compare les signes entre eux pour baser son diagnostic.

A côté de ces états tout à fait latents, il y a dans la phthisie pulmonaire, toujours au point de vue des signes physiques, des états à demi latents, c'est-à-dire des cas où les signes de la phthisie sont réduits à une très-simple expression, alors cependant que les lésions pulmonaires de la phthisie sont très-graves et très-étendues.

Ne vous est-il pas arrivé, en auscultant un malade pour la première fois, de trouver chez lui une quantité de râles qui ressemblaient à de gros craquements humides? Vous auscultez ce même malade quelques jours ou quelques semaines après, et vous êtes agréablement étonné des changements survenus dans les signes d'auscultation; à peine quelques craquements là où vous en aviez trouvé beaucoup, une amélioration très-sensible qui vous fait espérer une guérison prochaine sur laquelle je vous engage à ne pas compter. Que s'est-il donc passé? Il y avait eu autour de la zone tuberculeuse et dans cette zone même une congestion ou une subinflammation dont les râles répercutés par des points indurés donnaient à l'oreille la sensation de craquements; il y avait eu audessous ou en arrière de la zone tuberculeuse une poussée de bronchite, et ces râles de bronchite, transmis par des parties infiltrées ou indurées, avaient simulé des craquements humides. Ces phénomènes avaient cessé avec la bronchite elle-même, mais la tuberculisation pulmonaire n'en avait pas moins continué son cours.

Dépourvue de congestion ou d'induration périphérique et de bronchite avoisinante, la tuberculisation du poumon, alors même qu'elle est arrivée à un ramollissement considérable, produit très-peu de signes d'auscultation. La plupart des râles qui l'accompagnent appartiennent à la congestion ou à la bronchite; la plupart des craquements humides appartiennent à la bronchite doublée d'induration pulmonaire; certains craquements secs ne sont que des frottements pleuraux, et les souffles ne sont le plus souvent que des bruits bronchiques transmis par le poumon solidifié. La tuberculisation pulmonaire, sans accompagnement d'inflammation du poumon, des bronches ou de la plèvre, est, de sa nature, au point de vue des signes physiques, une affection à demi latente, c'est-à-dire que la tuberculisation du poumon ne produit pas par elle-même la moitié des signes d'auscultation qu'on observe dans la phthisie.

Dans d'autres cas, toujours au point de vue des signes physiques, la phthisie pulmonaire, au lieu d'être latente, peut être larvée. Ses signes peuvent être masqués par ceux d'un catarrhe, par ceux d'un emphysème, par ceux d'une pleurésie, par ceux d'une laryngite, par ceux d'un engorgement ou d'une tuberculisation des ganglions. Les faits que je vous ai rappelés, et d'autres encore que nous avons sous les yeux, vous montrent comment ces phthisies peuvent être larvées.

Larvée ou masquée par un catarrhe, telle était la phthisie de la vieille femme que nous avons perdue à la salle Sainte-Élisabeth; je dis perdue, elle était bien tuberculeuse, mais elle est morte d'atrophie rénale et d'entérite chronique, comme beaucoup de vieillards, et son exemple tendrait à prouver que, si on peut être phthisique quand on est vieux, on ne meurt pas de phthisie quand on est vieux. Dans ces cas de catarrhe, les gros râles muqueux et les râles ronflants de la bronchite masquent les râles plus légers et moins sonores de la phymie, quand il n'arrive pas que, par la dilatation bronchique et par l'induration pulmonaire qui entoure cette dilatation, le catarrhe bronchique des vieillards fasse pire encore que de masquer la tuberculose, il la simule. Cette difficulté de diagnostic que produit pendant la vie la similitude des signes physiques peut même se continuer après la mort par la similitude d'aspect des cavités; rappelez-vous que chez notre vieille femme le diagnostic anatomique eût été lui-même difficile sans la présence de quelques tubercules au voisinage de la cavité. Il est cependant probable que nous serions arrivés au diagnostic en temps opportun si nous avions, comme c'est notre habitude dans les cas douteux, ausculté la malade avant et après l'avoir fait

tousser. Alors les râles du catarrhe disparaissent et les craquements de la phthisie persistent.

Masquée par l'emphysème, telle a été la phthisie d'un homme qui occupait récemment le nº 12 de la salle Ducros, et chez qui notre diagnostic, posé de bonne heure, a été confirmé, non par l'autopsie, mais par l'évolution ultérieure du mal. L'emphysème masque la phthisie de trois manières : 1º en compensant le signe de percussion, la matité, par la sonorité qu'il produit dans les points voisins de l'agglomération tuberculeuse ou de l'induration pulmonaire ; 2º en couvrant les signes d'auscultation, les craquements, par ses râles sibilants et ronflants, ou bien encore en les simulant dans les cas où, au voisinage même du sommet, il est arrivé à produire une dilatation bronchique avec induration pulmonaire d'où résultent de gros râles humides et rudes en même temps, tout à fait semblables aux craquements humides de la phthisie ; 3º enfin en entravant les signes rationnels ou généraux de la tuberculose par la lenteur d'évolution qu'imposent à la tuberculisation pulmonaire les conditions anatomiques dans lesquelles il place le poumon et par la lenteur d'évolution qu'impose à la phthisie l'influence diathésique, ordinairement arthritique, qui préside au développement de l'asthme. Je connais peu de diagnostics aussi difficiles que celui de la tuberculisation pulmonaire masquée par l'emphysème. Un bon moyen d'y arriver, c'est de percuter doucement et sur une petite surface à la fois, c'est-à-dire sur la dernière phalange d'un seul doigt, la région sous-claviculaire et les fosses épineuses, en particulier l'extrémité externe de la fosse sus-épineuse gauche ; il est rare qu'en procédant ainsi par une percussion symétrique on ne parvienne pas à découvrir dans la tuberculose masquée par l'emphysème des îlots de matité limitée. Pour l'auscultation, la règle est, à mes yeux, de répéter souvent l'exploration, parce que les signes de la bronchite emphysémateuse sont variables et que ceux de la tuberculisation sont relativement fixes.

Enfin, quant aux signes généraux, faites entrer en ligne de compte l'existence des uns, l'étendue des autres, l'intensité de certains et la nature de quelques-uns. L'existence des uns, comme la fièvre du matin et l'amaigrissement progressif, l'étendue des autres, comme la transpiration profuse, qui sont le plus souvent localisées dans la tuberculisation, généralisées dans l'emphysème ; l'intensité de certains, comme l'hémoptysie fréquente, mais très-peu abondante, dans l'emphysème, et la nature de quelques-uns, notamment des crachats, bien que la plupart des crachats de la phthisie proviennent du catarrhe concomitant.

Masquée par la pleurésie, telle est la tuberculisation pulmonaire chez notre nº 11 de la salle Ducros. Si vous auscultez et si vous percutez ce malade, vous ne trouvez chez lui que des signes de pleurésie : diminution du murmure vésiculaire, matité assez forte, suppression des vibrations thoraciques. Cependant ce malade est tuberculeux ; j'en veux pour preuves certains signes rationnels : amaigrissement, sueurs nocturnes, crachats plus ou moins caractéristiques ; j'en trouve encore la preuve dans l'excessive lenteur du mal, qui révèle l'influence de la diathèse tuberculeuse. Quant à l'auscultation minutieuse et à la percussion attentive des sommets, elle ne nous éclaire pas en pareil cas autant que vous pourriez le croire, car au sommet la pleurésie peut non-seulement masquer la pneumophymie, mais encore la simuler ; tel est le cas de cette pleurésie sèche du sommet qui produit des frottements fins et de la submatité dans les fosses épineuses, comme vous pouvez le constater chez le nº 14 de la salle Ducros, tandis que dans d'autres cas ces frottements donnent la sensation de craquements secs. Il est vrai que cette pleurésie du sommet sèche et par plaques est ordinairement produite, je ne dis pas par des tubercules périphériques, mais par la diathèse tuberculeuse dont elle peut être la première manifestation, de sorte que, si on se trompe alors en diagnostiquant des tubercules, on dit vrai en diagnostiquant une tuberculose.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 janvier 1882. — Présidence de M. Gavarret.

LECTURE

M. SURMAY, candidat au titre de membre correspondant national dans la section de chirurgie, lit une observation intitulée : **Chondromes très-volumineux de la paroi thoracique antérieure pénétrant dans le médiastin jusqu'au péricarde ; ablation ; guérison sans récidive après plus de treize ans écoulés.** — La tumeur, dont l'origine remontait à quatorze ans, était un peu plus grosse que la tête d'un enfant nouveau-né. Elle était appliquée sur le cinquième espace intercostal droit, près du bord correspondant du sternum. On pouvait imprimer quelques mouvements, extrêmement limités, à la partie de la tumeur saillante sur la base, mais cette base elle-même restait immobile. La forme en était globuleuse et mamelonnée ; la base, plus large que le sommet, recouvrait la cinquième côte et la sixième. La consistance était généralement celle du cartilage et même de l'os sur certains endroits. La peau glissait librement sur toute l'étendue de la tumeur ; elle avait sa couleur et son épaisseur normale, excepté sur le sommet, où elle était, par places, très-amincie, rouge et même quelque peu excoriée.

L'opération fut faite par M. le docteur Surmay le 14 décembre 1868. Incision cruciale et dissection des lambeaux cutanés. La plus grande partie de la base de la tumeur fut facilement détachée de la partie thoracique ; mais, arrivé à l'espace intercostal, il fallut couper dans la substance même de la masse. On vit alors qu'elle pénétrait dans l'espace intercostal, qu'elle remplissait entièrement dans une étendue de 7 à 8 centimètres à partir du sternum. Il fallut creuser l'espace intercostal, et on s'arrêta à une profondeur qui dépassait de 3 centimètres la face profonde des côtes, laissant ainsi une excavation, de 7 centimètres de longueur et d'une profondeur de 5 à 6 centimètres, dont le fond était encore formé de tissu morbide. Réunion par suture entortillée des lambeaux cutanés, en laissant une ouverture suffisante vis-à-vis de l'excavation, qui fut remplie avec de la charpie.

Pendant les trois semaines qui suivirent l'opération, on retira chaque jour des débris de tissu morbide, tantôt mortifiés, tantôt vivants et saignants.

Au bout de ce temps, l'excavation avait atteint 10 centimètres de profondeur à partir de la peau, et un matin on vit le pus qui la remplissait repoussé dehors par des pulsations isochrones à celles du cœur. Le doigt introduit jusqu'au fond de la plaie touchait le cœur, qui le repoussait à chaque systole. Le néoplasme avait donc *entièrement envahi l'espace intercostal, puis il avait repoussé la plèvre et pénétré dans le médiastin antérieur jusqu'au péricarde.*

L'excavation, débarrassée du reste du tissu morbide, se combla peu à peu. La guérison fut complète, et aujourd'hui, après plus de treize ans, il n'y a pas eu de récidive.

RAPPORT

Vaccin de la Gironde. — **M. HERVIEUX** vient rendre compte des expériences qui ont été faites avec le vaccin de la génisse adressée à l'Académie par M. Dubreuil, de Bordeaux.

Voici les conclusions :

1º Cette génisse portait au voisinage des trayons une trentaine de pustules qui offraient, au quatrième et au cinquième jour de leur développement, les caractères de la vaccine légitime ;

2º La matière extraite de ces pustules, soit par piqûre avec une lancette, soit par expression avec des pinces, et inoculée soit à des génisses, soit à des enfants, a donné lieu à une pustulation complètement identique à celle de la vaccine normale ;

3º Sauf un très-petit nombre d'exceptions, les inoculations ont produit autant de résultats positifs qu'il y a eu d'enfants vaccinés, et, à peu de chose près, que de piqûres ;

4° La transplantation du vaccin de la génisse de Bordeaux sur les génisses achetées par nous a été suivie d'un succès complet, puisque nous avons eu sur chacune d'elles autant de pustules réussies que d'incisions;

5° Nous avons pu ainsi substituer complètement le vaccin de la Gironde à notre vaccin officiel, aussi bien pour la série de nos samedis que pour celle de nos mardis;

6° L'étable de M. Chambon, qui dessert tous les hôpitaux de Paris, a pu également renouveler son vaccin animal et favoriser ainsi la propagation dans notre cité du vaccin de la Gironde;

7° En raison de ces faits, le vaccin de la Gironde mérite d'être classé parmi les vaccins les plus renommés (le vaccin de 1836, dit de Passy, et le vaccin de 1866, dit de Beaugency).

DISCUSSION

M. BOULEY demande à M. Hervieux s'il attache à l'expression de cow-pox spontané l'idée d'une spontanéité véritable.

M. HERVIEUX répond qu'il ignore si la vache atteinte de cow-pox a été en rapport avec des chevaux atteints de horse-pox.

M. LEBLANC dit que M. Dubreuil s'est assuré qu'il n'existait pas de chevaux atteints du horse-pox dans le village dont il s'agit.

M. BOULEY rappelle qu'il serait toujours très-facile de se procurer de nouveau vaccin au moyen du horse-pox, maladie commune.

M. HERVIEUX. Cette expérience a été faite à l'Académie assez récemment, et les résultats de l'inoculation du horse-pox transformé étaient tout à fait analogues à ceux de l'inoculation du vrai cow-pox. Sur les vaches les pustules sont toujours plus larges que sur l'enfant.

L'Académie se forme en comité secret.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1882.

14. M. CASTANEDA. Des kystes du ligament large. — 15. M. CATOIS. Étude sur le sycosis. — 16. M. MOURIEY. Des kystes de la grande lèvre et de leur traitement par la ligature élastique. — 17. M. CAYLA. Ovariotomie pendant la grossesse. — 18. M. COLOMBE. De l'aphasie. — 19. M. BUJEAU. Essais sur les épanchements traumatiques de sérosité sous-aponévrotiques et profonds.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

Appareils orthopédiques de MM. Rainal frères (1)

V

IMMOBILISATION DE L'ARTICULATION COXO-FÉMORALE. ATTELLE EN T DU DOCTEUR VERNEUIL. — Cette attelle (fig. 26) est composée d'un treillis de fil de fer souple et résistant en forme de T, la grande branche forme l'attelle externe et les petites branches recourbées se moulent sur le bassin: les bandes destinées à former spica sont ensuite appliquées.

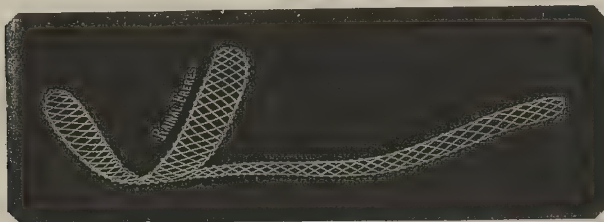


Fig. 26.

FRACTURES DU COL DE L'HUMÉRUS. (Fig. 27). — Cette gouttière embrasse le membre depuis les doigts jusqu'au dessus du moignon de l'épaule, de façon à obtenir une solidité de rapport indispensable en pareil cas. Elle est applicable aussi dans les fractures de la clavicule et dans celles qui avoisinent le coude, dès qu'il est nécessaire de s'opposer à un chevauchement. On peut obtenir l'extension au moyen d'un treuil fixé à un prolongement de la gouttière brachiale.

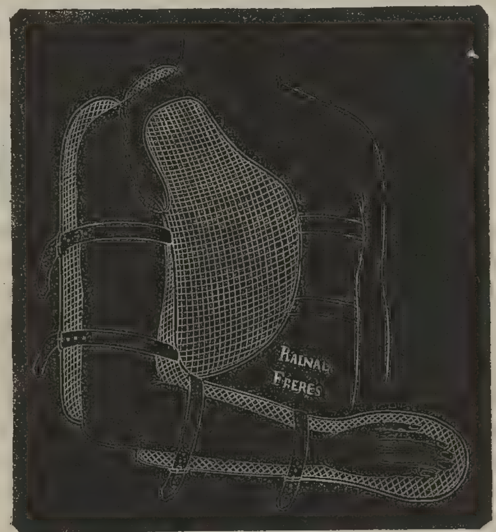


Fig. 27.

FRACTURES DU BRAS A LA PARTIE SUPÉRIEURE ET INFÉRIEURE. — Ces gouttières, fig. 28 et 29, représentées non garnies, sont destinées à contenir les fractures des membres supérieurs; ces derniers, enveloppés de bandes, sont placés dans la gouttière qui remplace avantageusement les attelles; le remplissage se fait avec de la ouate, à moins qu'on ne les demande garnies.

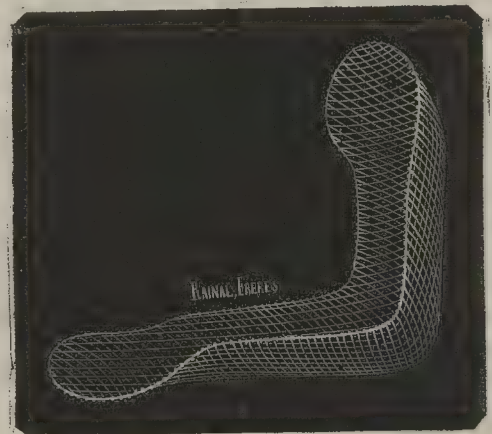


Fig. 28.

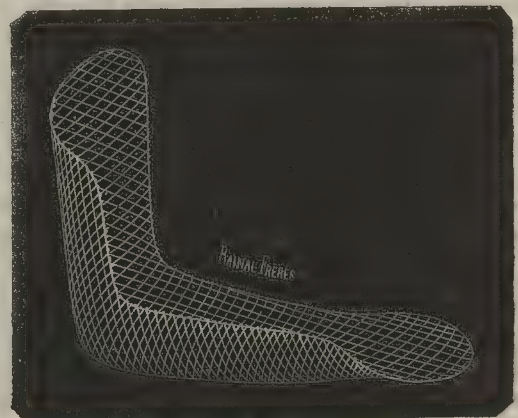


Fig. 29.

(1) Suite. — Voir le numéro du 23 juillet 1881.

ATTELLES EN TOILES MÉTALLIQUES. (Fig. 30, 31 et 32.) — On emploie ces attelles pour maintenir les membres dans les cas de

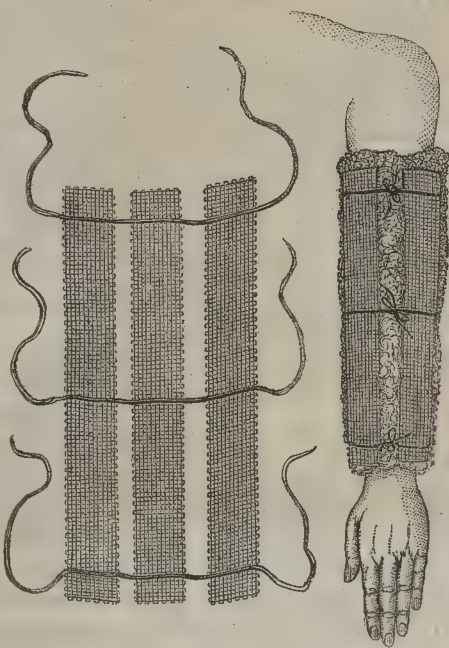


Fig. 30. Fig. 31. Fig. 32.

fracture. La flexibilité de ces appareils permet de leur faire prendre la forme que l'on veut leur donner.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel en date du 23 janvier 1882, il est institué près le ministère de l'Instruction publique une commission des laboratoires de physiologie et de zoologie maritimes.

Cette commission préparera un règlement fixant les conditions dans lesquelles seront admis à travailler les savants et les élèves étrangers aux laboratoires, et déterminant les formalités à remplir pour obtenir l'envoi d'animaux destinés à servir de sujets d'expériences. Elle donnera son avis sur toutes les questions qui lui seront soumises relativement aux laboratoires de physiologie et de zoologie maritimes.

La commission est composée comme il suit : président, M. le ministre ; vice-président, M. le directeur de l'enseignement supérieur ; membres, MM. les membres de l'Institut : Berthelot, Duchartre, de Lacaze-Duthiers, Milne-Edwards et Robin ; MM. les professeurs au Muséum : Bureau, Perrier et Pouchet ; MM. Prillieux et Regnard, professeurs à l'Institut agronomique.

— M. le docteur E. Le Juge de Segrais est nommé médecin de l'École des hautes études commerciales.

— Un concours pour la nomination à deux places d'élèves internes aux hospices d'Orléans s'ouvrira le lundi 30 janvier 1882, dans la salle de l'amphithéâtre de l'Hôtel-Dieu.

Les candidats devront se faire inscrire au moins deux heures avant les examens au secrétariat des hospices de cette ville, et justifier d'un service comme externe dans un hôpital.

La durée de l'internat est de deux années.

— La Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle vient de composer son bureau pour 1882 de la manière suivante : président d'honneur, M. Bouchardat ; président, M. Brouardel ; vice-présidents, MM. Durand-Claye, Henri Liouville, Vallin et Vidal ; secrétaire général, M. Napias ; secrétaire général adjoint, M. A.-J. Martin ; trésorier, M. Thévenot ; archiviste-bibliothécaire, M. Marchal ; secrétaires, MM. Keraval, Picqué, Gaston Trélat et Vibert. — La Société tient ses séances publiques le quatrième mercredi de chaque mois, 3, rue de l'Abbaye, à huit heures et demie du soir.

— M. Legrand du Saulle, médecin de la Salpêtrière, commencera un cours public sur les maladies mentales, avec applications à la médecine légale et à la pratique professionnelle, le dimanche 29 janvier 1882, à neuf heures et demie du matin, au grand amphithéâtre de la Salpêtrière, et le continuera les dimanches suivants, à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 12302.

N° 12. — SAMEDI 28 JANVIER 1882. 55e ANNÉE. SAMEDI 28 JANVIER 1882. — N° 12.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES



Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Épanchements sanguins intracraniens consécutifs au traumatisme.

A propos de plusieurs cas de commotion cérébrale rapportés dans cette Revue, et notamment de divers faits que nous avons empruntés au service de la clinique chirurgicale de la Charité, nous avons rappelé les difficultés qui subsistent encore, malgré les progrès récents en matière de localisations cérébrales, sur le diagnostic des épanchements intracraniens. On connaît à cet égard le sentiment de M. le professeur Gosselin.

Pour lui, l'épanchement sanguin, soit entre la dure-mère et les os, soit entre la dure-mère et la substance grise cérébrale, a très-rarement des symptômes qui lui soient propres et qui permettent nettement d'en établir le diagnostic. M. Gérard Marchant, dans un très-important travail que nous avons sous les yeux (1), s'est proposé de démontrer que beaucoup d'épanchements sanguins peuvent être reconnus sur le vivant. Il y a, dit-il, indépendamment de la perte de connaissance et du sentiment, deux symptômes communs aux épanchements sanguins intracraniens, l'hémiplégie et le stertor. M. Marchant ne prétend pas que ces symptômes soient constants; mais, lorsqu'ils se montrent chez un blessé, ils acquièrent une grande importance au point de vue de l'existence d'une compression cérébrale; ils en sont, en quelque sorte, avec la perte de connaissance et de sentiment, les trois manifestations fonctionnelles.

Toutefois il est bon d'ajouter que les épanchements sanguins intracraniens ne se traduisent cliniquement que lorsqu'ils sont assez étendus pour produire de la compression; des épanchements peu étendus peuvent très-bien ne donner lieu à aucun symptôme et, par conséquent, passer inaperçus.

La notion de l'existence d'un épanchement sanguin intracranien étant acquise, reste à en déterminer le siège.

(1) *Des épanchements sanguins intracraniens consécutifs au traumatisme*, par M. le docteur Gérard Marchant. Broch. in-8°. 1881.

Pour résoudre cette question, nous allons suivre M. Marchant dans l'étude des diverses conditions où s'effectuent ces épanchements.

Les plus fréquents de tous, les épanchements extra-dure-mériens, dus à des ruptures de l'artère méningée moyenne, peuvent se produire dans deux conditions différentes : 1° sans plaie des parties molles; 2° avec solution de continuité.

Dans la première de ces conditions, les blessés présentent comme signes locaux : un œdème diffus de la région temporo-pariétale, une douleur à la pression dans cette même région, qui les réveille de leur torpeur, une ecchymose franche ou une teinte ecchymotique diffuse apparaissant au bout de quelques heures après l'accident, tantôt dans la région mastoïdienne, tantôt dans la région faciale inférieure; comme signes ou troubles généraux, le stertor, l'hémiplégie. Lorsque l'épanchement s'accompagne de plaie des parties molles, cette dernière circonstance facilite considérablement le diagnostic, Le point où a porté le traumatisme, le maximum de la douleur provoquée, la tendance de l'ecchymose à envahir ou les parties antérieures, ou les parties postérieures de la région faciale, ces diverses données, rapprochées des rapports connus des branches de l'artère méningée moyenne avec la calotte cranienne, peuvent permettre de rapporter la source de l'épanchement à telle ou telle des branches antérieure ou postérieure de cette artère.

Il n'est pas impossible, non plus, de diagnostiquer les épanchements extra-dure-mériens dus à des lésions du sinus. En se basant sur l'observation attentive du siège de la blessure, sur l'os intéressé par la fracture, sur les points envahis par la tuméfaction et l'ecchymose, on peut arriver à ce diagnostic.

Autant M. Marchant s'est montré affirmatif pour attester la possibilité du diagnostic des épanchements sanguins extra-dure-mériens, autant il se montre réservé pour établir les symptômes des autres variétés d'épanchements sanguins. En dehors des notions générales formulées sur la compression cérébrale et qui s'appliquent à tous les épanchements intracraniens, il ne pense pas qu'il soit possible encore d'étayer une symptomatologie propre aux épanchements intra-dure-mériens, pie-mériens, interstitiels ou ventriculaires.

Le diagnostic de la transformation purulente d'un épanchement sanguin intracranien est quelqufois possible : il est même facile dans les cas de fracture du crâne ouverte, mais il est très-problématique lorsqu'il n'existe pas de plaie permettant la constatation directe.

Le pronostic de ces épanchements est toujours fort grave; dans la presque-totalité des cas l'issue est fatale dans les trois jours qui suivent l'accident.

Un traitement chirurgical rationnel est naturellement inséparable d'un diagnostic exact. N'ayant admis la possibilité du diagnostic que dans les épanchements extra-dure-mériens seulement (ruptures des vaisseaux méningés moyens ou des sinus), c'est à ces épanchements seuls que M. Marchant applique les considérations thérapeutiques que nous allons résumer.

Les indications thérapeutiques fournies par la notion d'un épanchement dû à des lésions des vaisseaux méningés moyens, sont : 1° supprimer la compression cérébrale assez intense pour devenir mortelle, à cause de son volume et de l'étendue du caillot; 2° s'opposer à l'écoulement du sang qui prend sa source dans la déchirure artérielle ; 3° enlever les esquilles qui, portant leur action au-delà de la zone artérielle déchirée, peuvent agir sur la dure-mère dont l'irritabilité amène des troubles réflexes et sur les régions motrices du cerveau.

L'intervention chirurgicale est loin d'être toujours indiquée, bien que dans quelques cas, cependant, qu'on trouvera rappelés dans ce travail, elle ait donné de bons résultats.

« Dans certains cas de fracture de crâne avec plaie, et chez l'enfant, dit M. Marchant, en raison de l'adhérence de la dure-mère aux os du crâne, de la tendance du sang à s'échapper à l'extérieur et à constituer une hémorrhagie externe, extracranienne, en raison encore de la position de l'artère méningée moyenne qui reste superficielle et de sa section nette, l'intervention chirurgicale (trépanation, ligature) a quelques chances de succès. Chez l'adulte et le vieillard, le trépan est impuissant dans la majorité des cas. »

Les motifs qui rendent le trépan impuissant sont les suivants : 1° le volume de l'épanchement (plusieurs centimètres de diamètre), l'impossibilité non d'arriver sur une aussi large surface, mais de retirer sans complications septicémiques, et surtout sans irritation méningo-encéphalique, des caillots volumineux, à organisation fibrillaire rapide, qui sont d'ailleurs le meilleur hémostatique; 2° la difficulté, une fois le caillot enlevé, de retrouver la source hémorrhagipare et la nécessité d'opérer sur une artère souvent refoulée avec la dure-mère décollée à plusieurs centimètres en dedans de la paroi cranienne; enfin la coexistence fréquente, presque constante, pourrait-on dire, de contusion cérébrale par contre-coup dans l'un des points opposés à la fracture.

Hydrocèle enkystée du cordon.

Dans le même service de clinique de M. Gosselin, à la Charité, suppléé en ce moment par M. Berger, il s'est présenté plusieurs cas intéressants d'affections chirurgicales des organes génitaux urinaires, parmi lesquels M. Berger a particulièrement signalé le suivant, qui n'a pas laissé que de présenter l'intérêt qui s'attache toujours à un diagnostic difficile.

Un jeune homme, actuellement couché au n° 17 de la salle Sainte-Vierge, s'est présenté, il y a quelques jours, à la consultation pour demander un bandage dont l'usage lui avait été conseillé par un médecin qui avait cru reconnaître chez lui une hernie inguinale. M. Berger, ayant examiné ce malade, constata, en effet, l'existence d'une tumeur dans le scrotum du côté gauche. Mais cette tumeur, globuleuse, était irréductible et ne subissait aucun accroissement par la toux ou tout autre effort portant sur les parois abdominales. De plus, en interposant la tumeur entre une vive lumière et l'œil de l'observateur, celui-ci constatait, de la manière la plus manifeste, la transparence.

Bien qu'à la rigueur une hernie puisse se compliquer d'hydrocèle et que le diagnostic de l'une de ces affections ne soit par conséquent pas exclusif de l'autre, le rapprochement de ces deux circonstances très-nettes, l'irréductibilité d'une part, la transparence de l'autre, ne laissait guère de place à l'hésitation.

Les commémoratifs concordent d'ailleurs très-bien, comme on va le voir, avec l'idée d'une hydrocèle. On apprend, en effet, de ce jeune garçon, qu'il y a quatre ans il s'est aperçu d'une petite grosseur dans le scrotum, grosseur mobile, située tantôt à la partie supérieure du scrotum, tantôt plus bas; il ne souffrait pas, et, à cette époque, on a constaté que son testicule droit n'était pas encore descendu dans les bourses. Les choses sont restées en cet état pendant environ trois ans et demi, sans que le jeune garçon y ait fait lui-même attention. Ce n'est que dans ces derniers temps, il y a quelques semaines seulement, qu'il a remarqué que la petite tumeur mobile, flottant au-dessous de la région inguinale à la racine des bourses, avait pris sa place normale dans le scrotum. La migration du testicule s'était accomplie. En même temps s'était développée la tumeur prise jusqu'alors pour une hernie. Cette tumeur était assez volumineuse, ovoïde, bosselée, rénitente, élastique et très-nettement fluctuante, sans modification dans la coloration de la peau, qui paraissait seulement amincie. Elle était nettement limitée en haut par l'anneau inguinal. Dans la portion inférieure du scrotum on percevait distinctement la présence d'un petit corps dur dont la pression provoquait la sensibilité si spéciale que produit la pression du testicule. C'était manifestement le testicule récemment descendu.

Nous venons de dire que l'on se trouvait là évidemment en présence d'une hydrocèle; mais de quelle variété d'hydrocèle ? On n'avait pas affaire à une hydrocèle de la tunique vaginale, car le testicule n'était pas englobé dans la poche contenant le liquide ; il était en dehors de la poche, parfaitement distinct et isolable.

Était-ce une hydrocèle congénitale ? Pas davantage : une hydrocèle congénitale serait réductible, et elle ne l'est pas. De plus, elle devrait contenir le testicule, et on vient de voir que le testicule est tout à fait isolé en dehors et en bas de la tumeur.

S'agirait-il là d'une accumulation de liquide dans un sac séparé du sac herniaire primitif ? Il aurait fallu pour cela qu'il y eût eu anciennement une hernie, ce qui ne paraissait pas être le cas ici.

Élimination faite de chacune de ces hypothèses, M. Berger a examiné s'il ne s'agirait pas là d'un de ces kystes épididymiques décrits par Curling ou d'un de ces kystes à spermatozoïdes qui ont été l'objet d'une étude spéciale de la part de M. Gosselin dans un mémoire publié en 1848, ou enfin d'une de ces variétés de kystes qui se développent aux environs du testicule, dans le corps de Wolf, indiquées par Giraldès. Plusieurs raisons lui ont fait également rejeter ces dernières. La première raison, c'est qu'on ne connaît pas d'exemple où ces sortes d'hydrocèles se soient développées aussi rapidement que cela a eu lieu ici; la deuxième est que jamais, dans ces divers cas, la tumeur n'atteint un volume aussi considérable que celui de la tumeur qu'on a là sous les yeux.

L'idée d'une dernière variété, plus commune que les précédentes, se présentait enfin à l'esprit : c'était celle qui est connue sous le nom d'hydrocèle enkystée du cordon, dénomination défectueuse en ce qu'elle peut entraîner quelquefois la confusion. Ce que l'on désigne, en général, sous ce nom, est un kyste unique, circonscrit, dur, ayant la consistance d'une bille d'ivoire. C'est bien d'un cas de ce genre qu'il s'agit ici, mais d'un cas qui se présente dans des conditions exceptionnelles, tout à fait rares. Le kyste du cordon, ordinairement petit et dur, a acquis en peu de temps, chez ce malade, un volume considérable. On trouve un exemple semblable dans Curling. La même erreur avait été commise dans le cas qu'il rapporte; on avait cru aussi à une hernie. Curling, appelé à voir le malade, montra qu'il ne s'agissait pas d'une hernie, mais d'une hydrocèle aiguë du cordon. Comme dans le cas présent, dans le cas rapporté par Curling, la tumeur avait aussi pris un accroissement rapide, sous l'influence de la migration brusque du testicule, ayant agi à la manière d'un traumatisme.

En résumé, il s'agit bien ici d'une tumeur kystique contenant un liquide séreux développée sur le trajet du cordon et dont le développement se rattache à la descente du testicule dans le scrotum.

Quel est le pronostic à porter? Il y a peu d'espoir d'obtenir la résolution. La tumeur, livrée à elle-même, n'a pas cessé de s'accroître. Il y a donc indication d'intervenir, soit par l'évacuation simple de la tumeur, soit par l'évacuation suivie de manœuvres capables d'amener l'oblitération du kyste. A quelque procédé que l'on s'arrête, et surtout si l'on se détermine à faire suivre l'évacuation d'une injection irritante, il faudra agir avec prudence et prendre les précautions nécessaires pour empêcher la pénétration du liquide injecté dans la cavité péritonéale, une communication pouvant persister encore entre les deux cavités par un petit pertuis, bien qu'on ne parvienne pas, par les pressions exercées sur la tumeur, à faire refluer le liquide dans la cavité abdominale. C'est à ce dernier parti que s'est arrêté M. Berger.

Kyste hydatique du foie.

A l'occasion du fait de kyste hydatique du foie, dont nous avons parlé dans notre Revue du 7 janvier, et de la tentative de traitement par l'électrolyse qui a été faite par M. Dujardin-Beaumetz à l'hôpital Saint-Antoine, notre savant confrère nous a adressé la rectification suivante :

« Permettez-moi, dit-il, de relever une légère erreur qui s'est glissée dans cet article, où l'on dit que le malade a quitté mon service à cause des douleurs provoquées par l'électrolyse. Il n'en est rien : l'opération, au contraire, a été bien supportée et très-peu douloureuse, et, si cet homme a quitté mon service, c'est qu'il trouvait que la méthode était trop longue pour obtenir sa guérison. Il voulait, disait-il, « qu'on lui ouvrît de suite le ventre » ; à l'appui de cette opinion, il invoquait d'ailleurs d'excellents motifs, c'est qu'il était chargé de famille et ne pouvait rester longtemps à l'hôpital.

« Si je me permets d'insister sur ce point, ajoute M. Beaumetz, c'est que cette crainte de la douleur déterminée par l'électrolyse pourrait éloigner d'autres de mes confrères de cette opération que je considère comme excellente et qui, je le répète, est très-peu douloureuse. Chez ce malade, en particulier, où, par trois fois, j'ai introduit trois aiguilles à électropuncture et par lesquelles j'ai fait passer, pendant cinq minutes, le courant positif, je n'ai provoqué qu'une sensation de cuisson, au niveau de l'électrode négative placée sur la cuisse, et les trois séances n'ont été suivies que d'une réaction fébrile très-peu marquée. »

Nous donnons acte à M. Beaumetz du bien-fondé de la rectification qu'il nous a demandée, et nous le remercions des quelques renseignements utiles qu'il a bien voulu y ajouter.

Il y a eu évidemment un malentendu. Nous avions très-fidèlement reproduit ce qu'avait dit à ce sujet M. le professeur Richet lorsqu'il a entretenu pour la première fois son auditoire de ce malade; mais l'éminent professeur avait été lui-même induit en erreur par les renseignements assez vagues et assez peu précis que celui-ci lui avait d'abord donnés. Invité à s'expliquer de nouveau catégoriquement devant nous, sur ce ce point et sur les véritables motifs qui l'avaient déterminé à quitter l'hôpital Saint-Antoine pour entrer à l'Hôtel-Dieu, il a très-nettement déclaré que les trois opérations d'électrolyse que lui avait pratiquées M. Dujardin-Beaumetz n'avaient pas été véritablement douloureuses en elles-mêmes, que le seul temps de l'opération qui lui avait paru un peu douloureux était l'extraction des aiguilles après chaque séance d'électrolyse. Cette déclaration est conforme, du reste, à ce qui a été constaté dans la plupart des opérations de ce genre faites dans ces derniers temps pour les anévrysmes. Mais, a ajouté le malade, ce n'était pas là le motif qui lui avait suggéré le désir de cesser ce traitement pour aller en réclamer ailleurs un autre, mais bien la crainte de voir ce traitement se prolonger et le désir d'en finir plus vite par une opération qu'il jugeait devoir être plus prompte dans ses effets, pressé qu'il était de rentrer dans sa famille. C'est sur ce désir du malade que M. Beaumetz a consenti lui-même, quoique à regret, à ne pas poursuivre cette tentative de traitement, qu'il espère, d'ailleurs, avoir l'occasion de reprendre sur d'autres malades. Il a d'autant plus sujet d'être encouragé à reprendre cette tentative, que, chez le malade dont il s'agit, ces trois premières séances, quoique insuffisantes, ont déjà eu pour premier effet utile de déterminer des adhérences qui faciliteront l'emploi des moyens qui vont être mis en œuvre.

Samedi dernier, M. Richet a opéré ce malade. Voici dans quelle situation il se trouvait : On se rappelle que la ponction explorative faite le 10 décembre dernier avait donné issue à environ 250 grammes de liquide citrin, dans lequel on a trouvé des crochets et couronnes d'échinocoques. La poche du kyste vidée s'est peu à peu remplie de nouveau, et elle se trouvait avoir acquis de nouveau à peu près le volume qu'elle avait alors. Elle était dure, presque d'une apparence solide, sans fluctuation appréciable, ou du moins avec une fluctuation très-obscure, par suite de l'épaississement des parois du kyste déjà constaté lors de la première ponction. Enfin elle était fortement adhérente à la paroi abdominale. De plus, elle était devenue plus sensible et même douloureuse à la pression. Il s'y était fait évidemment depuis cette époque un travail d'inflammation. C'est ce qu'a démontré en effet la nouvelle ponction, qui a donné issue à un liquide manifestement purulent. M. Richet s'est déterminé immédiatement à introduire et à maintenir à demeure dans le kyste la canule dont se sert M. Boinet pour le traitement des kystes de l'ovaire. Des injections iodées seront faites; nous ferons connaître les résultats ultérieurs et définitifs de ce traitement.

HOPITAL DE LA CLINIQUE. — M. Depaul.

Des soins à donner pendant le travail de l'accouchement.

I

Le médecin qui est appelé auprès d'une femme pour l'accoucher la connaît déjà généralement depuis un certain temps, et, ainsi que la chose est nécessaire, il a eu le plus souvent l'occasion de la questionner et de l'examiner au moins un ou deux mois auparavant.

Cependant il est des cas où, soit par l'absence de l'accoucheur ordinaire, soit par mobilité dans les idées de la femme ou du mari, vous vous trouverez appelé tout-à-coup au dernier moment aux lieu et place de votre confrère. Je ne vous ferai pas ici à ce sujet un cours de déontologie médicale; vous éviterez, bien entendu, par votre manière de vous conduire avec lui, tout ce qui pourrait être un sujet de froissement, en ayant soin de dire d'abord que vous ne restez que jusqu'à l'arrivée de votre confrère. Dans cet hôpital même où nous sommes, Cloquet ne terminait jamais une leçon sans un chapitre de déontologie.

Donc, vous arrivez, je suppose, auprès d'une femme qui vous est absolument inconnue; vous vous présentez modestement, timidement même, surtout au début de votre pratique. La femme, pour laquelle vous êtes appelé, vous déclare qu'elle est enceinte. C'est très-bien, mais, malgré son dire, votre premier devoir est de vous en assurer par le palper, le toucher, l'auscultation, etc., car la femme parfois peut se tromper de très-bonne foi. J'en parle sciemment, le fait m'est arrivé.

Il ne s'agit pas de faire comme autrefois certain médecin d'une grande réputation qui, appelé auprès d'une femme pour l'accoucher, passa deux jours et deux nuits auprès d'elle. Il disait sentir parfaitement la tête, il décrivait même les fontanelles antérieure et postérieure. Cependant rien ne se terminait, le travail ne faisait aucun progrès, et, le troisième jour au matin, la femme inquiète demandait une consultation, et Paul Dubois était mandé. Or il se trouvait — heureusement pour notre confrère — que Paul Dubois avait déjà vu cette jeune femme au début de sa grossesse, à trois et à cinq mois, et après examen avait déclaré par écrit la dernière fois qu'elle était enceinte de cinq mois. De sorte que notre confrère, s'en rapportant à l'autorité du maître, n'avait jamais douté de l'existence d'une grossesse. Or, dès que Dubois eût examiné cette femme, soi-disant en travail depuis plus de deux jours, il déclara qu'elle n'était nullement enceinte, C'est alors que le mari, ouvrant un tiroir de son secrétaire, présentait à Dubois, qui confessa volontiers son erreur, la note qu'il avait écrite quatre mois auparavant.

A moi-même le fait s'est présenté trois ou quatre fois pendant le cours de ma carrière. Un jour, il y a de cela douze ou quinze ans, Louis, qui fut toujours très-bienveillant pour moi, m'écrivit pour me demander d'aller voir une de ses clientes enceinte, qui désirait être accouchée par moi. Je me rends auprès de cette femme, mariée depuis quinze ans environ, âgée de trente-sept ans, et qui n'avait jamais eu d'enfants. Je l'interroge, elle déclare sentir remuer l'enfant, je palpe et je ne trouve rien, absolument rien. Je touche et je sens un col dur, un utérus petit, mobile; la femme me dit avoir du lait, j'examine les seins, je trouve en effet un peu de sécrétion lactée. Le ventre est gros, mais sa tuméfaction est due à un embonpoint considérable dont le début remonte à sept ou huit mois environ. J'évite cependant de me prononcer, et, prétextant une autre malade à voir, je promets de revenir dans quelques instants, et je cours à l'Hôtel-Dieu prévenir Louis du résultat de mon examen. Il me répond qu'il n'a pas examiné la malade et qu'il s'en est rapporté à son dire. Je retourne donc chez elle lui dire franchement qu'elle n'est pas enceinte. Mais cette femme de se récrier qu'elle sent parfaitement remuer l'enfant dans son ventre, etc. Je me retire honni par cette femme qui, quelques mois plus tard, venait me trouver pour m'assurer qu'en effet elle n'avait jamais été grosse.

Une autre fois, ce fut une jeune femme que je refusai de considérer comme enceinte, de même que mon collègue des hôpitaux, M. Tarnier. Cependant, un certain jour, elle me fait appeler en hâte sous prétexte qu'elle va accoucher; j'arrive, à mon corps défendant; je trouve une femme assise sur son lit, les cuisses écartées, poussant et gémissant comme en plein travail : son examen rapide me prouvant que ce n'est là qu'une comédie, je soutiens qu'elle n'est point enceinte et je me retire, lorsque tout-à-coup, au moment de fermer la porte derrière moi, elle me rappelle et s'écrie : « Il faut donc en prendre mon parti, je ne suis donc pas enceinte, oh! docteur, promettez-moi de n'en pas parler, mais faites-moi le plaisir de dire que je viens de faire une fausse couche. » J'y ai consenti. Eh bien, cette femme ne s'en est pas tenue là, et, poussant les choses jusqu'à la plus extrême limite, elle a eu l'aplomb de faire venir les pompes funèbres, de commander une petite bière, et, d'accord avec sa femme de chambre qui était sa complice, elle a rempli le cercueil de chiffons et l'a fait porter au cimetière. Le mari était-il dupe de la comédie? je le croirais volontiers. Toujours est-il que, pour son concierge, pour toute la maison, pour ses amis, pour son entourage, elle tenait absolument à avoir fait une fausse couche. C'est ainsi qu'elle se condamna au lit et à la chambre pendant un certain nombre de jours.

Mais je reviens à mon sujet; n'affirmez jamais qu'une femme est en travail, quels que soient ses dires, que lorsque vous en êtes parfaitement certain, et rappelez-vous que, sous l'influence d'une imagination déréglée, il y a des femmes qui poussent et qui crient comme si elles accouchaient réellement. J'ai vu ainsi la femme d'un négociant de ce quartier, que j'avais déjà accouchée plusieurs fois, m'envoyer chercher au plus vite par son mari. Mais, dis-je, elle a encore un mois à attendre. J'y cours néanmoins, cette femme criait à mon arrivée comme elle ne l'avait jamais fait auparavant. Ces cris exagérés ne laissèrent pas de me surprendre; l'examinant avec soin, j'en trouvais bientôt la raison dans des coliques hépatiques. Le col était long, fermé; je ne découvrais rien du côté de l'utérus. Du reste, le médecin ordinaire, avec lequel je me trouvais quelques heures plus tard, reconnaissait comme moi que nous avions affaire à une lésion passagère du foie. Cette femme accoucha à terme, normalement, un mois plus tard.

Il existe aussi quelquefois des douleurs utérines exagérées ainsi, soit par une indisposition, soit par des coliques intestinales, qu'une médication appropriée calme assez rapidement.

Il faut donc bien s'assurer que la femme est en travail, que l'utérus est dur, plus saillant, qu'il se contracte, enfin que les douleurs siègent dans le bas-ventre et dans les reins, etc.

Un autre fait important à connaître, c'est si la femme est à terme ou non, car, si elle n'est pas arrivée à ses neuf mois, le devoir du médecin est d'empêcher autant que possible

un accouchement prématuré. Dans certains cas, il peut y parvenir, alors même que le travail est commencé, par le repos, par le laudanum à l'intérieur en lavements et à l'extérieur.

Lorsqu'il est bien constaté que la femme est enceinte, le devoir du médecin est de reconnaître s'il est en face d'une bonne présentation, d'une bonne position, de reconnaître aussi si le bassin est bien conformé pour l'accouchement quant au squelette surtout, quant aux parties molles également. Vous voyez par là la nécessité d'un examen de la femme par les trois modes que je vous ai indiqués : le palper abdominal, le toucher vaginal et l'auscultation.

Telle est la conduite que vous avez à tenir lorsque vous serez appelé à accoucher une femme qui vous est inconnue.

Je dois ajouter quelques mots quant aux objets indispensables au médecin qui va faire un accouchement. Ce sont : 1° un stéthoscope, l'oreille ne suffisant pas toujours ; 2° une sonde de femme, nécessaire parfois pendant le travail en cas de rétention d'urine ; 3° un forceps, l'instrument sauveur, qui rend les plus éminents services ; 4° tous les objets nécessaires à l'enfant en cas d'asphyxie : eau chaude, eau froide, eau-de-vie, tube laryngé, etc.

Le mot de forceps me rappelle certaine aventure par laquelle je terminerai cette leçon.

Il y a vingt-cinq ou vingt-six ans, appelé auprès d'une jeune femme du monde, j'arrivais sans forceps ; le travail se faisait naturellement, et tout semblait indiquer que les choses se passeraient le plus heureusement du monde, lorsque tout à coup survinrent des attaques d'éclampsie. La dilatation du col était complète, la tête était contre le périnée, et le travail était tellement avancé que, si j'avais eu un forceps, l'accouchement eût été de suite terminé.

J'étais fort anxieux lorsque je me rappelai avoir vu en montant l'escalier de la maison une plaque de médecin accoucheur. J'écrivis aussitôt quelques mots sur ma carte de visite et priai le mari de la faire porter par l'un des domestiques chez mon confrère, lui demandant de vouloir bien me prêter son forceps.

C'était la nuit ; d'un caractère grincheux, mon confrère se lève et répond en grognant qu'il ne le prêtera pas, qu'on en abuse beaucoup trop ; puis, se ravisant, il déclare vouloir s'assurer par lui-même si l'instrument est réellement nécessaire. C'est ainsi qu'il descend vêtu d'une simple robe de chambre, sans le moindre pantalon. Son intrusion forcée dans la maison ne laisse pas que de me surprendre ; je lui demande son instrument, il me le refuse, déclarant hautement qu'il jugera par lui-même de l'utilité de son emploi. Je le supplie, — j'étais jeune alors dans la pratique ; — il refuse de plus belle. Alors, le sang méridional l'emportant devant une pareille conduite, je me précipite sur l'instrument qu'il tenait sous son bras, je lui arrache son forceps et fais mettre bruquement cet homme à la porte par le mari et par les domestiques.

La pauvre femme pendant ce temps était dans le coma ; j'appliquai rapidement le forceps ; l'enfant vint parfaitement, la femme était sauvée ; deux petites attaques d'éclampsie eurent encore lieu, mais sans importance.

Devant les gens de la maison indignés de la conduite de mon confrère, je demandai une feuille de papier, et, voulant que la leçon que je lui avais donnée fût complète, je lui écrivis que je lui renvoyais son forceps avec 50 francs pour prix de sa location.

Ledit confrère reçut et accepta l'argent sans mot dire, et depuis je n'en entendis jamais parler.

CATARACTE SÉNILE

COMPLIQUÉE DE SYNÉCHIE TOTALE ET D'IRITIS SYMPATHIQUE.

Par M. le docteur Brière,

Chirurgien oculiste de l'hôpital du Havre.

En tête de ces lignes on pourrait mettre : *Nil desperandum.* Il ne faut désespérer d'aucun cas chirurgical oculaire, si mauvais qu'il paraisse, car jamais opération ne fut plus négative comme pronostic que celle dont il s'agit.

En 1880, un homme, âgé de cinquante-six ans, perclus de rhumatismes de la tête aux pieds, même à la colonne vertébrale, et ne pouvant sortir de chez lui, me pria d'examiner sa vue.

Il me raconta que, quatre ans auparavant, atteint de cataracte plus avancée d'un œil que de l'autre, il était allé dans une grande ville, où, se faisant passer pour indigent, il avait été opéré, sans bourse délier, de son œil tout-à-fait couvert, le droit. Son procédé avait eu peu de succès, car dès le lendemain la suppuration se développait sur l'œil et, quatre jours après, l'œil gauche était atteint d'iritis.

Après cinq semaines de souffrances cruelles, il était rentré chez lui.

De temps en temps ses yeux redevenaient rouges et douloureux sous l'influence de nouvelles atteintes rhumatismales.

Quand je vis ce malade, en avril 1880, l'œil droit, opéré depuis quatre ans, n'avait plus de pupille ; celle-ci, oblitérée, et pleine d'exsudats épais, était remontée auprès de la cicatrice chirurgicale. La perception et la projection étaient défectueuses dans cet œil.

A gauche, cataracte capsulo-lenticulaire, synéchie totale. Tension, perception et projection satisfaisantes.

Le malade, tenant à épuiser toutes les chances qui lui restaient pour recouvrer la vue, me suppliait de ne pas l'abandonner. Bien que son cas fût peu tentant, j'acceptai de le soigner.

En examinant alors les yeux avec soin, je constatai sur l'œil opéré un point de cyclite qui existait symétriquement, au même point, sur l'œil gauche non opéré.

Jugeant alors qu'il serait très-imprudent d'opérer la cataracte de l'œil gauche, puisque son corps ciliaire était malade sympathiquement, je fis, en premier lieu, une iridectomie sur l'œil opéré pour juger si la réaction inflammatoire qui survient, plus ou moins mais toujours un peu, après cette opération, se répercuterait sur l'œil gauche à opérer.

La précaution était bonne à prendre.

Dès le lendemain l'œil qui n'avait pas été touché, le gauche, devint extrêmement douloureux ; il était repris d'iritis.

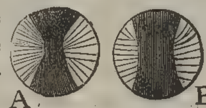
Quant à l'œil droit, la pupille s'obstrua rapidement et la vue resta nulle comme avant.

J'expliquai alors au malade qu'il m'était impossible de commencer le traitement de l'œil gauche, sans procéder d'abord à l'ablation de l'œil droit opéré depuis quatre ans. Il accepta, et fut si courageux que, dans la même séance, je lui fis, sans l'endormir, l'ablation de l'œil droit et une large iridectomie en bas de l'œil gauche.

J'attendis trois mois, puis je fis l'extraction du cristallin du seul œil restant.

La pupille était tellement soudée à la cristalloïde antérieure que je dus faire une grande iridectomie en haut, opposée à la première.

Après cette opération, la pupille avait la forme du dessin A. L'iris était encore soudé sur les parties latérales. Je le détachai avec une spatule fine en caoutchouc.



Mais la face profonde de l'iris était tellement soudée, elle aussi, à la cristalloïde que le cristallin résistait à mes pressions sur le globe et refusait de quitter la place.

Je dus prendre un crochet et le passer sous le cristallin, qui, ainsi harponné, finit par sortir.

Tout ce travail chirurgical se fit aisément, le patient étant d'une docilité à toute épreuve.

Je crus franchement que l'œil allait s'enflammer et que j'aurais fait souffrir cet homme en pure perte. J'avais toutes les raisons pour le croire.

Cependant l'œil se comporta on ne peut mieux les jours suivants. Trois jours après l'opération, la pupille avait pris la forme de la figure B. Les deux lambeaux triangulaires de l'iris s'étaient rétractés et la pupille était tellement grande qu'elle ne pouvait plus se fermer.

Cet œil si détérioré guérit, en résumé, comme le meilleur des yeux après une bonne et simple opération de cataracte.

Il ne faut laisser aucun cas comme désespéré. On doit agir tant qu'il reste une chance sur cent de soulager nôtre semblable. La joie de ce malade n'en fut que plus grande quand il put, chaque jour, lire et écrire.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 janvier 1882. — Présidence de M. Léon Labbé.

COMMUNICATIONS

Fistules congénitales du pli interfessier. — M. Terrillon a rencontré chez des malades des fistules congénitales dans la région sacrée, à l'origine du pli interfessier, différant tout à fait des fistules ano-coccygiennes et s'accompagnant d'accidents analogues à ceux que l'on observe dans les fistules ombilicales. Voici le résumé de ces trois observations : Le premier malade était un homme de trente-cinq ans, qui entra à l'hôpital Temporaire en 1877, portant à la partie supérieure du pli interfessier une fistule datant de sa naissance, et qui, depuis quelque temps, était cause d'accidents qui l'avaient obligé à entrer à l'hôpital. Cette fistule, à bords cutanés, occupait la ligne médiane; le stylet y pénétrait à la profondeur de 3 centimètres et demi et remontait sous la peau; la partie profonde paraissait adhérente au squelette; de cette fistule s'échappait un liquide contenant de la graisse et des cellules pavimenteuses, comme le démontra l'examen histologique. Autour de cette fistule en existaient trois ou quatre autres, ayant un autre aspect, et présentant les caractères des fistules bourgeonnantes consécutives à des abcès non guéris. Il n'y avait pas la moindre apparence de lésion du squelette.

M. Terrillon enleva avec le bistouri tout le trajet de la fistule d'apparence ombilicale et cautérisa toutes les autres avec le thermocautère. L'examen histologique du trajet fistuleux démontra qu'il avait tous les caractères de la peau.

Deux ans après, M. Terrillon reçut à la consultation de Saint-Antoine une femme de vingt-trois ans, vigoureuse, portant dans le même point une petite dépression douloureuse, et d'où s'échappait un liquide blanc jaunâtre. C'était exactement la même affection que chez le précédent malade, sauf qu'il n'y avait pas, chez elle, de fistule périphérique. Le stylet pénétrait à 2 centimètres de profondeur; l'examen histologique des produits de la sécrétion de cette dépression y révéla la présence d'un épithélium pavimenteux. C'était exactement le même fait que le précédent. Le malade refusa toute opération.

Enfin, il y a environ trois mois, M. Terrillon fut appelé auprès d'un homme de trente ans qui portait la même affection depuis sa naissance, mais qui en souffrait surtout et se trouvait gêné depuis quelque temps.

Il existe donc dans cette région de petites fistules plus ou moins profondes, qui paraissent être des malformations congénitales. Chez le dernier malade, M. Terrillon a pratiqué la même opération que chez le premier.

Il a cherché quelle pouvait être l'origine, la signification de ces fistules; M. Féray, qui s'est occupé de cette question, a constaté, sur un certain nombre d'enfants de l'hospice des Enfants-Assistés, des dépressions analogues, mais sans fistules. Deux hypothèses peuvent être mises en présence pour l'interprétation: ce sont, d'une part, un spina bifida incomplet; ou, d'autre part, une sorte d'ombilic postérieur.

M. Desprès a communiqué à la Société anatomique un fait analogue à ceux de M. Terrillon, et il a cherché à l'expliquer par la même théorie, d'après l'examen histologique fait par M. Troisier. Il s'agissait d'une jeune fille de quatorze ans qui, depuis son enfance, portait, à côté d'une petite tumeur, un léger enfoncement de la peau exactement dans le point indiqué par M. Terrillon.

M. Monod a observé cette année, à l'Hôtel-Dieu, une jeune fille grasse et fraîche qui portait à la partie inférieure de la fesse une fistule, sans aucune inflammation à la périphérie, et dont le trajet, dirigé en haut, ne présentait pas moins de 10 centimètres de profondeur. Cette fistule donnait lieu à un écoulement peu abondant. Elle datait de l'enfance.

M. Guéniot a constaté souvent cette dépression chez les enfants; d'autres fois, il a rencontré dans le même point une exubérance cutanée, constituant une sorte de queue de souris. Ces faits, toutefois, sont assez rares et sont restés jusqu'ici inexpliqués.

M. Chauvel, dans les conseils de révision, a parfois rencontré des fistules congénitales analogues à celles dont a parlé M. Terrillon, sans inflammation autour, mesurant de 1 centimètre à 1 centimètre et demi de profondeur. Il a aussi constaté un certain nombre de fois l'appendice caudal dont vient de parler M. Guéniot.

M. Polaillon a constaté aussi cette dépression à la partie postérieure du sacrum. L'interprétation que lui donne M. Terrillon lui paraît exacte. Chez certains monstres, M. Polaillon l'a vue coïncider avec l'absence d'ombilic antérieur.

M. Pozzi a vu un homme portant l'appendice caudal dont a parlé M. Guéniot, et chez cet homme il existait en même temps, au niveau de l'union du coccyx avec le sacrum, une sorte de petit ombilic.

M. Terrillon n'a parlé ni des tumeurs ni des fistules ano-coccygiennes, qui sont bien connues. Les lésions sur lesquelles il attire l'attention de ses collègues siègent exactement à l'origine de la rainure interfessière.

Résection tibio-tarsienne dans les fractures compliquées de l'extrémité inférieure de la jambe. — M. Nepveu fait une communication sur ce sujet, dans laquelle il rapporte plusieurs observations du service de M. Verneuil.

M. Verneuil insiste sur l'importance de la section complète des tendons adducteurs et abducteurs pour faciliter le redressement du pied.

M. Polaillon rappelle avoir communiqué à l'Académie (voir *Gazette des hôpitaux*, 1881, p. 1079) un procédé qui, précisément, permet la conservation des tendons. Ce procédé consiste à conserver la malléole externe.

M. Terrillon a employé, dans un cas, un procédé analogue à celui de M. Polaillon. Ce procédé a donné les meilleurs résultats.

Kystes des mâchoires. — M. Magitot présente une pièce anatomo-pathologique qui éclaire d'une manière saisissante un point de l'histoire des kystes des mâchoires, c'est-à-dire la pathogénie, souvent discutée ici, des *kystes périostiques*.

Cette pièce est un maxillaire supérieur droit qui fut réséqué dans une leçon de médecine opératoire de M. Farabeuf, à l'École pratique de la Faculté. Quand l'os fut détaché, on aperçut, au fond du sinus ouvert par la section horizontale qui passait au-dessous du plancher de l'orbite, une tumeur globuleuse occupant le fond de la cavité et adhérant à la portion alvéolaire. Cette tumeur a le volume d'une grosse amande; elle est dure et manifestement entourée d'une paroi osseuse sur les plus grandes portions de son étendue et molle sur les points où manque la coque osseuse remplacée par une paroi membraneuse transparente. La tumeur est vide; c'est une poche évidemment kystique dont on reconnaît aisément

l'origine en examinant le bord alvéolaire. On aperçoit en effet sur ce bord une première molaire profondément cariée, présentant toutes les conditions du développement d'une périostite, et dont la racine rugueuse et dénudée de son périoste, a été manifestement le centre de développement de la poche.

Il s'agit donc ici d'un kyste du maxillaire supérieur ayant soulevé le sinus sans ouvrir la paroi de celui-ci et sans pénétrer dans sa cavité. Le kyste s'est revêtu pendant son développement, d'une part, de sa propre paroi périostique, et, d'autre part, du plancher osseux du sinus, d'où la coque à la fois osseuse et membraneuse qu'il présente.

Cette pièce doit être rapprochée de celle que M. Berger a récemment présentée à la Société, et dans laquelle un kyste de même nature et de même siège avait entièrement effacé le sinus, si bien que, de prime abord, on put croire qu'il ne s'agissait réellement que d'un kyste propre du sinus maxillaire. Un examen plus approfondi permit d'interpréter le fait comme un kyste du maxillaire ayant soulevé la paroi du sinus et effacé cette cavité dont on retrouvait cependant la trace évidente sur un point.

La pièce actuelle n'est autre que celle de M. Berger interrompue dans ses évolutions, et nul doute que, si cette poche eut continué de croître, elle fût parvenue, elle aussi, à effacer entièrement le sinus.

Quoi qu'il en soit, cet exemple nous a paru tellement démonstratif au point de vue du mécanisme du kyste périostique et de leurs rapports possibles avec le sinus, que nous avons désiré le mettre sous les yeux de la Société.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

MM. les médecins du sixième arrondissement de Paris sont informés que, le mercredi 15 février 1882, il sera procédé, dans une des salles de la mairie, à l'élection de trois médecins attachés au service du traitement à domicile. Le scrutin, ouvert à midi, sera fermé à quatre heures.

— M. le docteur Javal est nommé membre de la commission chargée d'élaborer un projet d'organisation de l'enseignement du chant dans les écoles communales et primaires.

— *Choléra.* — Une dépêche du Caire du 24 janvier nous annonce que le choléra a disparu d'El-Wich. Le premier convoi de trois cents pèlerins égyptiens a été relevé de sa quarantaine aux Sources-Moses.

— Nous apprenons la mort du docteur Th. Schwann, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Liège, membre de l'Académie de médecine de Belgique, de la Société de biologie de Paris, etc., qui vient de succomber à l'âge de soixante et onze ans.

— La Société de médecine légale a déclaré la vacance de quatre places de membres titulaires et de cinq places de membres correspondants nationaux.

Les candidats sont invités à adresser leur lettre de demande au secrétaire général, M. le docteur Gallard, 7, rue Monsigny, à Paris.

— Le congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences tiendra sa onzième session dans la ville de la Rochelle. Sa durée sera de huit jours, du 24 au 31 août 1882.

— La quatrième session du congrès international d'hygiène aura lieu cette année dans la ville de Genève ; il durera du 4 au 9 septembre. Il sera complété par une exposition de publications, de plans, de dessins et d'objets de toute nature se rapportant à l'hygiène ou à la démographie, qui s'ouvrira du 1er au 30 septembre. Les auteurs, inventeurs et fabricants de toute nationalité, sont invités à faire connaître au plus tôt leur intention d'y prendre part.

D'après le vœu émis en 1878, le congrès comprendra une section de démographie.

Le comité d'organisation s'efforcera d'obtenir une réduction de prix sur les lignes de chemin de fer pour les membres du congrès et pour les objets destinés à l'exposition.

— Par arrêté ministériel, M. Brown-Séquard, professeur du Collège de France, est autorisé à se faire remplacer par M. d'Arsonval. Les leçons commenceront le jeudi 2 février 1882, à deux heures et demie ; elles auront lieu les samedis et jeudis suivants à la même heure. M. d'Arsonval traitera de la chaleur animale.

— M. le docteur Ferdut commencera son cours public d'accouchements mardi 31 janvier, à huit heures du soir, à l'École pratique, amphithéâtre n° 3. Ce cours aura lieu les mardis, jeudis et samedis, à la même heure, et sera terminé à la fin de mars.

Programme : 1° Étude condensée de la fécondation, de la grossesse, de l'accouchement, de la délivrance, des suites de couches : dix leçons ; 2° étude complète des opérations et des manœuvres : quatorze leçons ; 3° exercices pratiques à la fin du cours.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 12314.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : VINGT centimes.

Paris, le 30 janvier 1882.

Nous recevons de M. le docteur Armand Desprès, chirurgien de la Charité, la lettre suivante :

Paris, 29 janvier 1882.

MON CHER DIRECTEUR,

Je viens de recevoir, comme la plupart de nos collègues sans doute, le rapport de M. Bourneville au Conseil municipal sur les dépenses de l'administration de l'Assistance publique pour l'année 1882. Ce rapport est suivi d'un projet d'avis qui n'est autre chose qu'un projet de main mise du Conseil municipal sur les hôpitaux. Le Conseil désire sans doute obtenir la consécration de son usurpation dans la direction des hôpitaux. Si la communication du document qui nous a été adressé a pour but de provoquer nos observations, cette lettre ne manquera pas d'être opportune. Si c'est un défi à l'opinion du corps médical, il me sera permis, quant à moi, de le relever.

M. le directeur de l'Assistance publique, dans son projet de budget, et la commission du Conseil municipal chargée de donner son avis et non de voter l'emploi de fonds, viennent de rivaliser de générosité à l'égard du personnel des hôpitaux, excepté les malades. Je ne parle pas des religieuses, que M. le directeur de l'Assistance publique a promis, dit le rapport, d'expulser de l'hôpital Tenon et de l'hôpital de Lourcine en mars ou avril 1882, quoiqu'elles n'aient besoin ni d'augmentation de vin ni d'augmentation de traitement.

M. le directeur de l'Assistance publique avait déjà élevé son budget, entre autres dépenses, des sommes suivantes :

Augmentation du traitement des élèves internes, — qui ne la demandaient pas, et destinée sans doute à faire passer le reste —.	28.000 francs.
Suppression du maigre, et augmentation du vin et de la nourriture des infirmiers et surveillants laïques	219.000 —
Augmentation des gages des infirmiers et surveillants laïques	114.000 —
Augmentation du traitement des cuisiniers . . .	5.000 —

Les éloges que reçoit de ce chef le directeur de l'Assistance publique témoignent qu'il a obéi au Conseil municipal; mais le rapport ajoute encore quelques propositions d'augmentation, 30,900 francs pour entretenir entre autres un personnel de services d'accouchements à peu près inutile; quelques mille francs pour les écoles d'infirmières laïques et des musées; 5,000 francs pour éclairer à la lumière Jablochkoff ou Edison un amphithéâtre de la Salpêtrière.

Pour ce qui est du manque de lits dans les hôpitaux et de la situation des malades, il n'est rien demandé de nouveau; le malade dans les hôpitaux, c'est l'accessoire. L'on est, en vérité, stupéfait de voir le budget de l'Assistance publique augmenter de deux millions dans une année sans qu'il y ait un seul lit de malade créé dans nos hôpitaux. Il me suffira de dire que depuis un an, dans mon service, à la Charité, j'ai journellement douze à dix-huit malades en supplément, couchant à terre ou sur des lits de sangle. Vos lecteurs, mon cher directeur, partageront, j'en suis sûr, les légitimes appréhensions du corps médical, qui reste, à ce qu'il paraît, le dernier défenseur des intérêts des malades.

Veuillez agréer, etc.

Armand DESPRÈS,
Chirurgien de l'hôpital de la Charité.

P. S. — Voici un exemple des tendances actuelles. La suppression d'un aumônier à la Charité laissait libre un étage entier d'un pavillon de la Charité. Croit-on que l'on ait songé à en faire profiter les malades? Point du tout. L'on y a logé un employé dont le ménage ne réclamait que les trois petites pièces qu'il avait auparavant. »

HOPITAL NECKER. — M. TRÉLAT.

Côlotomie lombaire et côlotomie inguinale.

Un fait malheureux est survenu ces jours-ci dans notre service; le malade auquel nous avions fait la côlotomie lombaire le 12 de ce mois est mort il y a trois jours, dans la matinée du 23 janvier, c'est-à-dire onze jours après l'opération.

Si les échecs, si les insuccès sont souvent plus riches en enseignement que les faits heureux, cette mort doit être pour nous tous, dans l'avenir, une véritable leçon.

Cet homme avait donc vécu onze jours après l'opération, jours pendant lesquels il avait eu une diarrhée continue, considérable et incessante. Les matières fécales, constamment en rapport avec les téguments de certaines régions, avaient déterminé à leur niveau une rougeur des plus vives

qui, gagnant de proche en proche, s'était bientôt étendue à la plus grande partie du dos. Le plaie lombaire elle-même, que nous avions faite pour l'obtention d'un anus contre nature, a perdu bientôt ses bonnes apparences; la muqueuse intestinale, au lieu de rester bien en place dans les adhérences que nous lui avions créées par une bonne suture, a commencé bientôt à se déchiqueter, à se détacher et à fuir vers les parties profondes. L'affaiblissement, conséquence de cette diarrhée persistante, n'a fait qu'augmenter malgré la sévérité du régime et du traitement auquel nous avions soumis le malade, tels que jus de viande, lait, œufs et viande crue, diascordium, sous-nitrate de bismuth et opiacés à dose élevée, — nous avons donné jusqu'à 20 centigrammes d'extrait thébaïque, — mais non toxique cependant. Néanmoins la diarrhée a continué tout aussi abondante, la voix s'est éteinte, la faiblesse est devenue extrême, et la mort est survenue lundi.

L'autopsie a confirmé tout d'abord le diagnostic, que nous avions porté pendant la vie, d'un épithélioma du rectum, épithélioma ulcéré, à bords relevés, épaissis, occupant bien la portion de l'intestin que nous avions indiquée et affectant les adhérences prévues.

Mais, en pénétrant dans l'abdomen, nous avons reconnu que notre opération n'avait pas porté sur le côlon descendant comme nous nous l'étions proposé; l'anus contre nature avait été établi sur l'intestin grêle, vers sa partie moyenne, intestin dont une anse avait été attirée, ouverte et fixée dans la plaie.

On comprend alors la persistance de la diarrhée et le défaut d'adhérences pariétales de la muqueuse de l'intestin grêle au bord de la plaie. Je dis que l'on comprend alors cette diarrhée, car l'ouverture pratiquée sur l'iléon interrompt la digestion intestinale, en raison même du trouble apporté dans les fonctions de cette partie du tube digestif tandis qu'un anus contre nature établi sur le gros intestin n'a pas la même influence, celui-ci étant un organe de cheminement, un réservoir provisoire. De plus, l'intestin grêle supporte mal le voisinage d'une lésion, et, mécaniquement, il est moins bien disposé pour un anus contre nature que le gros intestin. Enfin sa mobilité dans la cavité abdominale et les matières fécales contenues dans son bout supérieur produisent des tiraillements sur la partie suturée et tendent à empêcher toute adhérence aux bords de la plaie extérieure.

Depuis un an, j'ai pratiqué trois fois la côlotomie lombaire. Nos deux premières opérations ont été couronnées d'un plein succès, les adhérences de l'intestin à la plaie se sont faites avec la plus grande facilité et la plus grande libéralité des parois intestinales. L'incision avait heureusement porté sur le gros intestin. La troisième fois, c'est-à-dire dans l'opération que nous avons pratiquée il y a quatorze jours, notre instrument s'est égaré sur le petit intestin, après d'assez longues recherches. La conséquence en a été la diarrhée continue, la tendance de l'intestin à se détacher et à tomber dans la cavité abdominale; enfin, ce que je ne dois pas oublier de signaler, la formation d'un phlegmon d'origine stercorale venant aggraver la situation et terminer la scène.

Les renseignements que nous devons retirer de ces faits sont de deux ordres.

Tout d'abord quelle est la cause de ce revers et de l'insuffisance opératoire? La côlotomie lombaire, contestée par les uns, redoutée par les autres, a été fort peu pratiquée en France, et je me trouve aujourd'hui, avec mes trois opérations dans l'espace d'une année, l'un des chirurgiens qui l'ont le plus faite.

Dans ma dernière tentative, je comptais sur l'expérience que j'avais acquise par les deux opérations précédentes et un peu aussi sur mon habitude anatomique comme une sauvegarde; il n'en a rien été. Mais, si je recherche pourquoi cette opération a été irrégulière, je reconnais bien vite que cela tient d'abord à ce que l'intestin n'était pas plein, comme cela est nécessaire lorsque l'on veut pratiquer la côlotomie lombaire. Il faut, en effet, qu'il soit distendu soit par des matières fécales, soit par une injection suffisante d'eau ordinaire, d'eau de Seltz ou de gaz inoffensifs.

Si dans l'avant-dernière côlotomie, — celle que j'ai pratiquée sur la femme qui nous quittait le jour même où je tentais la troisième, — j'ai opéré sur un intestin vide, cela tient à ce que les parties molles ne présentaient qu'une médiocre épaisseur et que la malade était maigre.

Si, par contre, j'ai fait cette côlotomie chez l'homme dont je vous entretiens aujourd'hui, dans les mêmes conditions de vacuité intestinale, cela tient à une question assez misérable. Notre malade était indécis; moi-même, devant cette indécision, j'étais hésitant. Cependant la guérison que je venais d'obtenir chez la femme m'enhardissait à intervenir; elle-même par sa guérison avait fini par séduire, la veille même, le pauvre homme, et l'avait engagé à se faire opérer le plus tôt possible. Voilà pourquoi je profitai immédiatement de son bon vouloir, et me décidai à pratiquer la côlotomie lombaire, malgré l'état diarrhéique et la vacuité de l'intestin.

Que ce revers soit donc, pour vous comme pour moi, un enseignement de ne jamais faire cette opération, et sous aucun prétexte, sans vous être assuré que le malade est bondé de matières fécales ou de matières liquides ou gazeuzes surajoutées.

Second enseignement : nous avions affaire à un sujet assez volumineux, gras, et, lorsqu'il fut placé sur la table, je le trouvai dans une situation médiocre, gênante par son volume, en même temps qu'il était tordu sur lui-même, du moins quant à sa région lombaire. Dans ces conditions, les rapports n'étaient plus normaux entre la dernière côte et la crête iliaque; de là des changements de direction dans la marche de l'incision, des chances d'aboutir à un plan différent de celui que je me proposais.

C'est, en effet, ce qui est malheureusement arrivé; la vacuité de l'intestin et la torsion de la région lombaire ont conduit l'incision dans une fausse direction et ont fait tomber la pointe de l'instrument dans l'atmosphère adipeuse du rein. Ainsi le premier organe que nous avons aperçu s'est trouvé l'organe sécréteur de l'urine, et il nous a fallu aller à la recherche de l'intestin, faire des manœuvres de plus en plus mauvaises, jusqu'à ce que nous ayons découvert une anse intestinale. L'attirant aussitôt au dehors, nous l'avons fixée, suturée et ouverte. Voilà comment nous avons opéré.

De ces faits il résulte donc que, lorsque l'on aura à faire désormais une côlotomie lombaire, il faudra : 1° ne la pratiquer que dans la plénitude naturelle ou artificielle de l'intestin; 2° attacher une grande importance à donner une bonne position au malade, de telle sorte que la tête et le siège se trouvent sur un même axe, afin d'éviter toute torsion du corps.

L'un de mes auditeurs a dit : Pourquoi, si, même en des mains expérimentées, la côlotomie lombaire est aussi difficile, pourquoi n'avoir pas plutôt recours à l'opération beau-

coup plus facile de l'anus contre nature dans la région iliaque? Je répondrai à cela : Oui, la côlotomie lombaire est difficile ; oui, elle est incertaine comme toute opération à pratiquer à travers une grande profondeur de tissus et au milieu d'une certaine irrégularité dans la position relative du côlon descendant. Mais, pour un revers sur trois opérations, faut-il rejeter une méthode?

Si nous descendons dans l'analyse des faits, que trouvons-nous? Tout d'abord l'opération n'est pratiquée que pour des cas d'une grande gravité, et, si l'individu succombe à l'intervention chirurgicale, sa vie en réalité n'est qu'abrégée, la situation étant déjà fort grave, je le répète, avant l'opération. Si, au contraire, celle-ci réussit, on obtient une survie relativement considérable.

D'autre part, dans l'opération de l'anus inguinal, on n'est pas toujours sûr non plus de tomber directement sur l'S iliaque, et, comme l'incision est destinée à atteindre ce qui se présente, il est également arrivé parfois que, par suite d'un déplacement de l'S iliaque, on est tombé sur l'intestin grêle. De là les mêmes accidents que chez le malade qui a succombé il y a trois jours.

De plus, tout sujet porteur d'un anus contre nature de la région inguinale est mort au bout de trois mois, tandis que la côlotomie lombaire donne une survie de deux et même trois ans. Pareils résultats ne justifient-ils pas cette dernière opération?

Enfin on a dit aussi qu'il fallait, dans la statistique de ces deux opérations, ne comparer que les deux affections de même nature, c'est-à-dire le cancer du rectum, parce que, l'anus inginal étant pratiqué pour toute autre cause, les chiffres devaient être modifiés en conséquence. Ceci est affaire d'avenir. C'est là un fait dont on devra désormais tenir compte dans l'étude des résultats de ces deux opérations.

Je m'arrête ici, et je conclus des faits qui nous sont enseignés par le revers que je viens d'éprouver et que j'avoue en toute franchise, je conclus, dis-je, que notre attention doit être surtout appelée sur la plénitude de l'intestin et la rectitude de l'incision. Le cas malheureux que nous enregistrons aujourd'hui est encore néanmoins un argument favorable à la côlotomie lombaire. J'en prêche les mérites dans les cas où elle est indiquée, et j'ajoute que nous ne devons pas la déserter en faveur de la côlotomie inguinale, où la survie est si faible relativement à celle que nous donne la côlotomie lombaire. Ce que nous devons faire, et c'est par là que je termine, c'est de chercher à perfectionner le procédé opératoire.

NOTE SUR UN CAS DE MÉLOMÉLIE (1),

Par le docteur Louis Sentex, de Saint-Sever (Landes),
Lauréat de la Faculté
et de l'Académie de médecine de Paris.

Il y a quelque temps, pendant que je remplissais, dans la ville que j'habite, les fonctions de maire, je reçus chez moi la visite d'un individu qui venait me demander l'autorisation d'exhiber, dans une baraque, sur la voie publique, un phénomène qu'il désignait sous le nom de : *la Femme à quatre jambes*.

Comme les agents chargés de la police municipale savaient que j'étais absolument opposé à l'exhibition de pareils objets, ils avaient refusé toute autorisation, et le père du phénomène en question venait jusqu'à moi, espérant que je serais plus tolérant qu'eux-mêmes.

Je maintins la défense d'exhibition, et je croyais en avoir fini avec le montreur du phénomène, lorsque bientôt après je le vis escorté d'une femme et d'une petite fille.

La même autorisation me fut demandée avec beaucoup d'instances, et, comme je refusais en m'apitoyant sur le sort des malheureux livrés ainsi à la curiosité publique, la petite fille me répondit qu'elle était le phénomène et qu'elle n'était nullement malheureuse de se faire voir, parcequ'elle espérait ainsi ramasser quelque chose. Elle m'offrit, en même temps, de me montrer ses quatre jambes, et, sans trop attendre ma réponse, elle releva ses jupes, et je pus alors constater ce qui suit :

Louise L..... est née à P..... (Nord) le 31 juillet 1867.

C'est une enfant assez intelligente, mesurant 98 centimètres de hauteur, et bien constituée en dehors de la difformité qui sera décrite plus bas.

Sa mère a trente ans et est parfaitement bien conformée. Interrogée sur ses ascendants, elle raconte que sa grand'mère a eu plusieurs enfants, et que l'un d'eux est né avec une tête de lapin; « il se mit même à courir dès qu'il fut né, et alla se cacher sous « le lit. Mais, dit-elle, on s'en rendit bientôt maître, et on l'é« touffa (*sic*). »

Cette femme raconte, du reste, très-sérieusement cette incroyable histoire, et elle a même l'air fort heureuse d'avoir eu dans sa famille des faits aussi extraordinaires!

Elle avait déjà eu deux enfants quand naquit la fille qui fait le sujet de l'observation actuelle; elle en a eu un quatrième depuis, et les deux premiers, ainsi que le quatrième, ont été parfaitement bien conformés.

Elle accoucha facilement, dit-elle, de la petite Louise, et, au moment de ses couches, elle n'était assistée ni par un médecin, ni par une sage-femme : des voisines seules se trouvaient auprès d'elle.

L'accouchement eut lieu par le sommet, et, dès que l'enfant fut née, on constata qu'elle portait sur son ventre un autre enfant enfermé dans une poche parfaitement distincte que personne n'osa percer avant l'arrivée d'un médecin.

Depuis ce moment, ce qui existait alors n'a fait qu'augmenter, et voici ce que l'on constate aujourd'hui.

Comme aspect général, la monstruosité que nous avons sous les yeux peut se résumer ainsi : insertion de deux membres inférieurs accessoires au niveau du pubis. Aussi, les parents de cette petite fille peuvent-ils, sans trop forcer la vérité, inscrire sur la baraque où ils font l'exhibition de leur petite fille le nom pompeux de : *la Femme à quatre jambes*. Ils ne se contentent pas, par exemple, de la désignation; ils ajoutent à cela, pour amorcer le public, des peintures dans lesquelles la vivacité des couleurs n'a pour égale que la légère ressemblance du tableau avec la réalité.

Voici ce qui résulte d'une étude complète et détaillée :

Au niveau du pubis et des branches descendantes de l'ischion, spécialement du côté droit, est implantée une masse de forme ronde, molle et assez volumineuse, écartant d'une manière notable les cuisses de l'enfant. Sur les parties antéro-latérales de cette tumeur se retrouvent deux petites saillies d'un tissu foncé ressemblant complètement au tissu du mamelon, et représentant très-probablement les bouts de sein du second enfant.

Cette masse arrondie représente très-certainement le bassin, car, si on la soulève en entier, on retrouve en arrière un sillon interfessier très-marqué, à l'extrémité duquel existe une dépression simulant l'anus et surmontée d'une pointe osseuse qui est bien évidemment le coccyx.

On voit déjà jusqu'ici, comme du reste dans presque tous les cas de mélomélie dont on a conservé la description, les surfaces simi-

(1) Voir la *Gazette des hôpitaux* du 12 janvier 1882.

laires des deux êtres (le complet et le parasite) se correspondre, c'est-à-dire que la face antérieure de ce dernier est tournée en avant, la face postérieure en arrière.

De ce bassin rudimentaire partent deux membres inférieurs.

La cuisse droite est presque aussi volumineuse que les cuisses normales. La jambe qui lui fait suite est, au contraire, complète-



ment atrophiée; elle est fléchie en avant sur la cuisse et dirigée en dehors. Le genou est tout à fait ankylosé; le pied a cinq orteils parfaitement distincts.

A l'état de repos, ce membre pend directement en bas; mais, quand l'enfant marche, on le relève le long du côté droit du corps, et on le fixe à la ceinture avec un lien.

La cuisse gauche est beaucoup moins volumineuse et beaucoup plus courte que la droite. Il en est de même de la jambe qui lui fait suite; elle est, en outre, très-fortement fléchie et immédiatement accolée à la cuisse.

De plus, le pied de ce côté offre ceci de particulier que le gros et le petit orteil sont profondément divisés, de sorte que ce pied semble muni de sept orteils.

Dans la station debout et pendant la marche, cette jambe se trouve derrière le membre inférieur gauche. Pris dans son ensemble, le même parasite de ce côté est beaucoup moins volumineux que celui du côté opposé.

Les pieds ne sont pas situés dans l'axe des membres; ils sont tout à la fois *varus* et *équins*.

La peau des membres surajoutés n'a pas tout à fait l'aspect de la peau du reste du corps; elle est plus pâle et amincie, les poils sont très-développés à sa surface.

La sensibilité, très-obtuse sur les cuisses, est absolument nulle à partir des genoux.

La motricité n'existe dans aucune de ces parties, et c'est au moyen des mains seulement que l'enfant peut déplacer ces appendices si inutiles et si disgracieux.

Le mouvement de déplacement se fait en totalité au niveau de l'attache qui semble être simplement fibreuse. Il n'existe aucune espèce de mouvements dans les points correspondants aux articulations coxo-fémorales de l'être parasite.

Je me proposais d'examiner de nouveau l'enfant, et de m'assurer si des secousses électriques réveilleraient la motricité musculaire sur l'être parasite; mais, au moment où le lendemain je me disposais à pratiquer cet examen, baraque, enfant, parents, tout avait disparu.

Cette masse parasite repousse en arrière les organes sexuels très-normalement conformés, et elle se développe d'une manière graduelle, suivant en cela le développement de l'être sur lequel elle est implantée.

Il arrivera un moment où, en se développant de plus en plus, cette tumeur deviendra assez gênante pour que la question d'amputation doive être discutée.

L'examen auquel je me suis livré me laisse supposer que cette question pourra être résolue affirmativement. Il semble, en effet, que les deux êtres sont complètement distincts, et que, sur le point d'insertion du parasite au pubis, on ne doive absolument trouver que de la graisse et du tissu fibreux.

Ce n'est encore là, du reste, qu'une discussion purement spéculative, les parents de l'enfant ne m'ayant nullement paru disposés à laisser pratiquer une opération, car, il faut bien le dire, ils vivent du monstre!

Tel est le cas que le hasard m'a permis d'observer.

Comme tous les faits de même nature, il semble n'avoir, au premier abord, qu'une valeur de simple curiosité; mais cependant il est bon que tous les faits analogues soient encore recueillis avec soin; car, malgré les remarquables progrès qui ont été faits en tératologie depuis les premières années de ce siècle, et notamment grâce aux travaux d'Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, bien des points restent à élucider.

Il n'entre pas, du reste, dans mes vues de me livrer, à l'occasion du fait que je signale, à une discussion dogmatique. J'ai seulement voulu donner, dans tous ses détails, la description d'un monstre qui, suivant l'illustre naturaliste dont je rappelais tout à l'heure le nom, doit être rangé dans l'ordre des monstres parasitaires, famille des polyméliens, genre mélomèle.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 28 janvier 1882. — Présidence de M. Paul Bert.

COMMUNICATIONS

M. Ch. Richet présente : 1° de la part de M. Wiett sa thèse inaugurale sur l'élongation des nerfs; 2° en son nom, un volume intitulé : *Physiologie des muscles et des nerfs.* Ce livre est le résumé des leçons que M. Richet a faites à la Faculté de médecine. Il s'est surtout attaché à l'étude de l'irritabilité. Il a cherché à établir les lois suivant lesquelles une fibre musculaire, une cellule nerveuse, un segment nerveux périphérique répondent à l'excitation extérieure. Il croit avoir démontré que les lois sont les mêmes et qu'on doit regarder comme très-analogues les vibrations ondulatoires de la fibre musculaire, de la cellule nerveuse et du segment nerveux périphérique.

Altérations histologiques du rein à la suite de la ligature de l'uretère. — **M. Straus** fait une communication sur ce sujet. (Sera publié.)

Rétrécissement de l'artère pulmonaire. — **M. Duret** présente des pièces anatomiques provenant d'un malade mort dans le service de M. Verneuil et qui était atteint d'une affection cardiaque dont le diagnostic avait présenté les plus grandes difficultés. C'était un jeune homme de vingt ans qui était entré dans le service de M. Verneuil pour une affection variqueuse des membres inférieurs et des veines de l'abdomen. En même temps, on constatait chez lui un souffle cardiaque intense et une hypertrophie du cœur. Les uns admettaient une communication entre les deux ventricules ou les deux oreillettes; les autres croyaient à une lésion de l'orifice auriculo-ventriculaire droit. Ce malade ayant succombé à un érysipèle malin, l'autopsie a permis de reconnaître l'existence d'une hypertrophie du cœur droit et d'un rétrécissement extrêmement prononcé de l'artère pulmonaire. Il n'y avait pas de tubercules dans les poumons.

Remarques sur la diffusion des courants électriques. — M. ONIMUS. Dans la dernière séance, MM. Brown-Séquard et Charcot sont revenus sur la question de la diffusion des courants, et M. Charcot a cité une expérience faite autrefois par M. Erb et qu'il a répétée récemment. Cette expérience, que nous avons relatée autrefois, consiste à placer une patte galvanoscopique de grenouille dans le crâne ou dans le rachis et à électriser les régions cutanées. A l'ouverture et à la fermeture du courant, mais surtout à la fermeture, presque toujours on détermine une contraction chez la grenouille, ce qui indique évidemment que le courant a pénétré jusqu'à ces régions profondes. Cette pénétration des courants continus est même très-manifeste chez l'homme sain, et nous avons insisté à plusieurs reprises sur les phosphènes qu'on détermine en plaçant les tampons soit le long de la colonne vertébralo, soit sous le cou. Or les phosphènes indiquent que le courant est venu exciter le nerf optique, et par conséquent avec un courant presque insensible et qui même n'est pas appliqué sur la tête, on parvient à électriser des nerfs crâniens.

Nous avons également, dans des mémoires publiés dès 1868, rapporté des expériences dans lesquelles nous avions constaté qu'en plaçant les deux rhéophores sous un membre supérieur, par exemple, on obtenait des courants divisés non-seulement dans le membre supérieur opposé, mais encore dans les membres inférieurs.

Donc les courants de la pile ont une diffusion remarquable, et l'on doit toujours en tenir compte, surtout, comme nous l'avons fait observer, dans les expériences sur les localisations cérébrales où il est absolument impossible de localiser les courants continus. C'est sur cette propriété que nous basions une de nos critiques en faisant remarquer que, dans les expériences entreprises sur ce sujet, on obtenait des excitations et des contractions de certains groupes musculaires, surtout avec les courants continus et non avec les courants induits. Ces derniers, au contraire, restent localisés au moins d'une façon générale.

Dans tous les cas, il est important d'insister sur cette propriété des courants continus, car elle paraît en opposition avec les principes physiques. La pénétration plus ou moins grande des courants dépend de la tension, et ce sont justement les courants de la pile qui ont moins de tension que les courants induits et que les courants statiques qui pénètrent le plus profondément. Cela tient probablement à ce que ces courants, dans l'organisme, trouvent des courants électro-capillaires d'une origine analogue et qui peut-être viennent s'ajouter à ceux du dehors. En résumé, il est utile de se rappeler qu'on ne peut pas placer des rhéophores de courants de la pile sur la surface cutanée, sans que les parties profondes ne soient influencées.

M. CHARCOT. Les phosphènes, pas plus que le goût métallique, ne prouvent que les courants électriques pénètrent dans l'encéphale. Ce sont des phénomènes périphériques.

M. LABORDE. Il faut tenir compte des vaisseaux comme conducteurs des courants. On a constaté expérimentalement des modifications dans les capillaires de l'écorce cérébrale.

M. CHARCOT rappelle un fait constaté par M. Vigouroux. Chez les hystériques complètement hémianesthésiques, le courant passant à travers le côté sensible éprouve moins de résistance que le courant passant à travers le côté anesthésique. Ce phénomène suit les lois du transfert.

M. D'ARSONVAL. Il faut bien se rappeler, dans tous ces faits, que le corps humain est lui-même un électro-moteur. Par conséquent, on peut prendre pour l'effet d'une variation de résistance ce qui n'est que l'effet d'une production électro-motrice.

M. DASTRES fait, sur le même sujet, la communication suivante, au nom de M. le docteur Marcacci.

M. Marcacci, dit-il, demande l'ouverture d'un pli cacheté déposé sur le bureau de la Société, le 11 juin 1881, par M. Brown-Séquard. Ce pli renferme la relation d'expériences sur les centres moteurs corticaux, expériences entreprises à l'occasion d'un travail étendu sur les localisations cérébrales, présenté à l'Institut lombard le 1er avril 1881. La question des localisations avait été proposée par l'Institut lombard ; le mémoire de M. Marcacci a remporté le prix. Les conditions du concours exigeaient que le travail fût inédit, et c'est pour cette raison que l'auteur avait consigné ses principaux résultats dans le pli cacheté dont il demande aujourd'hui l'ouverture.

Le problème que l'auteur s'est proposé est le suivant : Lorsque l'on excite les centres moteurs corticaux et que l'on observe des mouvements, l'encéphale, la moelle épinière et les nerfs principaux interviennent dans la production du phénomène du mouvement. Il s'agit de distinguer ce qui appartient à l'encéphale et ce qui appartient à la moelle, et d'apprécier le rôle de ces deux organes.

La méthode consistait à supprimer l'action du cerveau en laissant la moelle intacte, et à juger alors des effets produits par l'excitation électrique de la couche corticale.

1° Pour supprimer l'activité cérébrale, M. Marcacci a eu recours à la congélation. La boîte crânienne étant ouverte, on pulvérisa du chlorure de méthyle à la surface de l'organe ; l'évaporation du liquide amène un refroidissement rapide. Lorsque la surface est complètement congelée, qu'elle est devenue dure et sonore comme un morceau de bois sec, on pratique l'excitation de la zone motrice avec le même courant minimum qui est efficace sur l'organe sain. L'effet est le même. Ces mouvements se produisent de la même manière.

2° En second lieu, on supprime l'activité cérébrale en recourant à l'emploi gradué des anesthésiques. Lorsqu'on opère dans la période d'insensibilité correspondant à la suppression des fonctions cérébrales, l'excitation conserve son efficacité. Un peu plus tard, lorsque le pouvoir excito-réflexe a disparu, c'est-à-dire quand la moelle est atteinte, l'excitation ne produit plus de mouvements.

3° On peut encore supprimer le fonctionnement cérébral en tuant les chiens par le froid. On peut arriver à abaisser la température, par des procédés connus, jusqu'à 22°. Les fonctions cérébrales disparaissent d'abord. L'excitation des prétendues zones motrices provoque encore les mouvements : un peu après, lorsque la respiration et la circulation sont affectées (action sur le bulbe), le phénomène n'a plus lieu.

4° On coupe toutes les racines rachidiennes qui se rendent à la patte postérieure, et l'on excite le centre moteur correspondant. Le courant détermine alors le mouvement de la patte antérieure qui précédemment restait inerte pour la même excitation. Dans cette expérience, la modification subie par la moelle, quelle qu'en soit d'ailleurs la nature, a suffi pour faire varier le sens du phénomène.

5° Lorsque l'on rend des animaux paraplégiques par une décompression brusque succédant à une surpression de sept à huit atmosphères, l'application électrique provoque des mouvements, tandis que la volonté correspondant au fonctionnement libre de la zone motrice est incapable de les produire.

Lorsque l'on rend des animaux paraplégiques par la congélation en anneau de la moelle mise à nu, le résultat est le même et prouve encore que l'état physiologique des prétendus centres corticaux est indifférent à la production du phénomène.

6° M. Couty avait déjà montré qu'en liant les gros vaisseaux de la tête, c'est-à-dire en entravant le fonctionnement cérébral par ischémie ou anémie totale, l'excitation électrique conserve ses effets. M. Marcacci reproduit l'expérience d'une manière plus convaincante en liant dans le thorax le tronc brachio-céphalique et la carotide gauche.

L'auteur fournit la contre-épreuve de cette expérience. Il supprime la circulation cérébrale, de manière que les substances injectées dans les vaisseaux ne puissent se diffuser dans les organes céphaliques. Aussitôt, pendant que l'excitation des zones motrices a encore ses effets connus, il injecte du chloral dans les veines. L'action du chloral porte alors sur la moelle isolément. On voit, dans ce cas, l'excitation, tout à l'heure efficace, n'avoir plus d'effet.

Ces expériences out été faites dans le laboratoire de la Sorbonne, sous la direction de M. Dastres, suppléant de M. Paul Bert. Elles

montrent que l'intégrité de la moelle est indispensable à la production des phénomènes moteurs déterminés par l'excitation des centres corticaux, tandis que l'intégrité physiologique de ces centres eux-mêmes n'est pas nécessaire.

7° Enfin, l'auteur a exécuté des expériences du même genre et conduisant aux mêmes conclusions sur les animaux nouveau-nés et sur des fœtus.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 janvier 1882. — Présidence de M. DUJARDIN-BEAUMETZ.

CORRESPONDANCE

Alimentation artificielle des phthisiques. — M. KRISHABER adresse une note relative au cas communiqué dans l'avant-dernière séance par M. Desnos (voyez *Gazette des hôpitaux*, n° du 27 décembre 1881). Suivant lui, chez le malade de M. Desnos, la sonde a été introduite dans le larynx et non dans l'œsophage. Les voies respiratoires peuvent tolérer ces sondes avec une parfaite indifférence. M. Krishaber a fait un grand nombre de fois le cathétérisme du larynx; la voix n'est pas abolie, mais seulement altérée. Pour être bien sûr de pénétrer dans l'œsophage, il faut introduire le doigt dans le pharynx et guider la sonde sur ce doigt. M. Krishaber est très-partisan de l'alimentation artificielle chez les phthisiques.

M. DESNOS maintient l'explication qu'il a donnée pour son cas, c'est-à-dire le reflux du liquide dû à un spasme œsophagien et ayant pénétré dans les voies respiratoires; il est bien certain que ce n'est pas la sonde qui y a été introduite, bien que M. Krishaber affirme que l'introduction de cette sonde puisse avoir lieu dans le larynx sans déterminer d'aphonie ni de suffocation. Quant au procédé préconisé par M. Krishaber pour faciliter l'introduction de la sonde dans l'œsophage, il est loin d'être facilement applicable dans tous les cas.

M. GOUGUENHEIM. La lettre de M. Krishaber contient quelques assertions qui méritent d'être combattues.

1° Le cathétérisme de l'œsophage est présenté comme pouvant donner lieu à de grandes difficultés; il serait pénible de se tromper de lieu, et d'introduire la sonde dans le larynx, et il serait nécessaire, pour éviter ces difficultés, de recourir au toucher de l'épiglotte comme point de repère.

Je répondrai que le cathétérisme de l'œsophage est si facile que cette exploration est pratiquée avec succès par tous les médecins, et, contrairement à ce qui se passe pour le cathétérisme du larynx, où l'écueil est l'introduction dans l'œsophage, ici l'entrée dans le larynx serait absolument exceptionnelle.

2° Il est facile de distinguer l'introduction dans l'œsophage de l'entrée dans le larynx d'un instrument explorateur; dans le premier cas on perçoit une constriction; dans le deuxième cas l'instrument explorateur touche dans le vide, et ceux qui ont manié ces instruments ne peuvent ignorer la sensation à laquelle je fais allusion : il est vrai que cette sensation disparaît vite en raison de la rapidité avec laquelle le spasme se produit.

3° Si l'introduction d'un instrument, d'une sonde ou d'un porte-médicament dans l'entrée du larynx est à peu près innocente, il n'en est pas moins vrai que le séjour prolongé, même vingt ou trente secondes, n'en détermine pas moins très-rapidement de l'angoisse, de la dyspnée, et ce séjour dans l'intérieur du larynx ne pourrait se continuer plus longtemps sans danger.

4° Quant à l'introduction d'un liquide dans les voies aériennes, elle est innocente le plus souvent, c'est vrai, mais il n'est pas possible de dire que l'introduction de tous les liquides soit aussi indifférente. La physiologie et la clinique nous l'ont appris depuis longtemps.

5° Le maniement des instruments dans l'intérieur du larynx n'est presque jamais suivi d'accidents, mais le fait peut n'être pas constant.

M. RENDU demande de quelle longueur la sonde avait pénétré chez le malade de M. Desnos.

M. DESNOS. La sonde avait pénétré jusqu'à l'index indiquant la partie du tube introduite dans l'œsophage.

M. RENDU. Cela juge la question. Il faut ajouter qu'il est bien plus facile d'entrer dans l'œsophage que dans le larynx.

M. FÉRÉOL. Il y a une grande différence à faire entre l'introduction d'un liquide faite directement dans le larynx ou le reflux d'aliments mêlés à du suc gastrique, ces derniers étant bien plus nuisibles pour les voies respiratoires et pouvant bien plus aisément déterminer une pneumonie infectieuse. C'est là, je crois, ce qui aura eu lieu dans le cas de M. Desnos.

M. DESNOS. Pour moi, ce reflux a été causé par un spasme de l'œsophage.

M. DELASIAUVE. Chez les aliénés, il serait extrêmement difficile de mettre le doigt dans la bouche pour faciliter l'introduction de la sonde dans l'œsophage. Dans bien des cas on risquerait de se faire couper le doigt.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ croit impossible de faire pénétrer dans le larynx le tube mou d'un centimètre de diamètre dont on se sert pour le gavage des phthisiques.

Un cas de rage humaine traité par le hoang-nan. — M. GINGEOT fait sur ce sujet une communication qu'il termine par les conclusions suivantes :

1° Il y a lieu, dit-il, de chercher par des études cliniques à vérifier l'opinion accréditée au Tong-King sur l'utilité du hoang-nan contre la rage.

2° La pratique orientale, qui consiste à faire prendre le médicament par la bouche, doit être rejetée, d'abord à raison de la dysphagie, ensuite à cause de l'éventualité des vomissements.

3° Le meilleur mode d'administration paraît devoir être l'injection sous-cutanée d'une solution aqueuse au dixième d'un extrait alcoolique ou acéto-alcoolique de hoang-nan, chaque centimètre cube de cette solution représentant probablement, sous le rapport de l'activité, environ trois des pilules dont les Tonquinois font usage.

4° Les injections seraient pratiquées itérativement à de courts intervalles, de la même façon qu'on ferait prendre des pilules, si l'on suivait le procédé d'Orient.

5° La dose maxima ne pouvant être indiquée d'avance, on ne suspendrait définitivement les injections qu'après avoir produit les phénomènes d'intolérance dont l'apparition coïncide, paraît-il, avec les effets thérapeutiques attendus.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ a eu à traiter cette question de la rage au conseil d'hygiène. Comme le dit M. Gingeot, la voie stomacale est mauvaise; la seule bonne est la voie hypodermique. La fausse angusture donne une composition identique à celle du hoang-nan, comme analyse et structure végétale.

Vingt-huit hommes et femmes sont morts de la rage en 1881. Tous les essais qui ont été tentés sont restés sans résultat. M. Pasteur réclame le système des étuves employé en Russie. Un homme est mordu par un chien enragé; il se présente au hammam, qui refuse de le recevoir; M. Pasteur intervient, mais l'homme est mort dans l'intervalle.

Les individus mordus à travers leurs vêtements sont généralement à l'abri des accidents; ceux, au contraire, qui sont mordus sur les parties découvertes, succombent presque toujours à la rage. J'ai eu l'occasion d'observer un fait assez curieux : trois membres d'une même famille sont mordus par leur chien, qui se sauve ensuite de la maison. Le lendemain matin, ils apprennent officiellement que ce chien était enragé. On comprend aisément leurs inquiétudes. Appelé auprès d'eux, je les soumets à un traitement par l'ail et les bains de vapeur, sans cependant beaucoup compter sur les effets de ce traitement. Néanmoins voilà six mois passés, et aucun d'eux n'a encore rien eu.

Malheureusement, dans tous les cas où la rage est déclarée, il

n'a pas été possible jusqu'ici d'obtenir un seul cas de guérison. Les expériences faites sur les chiens, à Alfort, avec la vulviline, ont montré que cette substance empêchait les manifestations de la rage, mais non la mort; les animaux meurent seulement dans une sorte de somnolence, sans phénomènes d'accès de rage. L'expérimentation sur le lapin est très-difficile et très-complexe, parce que le lapin, à la suite d'une inoculation rabique, peut mourir en quarante-huit heures de cette maladie du sang découverte par M. Pasteur, ou de la pastorine, en cinq jours de septicémie, ou en dix ou quinze jours de la rage. C'est sur le chien qu'il faut faire des expériences. Aujourd'hui M. Pasteur détermine la rage en introduisant dans les méninges de l'animal en expérimentation des parcelles du système nerveux d'un chien enragé. Toutes les expérimentations thérapeutiques faites sur l'homme sont restées jusqu'ici sans résultat. Un de nos collègues a eu la bonne idée de recourir au tube Faucher pour faire boire les hydrophobes.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 25 janvier 1882, M. Hodout, médecin de première classe de la marine, a été nommé chevalier de la légion d'honneur.

— Par décret en date du 26 janvier 1882, M. le docteur Renault, adjoint au maire de Cherbourg, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par arrêté ministériel en date du 24 janvier 1882, M. les docteurs Gariel, Gavarret, de Saint-Germain, Javal, Onimus, Panas, Maurice Perrin, Riant, Trélat et Worms sont nommés membres de la commission de l'hygiène des écoles près le ministère de l'Instruction publique.

— Par arrêté ministériel en date du 26 janvier 1882, la chaire d'anatomie pathologique de la Faculté de médecine de Paris est déclarée vacante.

— Par arrêté préfectoral en date du 28 janvier 1882, M. le docteur Schils, médecin-adjoint à l'asile public d'aliénés de Saint-Yon (Seine-Inférieure), est nommé médecin-adjoint de l'asile public d'aliénés de Ville-Évrard, en remplacement de M. le docteur Gallopain, appelé aux fonctions de directeur-médecin de l'asile public d'aliénés de Rodez.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Henry Floquet, maire de Custines (Meurthe-et-Moselle), décédé subitement le 19 janvier, à peine âgé de 37 ans.

— Nous souhaitons succès et longue vie à l'*Hygiène pratique*, dont nous recevons le premier numéro. Ce journal hebdomadaire (à 5 centimes le numéro) s'est donné pour mission de faire pénétrer les progrès de la science moderne dans toutes les classes sociales, et plus particulièrement dans les classes laborieuses.

— *Avis.* — Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 12327.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE.	3 mois : **8** fr. **50**.	— 6 mois : **16** fr.	— 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. .	3 mois : **10** fr. ».	— 6 mois : **18** fr.	— 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Tillaux est un vrai charmeur. Quels que soient les détails techniques relatifs à l'anatomie ou au manuel opératoire qu'il introduise dans le récit d'une opération chirurgicale, il sait fixer mieux que personne l'attention parfois si fugace de l'auditoire académique, et on se plaît à l'écouter.

La communication qu'il a faite cette fois sur une résection du nerf spinal dans un cas de spasme fonctionnel des muscles du cou ne demande aucun commentaire. Nos lecteurs la trouveront reproduite plus loin.

HOPITAL DE LA CLINIQUE. — M. DEPAUL.

Des soins à donner pendant le travail de l'accouchement (1)

II

Je vous ai dit dans la dernière leçon quels étaient les instruments qu'il était nécessaire, pour l'accoucheur, d'avoir auprès de lui en cas de nécessité. J'y ajouterai : 1° une lancette, afin de parer à une attaque d'éclampsie, bien qu'aujourd'hui l'on saigne si rarement que la plupart des médecins n'ont plus de lancettes sur eux; 2° une sonde de femme pour le cas où il surviendrait de la rétention d'urine pendant le travail ; 3° comme médicament, du seigle ergoté frais et bien préparé, je devrais dire, à l'exemple de Gubler, qui ne me pardonnerait pas le mot s'il vivait encore, de l'ergot de seigle; 4° enfin de l'eau chaude et de l'eau froide, ainsi qu'une petite baignoire. Mais tous ces différents objets, instruments et autres, doivent être soustraits à la vue de la femme qu'ils pourraient épouvanter ou seulement même impressionner péniblement.

En vous faisant cette énumération, j'entends vous parler de la pratique civile et non de l'hôpital, où vous n'avez pas à vous préoccuper de tous ces petits détails.

(1) Fin. — Voir le numéro du 28 janvier 1882.

Il vous faut aussi, dès votre arrivée auprès de la femme, choisir autant que possible, comme chambre où elle accouchera, une pièce large, convenablement aérée, bien exposée, c'est-à-dire l'hiver au midi, l'été plutôt au nord, en vue de la température.

Il faut vous assurer d'un lit convenable, veiller à ce que la femme n'ait auprès d'elle que des personnes qui lui soient agréables. Les femmes vous le diront elles-mêmes bien souvent, et vous prieront surtout d'éloigner leur belle-mère qui leur est le plus souvent, à ce moment, l'être le plus antipathique. Elles renverront quelquefois aussi de leur chambre le mari, auquel elles craignent de déplaire dans l'avenir par le tableau des évènements qui vont se passer. Généralement, une ou deux personnes autour d'elles, telles que leur mère et la garde, seules leur conviendront dans les derniers moments. Aussi, ce qu'il vous faut surtout en pareille occurrence, c'est du tact.

Maintenant, une autre question se présente. Pendant le travail, comment la femme doit-elle être vêtue? Il en est qui veulent, jusqu'au dernier moment rester complètement habillées et conserver leur corset, deux ou trois jupons, même la robe étroite en fourreau de parapluie, si à la mode aujourd'hui. Vous leur ferez comprendre qu'avant tout il faut qu'elles soient à leur aise, un peignoir, une chemise, un jupon assez large pour s'en débarrasser facilement.

Quant au lit, autrefois le médecin de campagne, — je parle de la fin du siècle dernier et du commencement de celui-ci, — le médecin mandé pour un accouchement s'en allait portant sur la croupe de son cheval le lit de misère, comme on l'appelait. Vous en trouverez la description et la gravure dans quelques vieux ouvrages.

Un peu plus tard, on avait dans les maisons un lit consacré à l'accouchement; c'était un lit de sangle, lequel a été détrôné depuis par le lit de fer, qui ne le vaut certainement pas à cause du dossier des pieds, dont la présence ne peut que gêner l'opérateur. Du reste, un lit spécial est-il bien nécessaire? Pendant longtemps je me suis servi d'un lit de fer avec un seul matelas, le tout de la hauteur d'une table et non pas plus bas, ce qui serait détestable. Puis, l'accouchement terminé, je transportais la femme dans son lit ordinaire. Mais j'ai reconnu des inconvénients à ce transbordement, voire même des dangers; c'est ainsi que parfois il a donné lieu à des hémorrhagies, par suite des mouvements auxquels la femme est forcément soumise; il se produit aussi quelquefois d'autres accidents, dus à la différence de température.

Aussi maintenant j'opère la femme sur le lit même où elle restera après l'accouchement, d'autant plus que ce lit, par sa largeur ordinaire pour deux personnes, simule à la rigueur deux lits, et il suffit alors de repousser la malade d'un bord du lit à l'autre pour nettoyer la partie souillée.

De plus, le lit, pourvu de deux matelas, dont l'un, replié en deux pour servir de dossier à la femme, sera placé en travers et au tiers du premier matelas, ce lit sera recouvert, afin d'éviter de tacher le lit, d'une toile cirée ou d'un tissu de caoutchouc. Chez les gens à qui leur position de fortune ne permettrait pas d'avoir cela, rappelez-vous qu'avec une vingtaine de grands journaux imbriqués les uns sur les autres et formant cinq ou six épaisseurs, vous atteindrez le même but. Enfin par-dessus le tout vous faites placer un grand drap ou une alèze. Ceci est pour la garniture du lit post partum, tandis que sur le bord du lit vous ferez placer une garniture mobile faite dans les mêmes conditions.

C'est ainsi que, l'accouchement terminé, il vous suffit d'enlever la garniture provisoire pour que la femme, repoussée sur la seconde partie du lit, se trouve placée dans un milieu frais et propre.

Cela dit sur les préparatifs de l'accouchement, qui sont loin d'être inutiles à bien connaître, il s'agit de déterminer la position à faire prendre à la femme, attitude qui varie selon la période plus ou moins avancée du travail et aussi selon la volonté de la femme, qui ne veut pas toujours céder aux conseils de son accoucheur. Ainsi, vous avez des femmes qui, à chaque douleur, courent à travers leur chambre et ne veulent s'asseoir que la douleur passée; il en est d'autres, au contraire, qui ne veulent pas quitter leur lit.

S'il n'existe pas d'indications spéciales, laissez-les faire à leur guise. Mais quelquefois il est nécessaire soit de les faire coucher, soit de les faire marcher. Le lit sera surtout recommandé si les membranes ont été rompues prématurément, autrement la position verticale tendrait à prolonger l'écoulement des eaux. Il en est de même dans les cas où, par suite de l'insertion vicieuse du placenta, il y aurait des hémorrhagies.

Au contraire, lorsque le travail languit, que les douleurs sont faibles et ne se reproduisent qu'à de longs intervalles, vous engagerez la femme à marcher, afin d'activer les douleurs.

Mais il arrive bientôt un moment où, de toute nécessité, il faut que la femme soit couchée : c'est lorsque le travail est assez avancé, que la tête de l'enfant presse sur le périnée, car il suffit alors parfois d'une seule et dernière contraction pour que l'accouchement se produise.

L'alimentation de la femme pendant le travail doit aussi être l'objet de quelques conseils. Elle dépend de la femme et du degré auquel le travail est parvenu. Au début, si elle a faim, qu'elle mange comme d'habitude, bien qu'il arrive souvent qu'elle digère moins facilement. Un peu plus tard, alors qu'il semble qu'il n'y ait plus que quelques heures à attendre pour que l'accouchement se fasse, conseillez à la femme de manger peu, de se contenter de bouillon, ou d'un potage, ou d'un peu de thé.

Quant à la rupture des membranes, elle se fait généralement toute seule. Cependant, lorsque la dilatation du col de l'utérus est complète, que les douleurs se font normalement sans que la rupture se produise, enfin si tout est normal et que l'enfant se présente bien, rompez les membranes afin d'accélérer le travail.

Vous les romprez aussi, mais plus tôt encore, lorsque les contractions utérines ne sont pas franches, ni suffisamment accentuées, et que la tête se présente bien, que la femme est en travail depuis douze ou quinze heures.

Mais ne les rompez jamais à tort et à travers, sous prétexte d'en terminer plus vite, sans vous être bien assuré des conditions où vous pouvez intervenir.

A la fin du travail, vous avez surtout à porter votre attention à préserver la femme de toute déchirure des organes génitaux externes et surtout du périnée. Cela dépend de vous dans la plus grande majorité des cas. Pour cela faire, on vous dit: Soutenez avec la main le périnée pour lui donner une force de résistance plus grande.

Il y a plus de trente ans que je l'ai dit, cette méthode est dangereuse et inutile, parce que la main n'empêche pas le périnée de se distendre et de se déchirer. Les périnées qui se déchirent sont ceux qui, sous un effort violent, se trouvent franchis rapidement et où tout passe d'un seul coup. Alors, vous avez des déchirures plus ou moins longues, de 1 centimètre pour les plus petites, pouvant atteindre pour les plus grandes jusqu'à l'anus. Ces dernières deviennent alors des lésions très-graves. Au contraire, le sphincter et le pourtour de l'anus ne sont-ils pas atteints, la plaie sera généralement sans gravité et guérira seule sans opération. C'est au point qu'aujourd'hui j'attends que les suites des couches soient complètement terminées pour, si par hasard la déchirure n'est pas cicatrisée, voir s'il est nécessaire d'intervenir chirurgicalement.

Quoi qu'il en soit, cette déchirure doit être évitée le plus possible, et pour cela il faut imiter la nature. En effet, normalement, le travail du passage à travers la vulve dure de deux à cinq heures, la tête poussée commence à apparaître, puis la douleur utérine s'arrête et la tête rentre. Nouvelle contraction, nouvelle poussée un peu plus forte, et ainsi de suite pendant plusieurs heures. Pendant ce temps, le périnée se dilate progressivement, le plancher du bassin s'amincit, et les oscillations de va-et-vient de la tête durent jusqu'au moment où celle-ci ne rentre plus, le périnée alors reste distendu. C'est là l'instant dangereux pour lui, instant qu'il s'agit de surveiller avec soin, en recommandant à la femme de modérer ses efforts d'expulsion sous peine d'accidents, et, il faut bien le lui dire aussi, sous peine de rester plus tard avec un vagin large. Or, toute femme ayant la prétention d'être et de vouloir rester étroite, si multipare qu'elle ait été, ce mot de « largeur » aura à lui seul beaucoup plus d'effet que tous les conseils que vous lui donnerez si vous ne lui parlez que de déchirure.

Il faut donc laisser au périnée le temps de se dilater en appliquant les doigts contre la tête de l'enfant pour la défendre d'une poussée brusque, et attendre patiemment que l'ouverture se soit peu à peu agrandie suffisamment; alors, s'il y a déchirure, vous n'aurez réellement plus qu'une petite éraillure insignifiante.

Il en est de même pour les épaules que pour la tête, et celles-là demandent encore à être surveillées avec attention pour éviter la lésion du périnée.

C'est ainsi que je suis toujours parvenu à éviter ces grandes déchirures, dont j'ai eu à peine trois ou quatre faits dans ma carrière d'accoucheur; encore, sur ce nombre, la moitié ont-ils guéri spontanément.

HOPITAL NECKER. — M. POTAIN.

De l'anasarque de cause nerveuse.

Nous avons à la salle Sainte-Adélaïde, aux numéros 5, 14 et 22, trois malades qui présentent cela de commun que toutes trois ont un œdème plus ou moins considérable, mais généralisé et méritant réellement le nom d'anasarque, et que de plus cet œdème n'est pas constant.

L'œdème est ordinairement un phénomène d'une valeur considérable au point de vue du diagnostic et du pronostic des maladies. Chez les femmes enceintes, comme le n° 22, il est ordinairement le signe d'une néphrite albumineuse qui peut être d'une très-grande gravité au moment de l'accouchement.

Lorsqu'il s'accompagne, comme chez la malade du n° 5, de palpitations, d'oppression, qu'il existe aux membres inférieurs et aux paupières, il caractérise le plus souvent quelque affection organique du cœur. Enfin, lorsqu'il se rencontre chez des sujets atteints de tuberculisation pulmonaire, comme au n° 14, et qu'il est généralisé à la face et aux membres, il entraîne l'idée d'une cachexie profonde et de quelques tuberculoses rénales.

La malade du n° 5, bien qu'éprouvant depuis longtemps déjà des palpitations et une certaine oppression, ne présente aucune lésion organique du cœur, pas de rhumatisme, pas de maladie inflammatoire. Mais cette femme, non mariée, âgée de vingt-huit ans, est très-nerveuse, colérique, emportée même, riant ou pleurant facilement pour un rien; quittant ses parents, il y a cinq ans environ, elle paraît avoir mené une tout autre vie que celle de la famille, tout en exerçant le métier de couturière et travaillant avec une machine à coudre. Elle présente encore certaines modifications de la sensibilité, à tel point qu'elle est profondément analgésique des deux côtés bien que la sensibilité tactile soit parfaitement normale chez elle, coïncidence que l'on rencontre fréquemment chez les femmes quelque peu hystériques comme notre malade paraît l'être.

Si l'on examine le cœur, on lui trouve tout d'abord une étendue normale, bien que la pointe en soit un peu abaissée et se trouve dans le cinquième espace intercostal, ce qui tient assez souvent à une conformation individuelle, à une inclinaison plus ou moins prononcée des côtes. A l'auscultation, on perçoit un souffle plus médio-systolique que réellement systolique, dont le maximum est surtout au niveau du troisième espace intercostal, c'est-à-dire dans la partie du cœur recouverte par le bord du poumon gauche, tandis qu'il ne s'entend nullement dans la partie découverte; de plus, il est très-superficiel. Ce bruit ne tient donc nullement à une affection organique du cœur; il est absolument extra-cardiaque.

Enfin cette jeune femme présente des signes certains de chloro-anémie qui nous expliquent son état névropathique et les palpitations qui en résultent. Quant aux urines, elles ne contiennent aucune trace d'albumine.

Au numéro 14, nous avons, comme nous l'avons dit en commençant, une femme aussi évidemment tuberculeuse que possible, arrivée au troisième degré, avec un certain amaigrissement, de la bouffissure de la face et de l'œdème des extrémités. Mais cette anasarque est-elle le résultat d'une cachexie profonde avec une désalbuminisation du sang? Je ne le crois pas : bien que la maladie soit avancée, il n'existe pas de diarrhée, elle n'en a jamais eu, pas de troubles digestifs sérieux; enfin les urines ne contiennent pas non plus d'albumine.

Voici donc une anasarque qui n'a pas son explication dans son sens habituel, pas plus que chez la précédente malade.

Enfin, au numéro 22, est couchée une femme enceinte de huit mois et demi qui a eu des vomissements au début de sa grossesse, vomissements qui ont reparu depuis quinze jours. Cette femme a déjà eu deux enfants, ou plutôt deux grossesses antérieures, car elle n'est jamais accouchée à terme, et chaque fois elle a présenté les mêmes phénomènes. Elle est, du reste, bien portante, sauf une grande pâleur, une bouffissure assez notable de la face et un certain gonflement des jambes. Le ventre présente un développement normal; on ne constate nulle tuméfaction des veines, donc aucun soupçon pour nous d'une compression quelconque. Le cœur n'a rien, le fœtus est parfaitement vivant, et les urines faciles ne renferment pas d'albumine.

Tels sont ces trois cas d'anasarque ou d'œdème généralisé sans cause explicative suffisante, tous trois se présentant dans des conditions différentes. Mais il faut bien savoir que l'œdème du tissu cellulaire ne s'explique pas toujours facilement, et que dans certains cas l'on ne doit se prononcer qu'avec une certaine réserve.

On dit généralement que l'œdème est le résultat soit d'un obstacle à la circulation veineuse, soit de quelque altération du sang, de sa désalbuminisation. Mais vous avez des malades qui ont de l'anasarque dès le premier jour que leurs urines contiennent de l'albumine; il en est même chez lesquels nous l'observons dès la veille, c'est-à-dire à une époque où il n'existe encore aucune altération du sang.

Il en est d'autres chez lesquels l'anasarque, due à une affection rénale, n'est pas généralisée, mais se cantonne à la moitié du corps correspondant à l'organe malade, dans le cas de contusion du rein par exemple, tandis que dans la maladie de Bright les deux reins sont également pris. Or, si l'altération du sang était la véritable cause de l'anasarque, serait-il possible d'admettre que le sang du côté gauche, par exemple, est différent du sang du côté droit?

Il faut donc en chercher l'explication ailleurs, dans une perturbation du fonctionnement du système nerveux central, lequel influe encore quand il existe un obstacle à la circulation veineuse.

Pourrez-vous également attribuer la bouffissure des chlorotiques à l'albuminurie? mais toutes les chlorotiques ne sont pas albuminuriques, loin de là, tandis que, toutes, elles sont nerveuses. L'anasarque elle-même n'est pas toujours proportionnelle à la chlorose. Il y a même des sujets très-fortement chlorotiques qui n'ont pas du tout d'anasarque.

C'est ainsi que le numéro 5 n'est que légèrement chloro-anémique, et cependant elle a une anasarque assez prononcée. Celle-ci n'est donc pas toujours, vous le voyez, en rapport avec l'état du sang. Ce même fait de la désalbuminisation du sang est loin d'être prouvé, car dans certains cas vous avez trouvé, au contraire, un sang plus riche en albumine. La déglobulisation du sang n'est pas en rapport non plus avec les palpitations, ce qui signifie qu'entre les palpitations et la chloro-anémie il y a des relations mécaniques et des relations vitales ou nerveuses.

Si donc, revenant à nos trois malades, nous cherchons la cause de leur anasarque, nous verrons que, chez le n° 5, les troubles circulatoires ne sont que la conséquence de troubles nerveux assez intenses.

La bouffissure se fait par poussées subites, survient surtout après les repas, alors que la malade est debout, s'accompagne de démangeaisons analogues à celles de l'urticaire, et l'on pourrait dire que chez elle le prurit est de même nature que dans cette affection.

Quant au nº 14, la phthisie pulmonaire n'est pas la cause exclusive de l'anasarque, mais elle est très-vraisemblablement due à quelque altération des seins qui réagit sur le système nerveux central vaso-moteur sans désalbuminisation du sang.

Enfin, chez le nº 22, la distension utérine, pour une raison que nous ignorons, réagit également sur le système nerveux et détermine les vomissements et l'anasarque. Ici la constatation du fait est d'autant plus importante qu'elle entraîne un pronostic bénin tout autre que s'il s'agissait d'une altération du liquide sanguin, d'une désalbuminisation.

HOTEL-DIEU DE MARSEILLE. — M. A. Fabre.

Les phthisies latentes et larvées (1).

(Leçon recueillie par M. le docteur Audibert.)

II

Les signes stéthoscopiques de la phthisie peuvent être encore masqués par le retentissement des bruits de la phthisie laryngée. Si, chez notre nº 30, la phthisie laryngée, mêlant ses signes et le retentissement pulmonaire de ses râles aux bruits nés dans le poumon, se bornait à rendre difficile l'appréciation des phénomènes pulmonaires, il est d'autres cas où les bruits laryngiens couvrent absolument les bruits pulmonaires, témoin notre nº 7 de la salle Ducros. Quand vous auscultez ce malade entre les deux épaules, vous entendez un ronchus considérable qui n'est pas précisément du souffle, mais est plus rude et plus dur que le souffle bronchique. C'est le retentissement des bruits forts et stridents que vous percevez dans toute leur intensité en appliquant le stéthoscope à la partie supérieure de la trachée. Ce retentissement est tel que les bruits produits sur place par une tuberculisation de la partie supérieure et interne du poumon peuvent passer inaperçus. Cependant, si, dans cette région même, vous auscultez au moment où le malade tousse, vous pouvez encore percevoir quelques râles; vous pouvez aussi en percevoir ailleurs, et notamment à l'extrémité externe de la fosse sus-épineuse gauche, où les bruits laryngiens ne retentissent pas. Enfin vous avez à contrôler l'auscultation par la percussion, qui vous donne de la matité, et dont les résultats seraient négatifs dans le cas où les ronchus laryngiens se propageraient dans un poumon sain.

La percussion, par contre, ne nous éclaire guère quand, comme chez notre nº 4, les principales lésions tuberculeuses se passent dans les ganglions bronchiques; non-seulement elle ne vous éclaire pas, mais encore elle peut vous égarer. Vous percevez une matité interscapulaire et vous ne savez si elle vient des ganglions ou du poumon. D'ailleurs l'auscultation peut aussi vous induire en erreur en vous donnant ici non-seulement du souffle, mais encore de petits gargouillements produits par le retentissement des bruits trachéo-bronchiques à travers l'induration ganglionnaire. Alors auscultez et percutez ailleurs; auscultez et percutez en dehors; auscultez et percutez en avant, sous la clavicule. C'est le seul moyen de constater les signes qui sont en quelque sorte personnels à la tuberculisation des poumons que masque en partie la tuberculisation ganglionnaire.

La phthisie peut également être latente et larvée dans ses signes rationnels, et les principales des affections qui la rendent ainsi latente et larvée, latente en supprimant ses symptômes, larvée en leur substituant d'autres symptômes, sont encore des affections d'origine tuberculeuse.

Toutes les affections produites par la tuberculose et qui occupent un point du corps autre que la poitrine sont susceptibles de produire ces phthisies latentes et larvées. On peut les diviser en trois catégories suivant qu'elles siègent à la tête, à l'abdomen ou aux membres.

A la tête, je ne veux pas parler de la tuberculisation cérébrale, mais seulement de la folie des tuberculeux. J'ai eu dans d'autres circonstances occasion de vous citer ces cas déjà connus au temps hippocratique, où la folie éclatant chez un phthisique suspend les signes rationnels et ralentit la marche de la phthisie. Le phthisique devenu fou n'expectore plus et même ne tousse plus; les signes physiques de sa maladie persistent, mais ils restent limités et ne s'aggravent que lentement; c'est qu'il n'y a plus de mouvement inflammatoire ou fluxionnaire autour des tubercules. Dans ce cas, on voit la folie, on ne recherche pas ou on oublie la phthisie.

C'est un phénomène analogue qui se passe dans certaines affections tuberculeuses de l'abdomen. Vous en avez eu une double preuve sous les yeux, chez le malade qui était atteint de tuberculisation du péritoine et chez celui qui était porteur de tubercules des organes génito-urinaires. Le premier n'avait presque pas de toux et d'expectoration, mais il se plaignait de dyspnée; la phthisie chez lui n'était pas complètement latente, elle était en grande partie larvée par les phénomènes abdominaux. Chez le second, la toux et l'expectoration ne frappaient pas l'attention comme l'anasarque intense et le refroidissement sensible des extrémités; c'était encore une phthisie un peu latente, beaucoup larvée.

Les phénomènes d'origine abdominale qui, chez ces deux malades, masquaient la phthisie pulmonaire et détournaient d'elle l'attention du médecin, étaient assez remarquables pour que nous nous y arrêtions un moment.

Certaines maladies sont des protées, et un état morbide toujours le même dans sa nature peut se présenter au clinicien sous les formes les plus variées; voilà ce que prouve une fois de plus l'exemple de ces deux phthisiques qui se présentaient à nous, l'un avec des tumeurs multiples de l'abdomen, l'autre avec les apparences séméiotiques d'une maladie de Bright.

La tuberculisation péritonéale se manifestant sous forme de tumeurs multiples et volumineuses, voilà un fait remarquable à noter au double point de vue du diagnostic des affections tuberculeuses avec les autres tumeurs et des affections tuberculeuses entre elles.

Quand chez un individu dans la force de l'âge on constate dans l'abdomen des tumeurs multiples, assez dures, mal limitées, du volume d'un œuf et même d'une orange, on penserait volontiers à du cancer plutôt qu'à des tubercules. Nous avons cependant, chez notre nº 32, porté le diagnostic de tuberculose et non de cancer, pour deux ordres de raisons: l'état local et l'état général. L'état local: remarquez que, malgré le volume et le nombre de ces tumeurs, il n'y avait pas ici d'obstacle sérieux à la circulation des matières fécales: le tubercule, en effet, est un voisin quelquefois supportable; le cancer, par contre, est un voisin intolérable; il adhère intimement à ce qu'il touche et il comprime ce à quoi il adhère. Des tumeurs comme celles de notre malade auraient, si elles eussent été cancéreuses, presque infailliblement produit un étranglement interne. L'état général nous guidait aussi; nous n'avions pas du tout ici le teint spécial du cancer, mais les sueurs nocturnes et la fièvre rémittente de la tuberculose. Mais si nous avons pu assez facilement reconnaître la nature tuberculeuse des tumeurs abdominales, nos présomptions sur le siège de ces tumeurs ne se sont pas du tout réalisées. Je croyais qu'elles occupaient de préférence les ganglions et que telle était la cause de leur forme principalement globuleuse; il n'en est rien. Elles occupaient le péritoine; elles étaient constituées par des granulations caséeuses qu'entouraient de vastes proliférations fibreuses. Grancher a défini la tuberculose un processus fibro-caséeux. Nous avons pu constater ici l'exactitude de cette définition et reconnaître une fois de plus,

(1) Fin. — Voir le numéro du 26 janvier 1882.

cette fois pour la phthisie abdominale, l'importance que peuvent prendre les proliférations fibreuses parmi les lésions de la phthisie.

Chez notre deuxième malade, c'était par contre l'état caséeux qui dominait, et cet état caséeux avait pour siège principal l'appareil génito-urinaire. Les testicules étaient affectés; le testicule gauche, volumineux, était presque complètement rempli par une masse caséeuse qui se laissait encore couper; dans le testicule droit, on trouvait une petite masse tuberculeuse près de l'épididyme. Remarquez bien ce fait. On a voulu faire de la tuberculisation du testicule une maladie purement scrofuleuse, différente de la phthisie. L'apparition simultanée de la tuberculisation du testicnle et de la tuberculisation pulmonaire chez un même sujet et pendant la même maladie, vient protester contre cette manière de voir et montrer que la tuberculisation du testicule appartient réellement à la phthisie. J'ajoute que dans des cas douteux de phthisie plus ou moins latente l'apparition des signes de la tuberculisation du testicule peut éclairer le diagnostic, d'autant plus qu'il arrive, ce qui n'est même pas très-rare, que, malgré la loi de Louis, la tuberculisation occupe le testicule avant d'envahir les poumons.

Mais c'est la tuberculisation des voies urinaires qui, chez ce malade, présentait surtout une intensité remarquable et un intérêt réel. Le rein gauche avait l'aspect du gros rein blanc. Près du bassinet, on apercevait trois grandes masses caséeuses, dont deux en partie désagrégées formaient à leur centre une véritable caverne; autour d'elles le tissu rénal était d'un rouge vif. Dans une pyramide on trouvait encore une petite masse blanche, mais encore désagrégée. Le rein droit avait plus encore l'aspect du gros rein blanc. En le pressant, on sentait à sa partie supérieure une masse dure. A la coupe, on voyait que le quart supérieur environ était rempli par une grande masse caséeuse sans désagrégation et dont la couleur d'un blanc jaunâtre contrastait avec la coloration rouge du tissu ambiant. De petites masses analogues étaient disséminées dans les pyramides et dans la substance corticale. La vessie était petite, à parois épaisses, et sous sa muqueuse on voyait de petites ecchymoses. La prostate ne formait plus qu'une coque recouverte de granulations; tout le centre s'était désagrégé et avait disparu. Les vésicules séminales étaient transformées en cavernes. Telle était la tuberculose, non-seulement des reins, mais des voies urinaires, dont les symptômes ont, chez notre malade, transformé l'aspect séméiotique de la phthisie pour lui donner, par la prédominance de l'anasarque, l'aspect d'une maladie de Bright.

Vous remarquerez ici les résultats négatifs de l'analyse des urines où nous avons, à plusieurs reprises, cherché en vain l'albumine. Ainsi voilà un cas de lésion extrêmement importante et fort étendue des reins sans albuminurie; il en résulte que pour diagnostiquer les altérations rénales dans la tuberculose on ne doit pas se contenter de l'analyse chimique, mais qu'il faut encore et surtout l'examen microscopique, lequel, pratiqué avec soin et fréquemment réitéré, peut parfois révéler la présence de détritus caséeux.

Vous observerez encore que, malgré l'absence d'albumine dans les urines, il y avait chez notre malade une anasarque très-considérable. Elle est donc erronée, la doctrine qui fait de l'infiltration œdémateuse la conséquence de la déperdition abondante d'albumine, de l'hypo-albuminose du sang.

Vous vous rappellerez également que chez notre homme il y avait, non pas, comme dans les néphrites interstitielles, une hypertrophie du cœur gauche, mais bien une dilatation du cœur droit. La lésion rénale n'avait pas retenti sur le cœur, c'était la lésion pulmonaire qui avait produit cette dilatation cardiaque par obstacle, non à la grande, mais à la petite circulation, et à son tour la dilatation du cœur droit, avec l'insuffisance tricuspidienne qui en résultait, avait, en amenant le reflux du sang dans l'arbre veineux, contribué à l'augmentation de l'anasarque.

Vous observerez enfin qu'il y avait chez ce même sujet un refroidissement des extrémités qui, dès le premier jour, avait fixé mon attention et, le malade étant à mes yeux convaincu de tuberculose, m'avait permis de diagnostiquer une lésion tuberculense des reins. Ce refroidissement des extrémités révélait ici, non la nature de l'affection, mais son siège. Quand vous constatez chez un malade un abaissement sensible de la température périphérique, cherchez une lésion abdominale et spécialement une lésion rénale. Il y a probablement dans ces cas retentissement sur le grand sympathique; mais, quelle que soit l'explication, rappelez-vous que l'anasarque et le refroidissement des extrémités nous ont fait diagnostiquer une lésion rénale dont un examen plus complet du sujet nous a permis de reconnaître la nature tuberculeuse.

J'ai beaucoup insisté sur les phthisies larvées par des affections tuberculeuses de l'abdomen, parce que nous en avions deux beaux exemples sous les yeux. Il me suffira de vous signaler en terminant les cas de tuberculisation pulmonaire dont l'existence est révélée, mais dont les signes sont larvés par une tuberculisation concomitante des membres. Je veux parler de ces affections articulaires, de ces tumeurs blanches avec suppuration dont l'origine tuberculeuse ne saurait plus être contestée aujourd'hui. Tant que dure la tumeur blanche et surtout tant que dure la suppuration, il arrive que la phthisie pulmonaire produit peu de toux, peu d'expectoration et marche avec lenteur pour reprendre sa marche rapide et le cortège complet de ses symptômes quand la tumeur blanche aura été supprimée. Il faut, dans ces cas, non pas demander au malade s'il tousse et s'il crache, mais l'ausculter avec le plus grand soin.

Cette influence d'un écoulement utile au point de vue du traitement, perfide au point de vue du diagnostic, nous la retrouvons dans d'autres lésions, telles que les fistules à l'anus et les otites suppurées. Dans ces cas, la phthisie reste latente, et, qui mieux est, atténuée. Le médecin doit, en même temps que connaître ces causes possibles de diagnostic erroné, respecter les procédés naturels de traitement palliatif.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 janvier 1882. — Présidence de M. Gavarret.

RAPPORT

M. JULES LEFORT, au nom de la commission des eaux minérales, lit une série de rapports sur des demandes en exploitation de nouvelles sources minérales pour l'usage médical.

Les conclusions de ces rapports sont adoptées après quelques observations de M. Chatin.

ÉLECTION

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre correspondant national dans la quatrième division.

La commission présente :

En première ligne, M. Schlagdenhauffen (de Nancy).

En deuxième ligne *ex æquo*, MM. Boudier (de Montmorency), et Garrau (de Lille).

Le nombre des votants étant de 68, majorité 35,

M. Schlagdenhauffen obtient. . . . . 54 suffrages.
M. Boudier. . . . . 9 —

En conséquence, M. Schlagdenhauffen, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre correspondant de l'Académie.

COMMUNICATION

Torticolis fonctionnel, résection du nerf spinal. — **M. TILLAUX** communique à l'Académie l'observation d'un fait remarquable au point de vue clinique et au point de vue chirurgical. Il s'agit d'une femme de trente-deux ans, qui entra le 15 novembre 1879 à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Desnos, présentant un genre d'affection non encore décrit. Quand sa tête était soutenue et maintenue en place par un point

d'appui, elle ne ressentait rien d'anomal; mais, si sa tête, cessant d'être appuyée, était abandonnée à elle-même, aussitôt la malade la sentait entraînée d'une manière irrésistible dans une position toujours la même. Le menton se portait à gauche et la tête, pendant ce mouvement de rotation, se penchait sur l'épaule droite, comme dans le torticolis proprement dit dû à la rétraction du muscle sterno-cléido-mastoïdien. Il n'y avait pourtant pas de contracture musculaire appréciable à la palpation. La malade, qui ne pouvait pas résister à cette espèce de spasme ni le contre-balancer par une contraction volontaire des antagonistes, éprouvait alors une douleur excessivement vive dans le côté gauche du cou, au niveau des premières vertèbres cervicales.

M. Desnos considéra cette malade comme atteinte d'un spasme fonctionnel des muscles du cou. Il en parla à la Société de médecine dans la séance du 15 novembre 1879, et il la fit examiner successivement par MM. Vulpian et Laboulbène. Sur leur avis, on la traita successivement pendant plusieurs mois par les courants induits, par les courants continus, l'application d'un aimant, la métallothérapie, etc. Mais elle n'en retira aucun avantage, et elle sortit de l'hôpital plus souffrante peut-être que lors de son entrée.

Tout travail lui était devenu impossible, et le 25 mai 1880 elle se fit recevoir à l'hôpital Beaujon dans le service de M. Tillaux, espérant que la chirurgie trouverait peut-être contre son mal des ressources plus efficaces que la médecine. Le 8 juin suivant, M. Tillaux, pensant que la branche sternale du muscle sterno-cléido-mastoïdien devait être surtout en cause, se décida à pratiquer la résection du tendon sternal de ce muscle. L'opération ne fut suivie d'aucun accident, la plaie guérit très-vite, mais la situation de la malade resta exactement la même, et elle ne cessait de réclamer une nouvelle opération qui pût la soulager.

M. Tillaux songea à la résection du nerf spinal. Ce nerf, presque aussitôt après sa sortie du trou déchiré postérieur, se divise en deux branches, dont l'une, interne, s'anastomose avec le nerf pneumogastrique, et dont l'autre, passant d'abord près de l'angle de la mâchoire, à travers la glande parotide, s'en dégage pour se diriger vers le milieu du muscle sterno-cléido-mastoïdien. Là elle se partage en deux rameaux, dont l'un se distribue dans le sterno-cléido-mastoïdien, et dont l'autre descend plus bas suivant une même direction pour aller se perdre dans le trapèze.

Ainsi deux muscles sont animés par cette branche externe du nerf spinal, mais non pas exclusivement, car l'un et l'autre reçoivent aussi d'autres branches nerveuses. Ce sont les deux muscles qui jouent le principal rôle dans les véritables torticolis, et on était en droit d'espérer qu'on pourrait faire cesser le spasme fonctionnel en modifiant leur innervation. Déjà, du reste, à l'étranger, quatre fois on avait traité des affections fort analogues en agissant sur le spinal, soit par la résection, soit par l'élongation,

L'élongation avait donné de très-bons résultats à Mosetig dans une opération qu'il avait pratiquée en 1880 sur un prêtre. Mais M. Tillaux s'assura sur un cadavre dont il avait ouvert la boîte crânienne et enlevé les hémisphères cérébraux en respectant le bulbe, que, lorsqu'on tirait sur le spinal, on communiquait en même temps au bulbe des mouvements qui prouvaient un tiraillement violent. Il préféra donc la résection, opération beaucoup plus innocente en ce qu'elle n'exposait pas à une lésion du bulbe. Pour arriver sur le nerf spinal, M. Tillaux pouvait choisir entre deux procédés; il pouvait: 1° faire une incision le long du bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien; 2° suivre le bord postérieur de ce même muscle. Il préféra cette dernière voie comme exposant moins à léser des vaisseaux ou des nerfs autres que le spinal.

Le 15 décembre dernier, ayant tracé une ligne horizontale au niveau de l'angle de la mâchoire et une autre ligne horizontale au niveau du bord supérieur du cartilage thyroïde, il découvrit entre ces deux limites le bord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien; il arriva sur le nerf spinal, qu'il saisit avec un crochet et qu'il réséqua sur une longueur de trois centimètres jusque vers son point d'émergence de la parotide. Puis il fit la réunion immédiate avec pansement Lister. Les suites furent très-simples. Quant aux résultats thérapeutiques, ils sont satisfaisants. La malade n'est pas complètement guérie, mais elle peut maintenant parfois vaincre le spasme en faisant effort, et il lui suffit d'avoir la tête appuyée par derrière sur le dossier d'un fauteuil pour que ce spasme ne se produise pas. Peut-être la guérison se complétera-t-elle d'elle-même au bout de quelques mois, comme cela a eu lieu chez le prêtre opéré par Mosetig.

On pouvait se demander si cette résection de la branche externe du nerf spinal n'influerait pas sur la phonation. En effet, Claude Bernard avait considéré le nerf spinal dans *toutes ses parties* comme un nerf phonateur. Suivant lui, la branche externe, en faisant contracter le trapèze et le sterno-cléido-mastoïdien, contribuerait à compléter et à prolonger les mouvements de soufflet du thorax pendant la diction soutenue ou le chant. Mais chez la malade on n'a pas remarqué de modification de la voix.

DISCUSSION

M. JULES GUÉRIN dit que le fait de M. Tillaux est surtout curieux parce qu'il y a eu résection et non section simple du nerf spinal. La section simple du nerf spinal a déjà été opérée en fait à plusieurs reprises par M. Jules Guérin dans des cas semblables. Ces cas rentrent dans le cadre des torticolis spasmodiques, torticolis que ni Stromeyer ni Amussat n'avaient su distinguer des vrais torticolis par rétraction des muscles, mais que M. Jules Guérin a bien mis en lumière et a guéris par un traitement spécial. Pour la classe des torticolis par rétraction, la section doit porter sur les tendons des muscles atteints. Pour les torticolis spasmodiques, au contraire, M. Jules Guérin les fait porter sur le milieu des muscles eux-mêmes, dont il a pour but de modifier l'innervation par ce moyen. Or M. Tillaux vient de montrer qu'en coupant ainsi par le milieu le muscle sterno-cléido-mastoïdien on coupe en même temps le nerf spinal. C'est peut-être cette section du nerf spinal qui a causé la guérison chez trois malades que M. Jules Guérin a opérées de la sorte par la méthode sous-cutanée.

M. TILLAUX connaît bien les faits de torticolis spasmodique, mais il lui semble que le cas de la jeune femme opérée par lui ne rentrait pas dans cette classe. En effet, lorsqu'il y a un spasme musculaire, le mouvement est brusque, le muscle se durcit et on le sent dur au toucher. Or chez cette femme le mouvement de rotation et d'abaissement à droite de la tête était lent, se faisant sans force; il était facile de l'empêcher par le moindre obstacle, et, à la palpation des muscles du cou, on n'en trouvait aucun de dur et de contracté. C'est même en cela principalement que ce fait est exceptionnel.

M. PANAS demande à M. Tillaux :

1° Si les opérations d'élongation du nerf spinal faites à l'étranger ont différé par les résultats de la résection qu'il a faite;

2° Si les procédés pour mettre le nerf à découvert ont été différents ou non;

3° Si l'élongation de ce nerf n'a jamais produit d'accidents.

M. TILLAUX dit que les opérations d'élongation ou de dissection du nerf spinal pratiquées antérieurement sont au nombre de quatre, à sa connaissance. Il y a celle d'Annandale (1878), de Mosetig (1880), et en outre celles de Morgan et de Rewington, mentionnées par Mosetig, mais sur lesquelles on n'a pas de détails.

Annandale découvrit le nerf en suivant le bord antérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien. Il voulait d'abord pratiquer l'élongation, mais il n'osa pas tirer trop fort, et il eut soin de passer sous le nerf un fil de soie afin de le réséquer si la première opération était restée insuffisante. C'est ce qui eut lieu en effet, et en définitive Annandale réséqua une certaine longueur de la branche externe du spinal.

Quant à Mosetig, il pratiqua l'élongation en *tirant très-fort* sur le nerf. Il l'avait mis à découvert en suivant le bord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien. Il n'y eut aucun accident, et la guérison se compléta en quelques mois.

M. BOULEY demande si, chez la malade de M. Tillaux, on avait employé une bande de caoutchouc faisant échec au spasme et maintenant ainsi la tête dans une bonne position.

M. TILLAUX ne croit pas que ce moyen ait été mis en usage.

M. JULES GUÉRIN est prêt à admettre que, parmi les torticolis spasmodiques, celui qu'a décrit M. Tillaux forme une espèce nouvelle. Mais, du moment où il y a spasme, il y a contraction musculaire, et on pourrait toujours essayer la section sous-cutanée du muscle, opération sans aucun danger.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 30 janvier 1882, M. Jules Ferry, député, est nommé ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, en remplacement de M. Paul Bert, dont la démission est acceptée.

— Par décret en date du 26 janvier 1882, les fonctions de secrétaire agent comptable près la Faculté de médecine de Paris sont supprimées. M. Pinet est admis à faire valoir ses droits à la retraite.

Il est institué, près cette Faculté : 1° un secrétaire ; 2° un agent comptable.

Sous l'autorité du doyen, le secrétaire tient toutes les écritures et fait la correspondance de la Faculté, pour tout ce qui ne touche pas à la question financière. Sous la même autorité, l'agent comptable est chargé des recettes et des dépenses ; il surveille l'emploi des fonds pour frais de cours, travaux pratiques, collections ; il est préposé à l'entretien du matériel.

Le secrétaire est nommé par le ministre de l'instruction publique. L'agent comptable est nommé par le ministre de l'instruction publique et commissionné par le ministre des finances. M. Pupin est nommé secrétaire de la Faculté. M. Dumoulin est nommé agent comptable de ladite Faculté.

— Par décret en date du 25 janvier 1882 :

« Dans les établissements hospitaliers de la marine la direction et la police appartiennent au corps de santé. Elles sont exercées par le directeur du service de santé ou, à son défaut, par l'officier du corps le plus élevé en grade.

Il a sous ses ordres les médecins, les pharmaciens, les sœurs hospitalières, les infirmiers maritimes, les portiers-consignes, les gardiens-consignes et les gardiens du conseil de santé, les jardiniers botanistes, les garçons de pharmacie et les journaliers affectés à la propreté de l'hôpital.

Le commissaire de l'hôpital est chargé de la comptabilité et de la tenue des écritures. Il dresse les cahiers des charges relatifs aux achats et assiste aux adjudications, tant pour fournitures que pour vente d'objets inutiles ou hors de service. Il constate la recette et la dépense des hôpitaux, enregistre tous les mouvements de l'hôpital, entrées, sorties, évacuations, décès, et toutes les écritures qui s'y rapportent. Il a sous ses ordres le personnel affecté à la comptabilité et aux écritures, c'est-à-dire les employés du commissariat, les agents comptables, les sœurs hospitalières chargées du mobilier, de la cuisine, de la lingerie, et les agents divers préposés aux mêmes services.

Les détails relatifs au fonctionnement du service hospitalier seront déterminés par un règlement du ministre de la marine.

Toutes dispositions contraires à celles du présent décret sont et demeurent abrogées. »

— M. le docteur Garrigou vient de faire à Bordeaux une conférence sur le burquisme. Nous apprenons avec plaisir le succès du conférencier, qui a retracé avec une vraie émotion la vie du docteur Burq, vie toute dévouée à une œuvre pour laquelle il a eu tant à lutter.

— Une des célébrités médicales du royaume-uni de la Grande-Bretagne, sir Robert Christison, est mort samedi à Édimbourg, à l'âge de quatre-vingt-quatre ans. Il avait été élu, en 1875, associé étranger de l'Académie de médecine de Paris. Docteur de la Faculté de Paris, il professa pendant de longues années la médecine légale à Édimbourg. Il avait été créé baronnet en 1871.

— La réunion annuelle des Sociétés savantes aura lieu à la Sorbonne les 11, 12, 13 et 14 avril prochain. La distribution solennelle des récompenses aux lauréats se fera le samedi 15 avril, à midi, dans le grand amphithéâtre, sous la présidence du ministre de l'Instruction publique.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales, publié sous la direction de M. le docteur A. DECHAMBRE, avec la collaboration d'un très-grand nombre de professeurs, de médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires et de la marine. — La 2e partie du tome XVI de la 2e série, la 2e partie du tome X de la 3e série, la 2e partie du tome VII et la 1re partie du tome VIII de la 4e série, viennent de paraître aux librairies Asselin et Cie et G. Masson; ils contiennent les articles suivants : *Optique* (physique), par M. Gariel. — *Orbite*, par M. Chauvel. — *Sorcellerie*, par M. Chéreau. — *Sous-clavière*, par MM. Le Fort et Dechambre. — Paris, Asselin et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 12327.

63

AFFECTIONS DES BRONCHES ET DE LA GORGE

Une petite mesure (12 centigr.) de

Sulfureux Pouillet

dans un verre d'eau donne de suite une Eau sulfureuse incolore et d'une conservation parfaite.

Marcellin Pouillet Fl. pr 10 litres d'eau. 2f,50

Fl. pour un bain.. 1 fr.

Donc, **économie** et **préparation** toujours **identique**.

Approuvé par l'Académie de médecine.

CLERMONT, 112, rue du Bac, Paris.

76

Vin bi-digestif de Chassaing

A LA PEPSINE ET A LA DIASTASE.

(*Rapport favorable de l'Académie de médecine de Paris, le* 29 *mars* 1864.)

Le rôle que chacun de ces deux ferments joue dans l'acte de la digestion étant bien distinct, les médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la Pepsine, qui dissout et rend assimilables les aliments azotés, à la Diastase, dont l'action se porte sur les aliments féculents pour les transformer en glycose et les rendre ainsi propres à la nutrition.

Ils trouveront donc dans nos préparations un médicament capable à lui seul de dissoudre le bol alimentaire complet et le remède le plus rationnel pour combattre les affections des voies digestives.

Paris, 4, avenue Victoria.

78

Quinquina Ch. de Pindray

AU BROU DE NOIX DU PÉRIGORD.

Liqueur très-agréable au goût, préparée avec des quinquinas rigoureusement exacts. Contenant sous un petit volume une forte dose de principes actifs du Quinquina et du Noyer, elle est bien supérieure à toutes les préparations à base de Quinquina.

Dépôt: Phie FAYARD, 28, rue Montholon, Paris.

67

NEVRALGIES — MIGRAINES

PILULES ANTI-NÉVRALGIQUES AU

Gelsemium sempervirens

du docteur G. FOURNIER.

Une à cinq pilules au maximum en 24 heures.

Pharmacie de la Madeleine, 5, rue Chauveau-Lagarde, Paris.

Exiger la signature du Dr FOURNIER.

41

Fer Chevrier et Gicquel

Solution concentrée et titrée de *Tartrate ferrico-potassique* chimiquement pur.

30 gouttes représentent un gramme de Tartrate ferrico-potassique. Bien supérieur aux pilules et aux dragées. Se trouve dans toutes les pharmacies. Dépôt général, pharmacie CHEVRIER, 21, faubourg Montmartre.

I

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.

Orezza, EAU MINÉRALE FERRUGINEUSE ACIDULE

la plus riche en fer et acide carbonique.

Cette **eau** n'a pas de rivale pour la guérison des GASTRALGIES, FIÈVRES, CHLOROSE, ANÉMIE,

et toutes les maladies provenant de

L'APPAUVRISSEMENT DU SANG.

74

Pansement antiseptique

Méthode LISTER.

MM. DESNOIX et Cie, pharmaciens, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, préparent, depuis plusieurs années déjà, toutes les pièces nécessaires au pansement antiseptique par la méthode Lister et les tiennent à la disposition des médecins et chirurgiens qui désirent employer ce mode de pansement.

101

Globules Névrosthéniques

de T. GRAS pharmacien.

Ces globules, à base d'éthérolé de castoréum valérianique, ne contiennent ni bromure de potassium, ni opium, ni sel de quinine. C'est l'*antispasmodique complet* pour combattre sûrement : *palpitations nerveuses du cœur, névroses générales, névralgies, migraines, agitations nerveuses, insomnies, hystérie, épilepsie.* — 9, r. Le Peletier, Paris.

9

Delalain, DENTISTE, lauréat de la Faculté de méd. de Paris. 138, bd St-Germain pr. la Fac.

83

Saint-Raphaël, Vin tannique,

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

DOSE : Un petit verre après les principaux repas.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

61

Sirop de Papaïne TROUETTE-PERRET.

Maladies d'estomac, gastrites, gastralgies, diarrhées chroniques, vomissements des enfants, etc. Une cuillerée à bouche après chaque repas.

Gros, 165, rue St-Antoine. Dépôt toutes phies.

79

Capsules Dartois

(CRÉOSOTE DE HÊTRE).

Formule : Créosote pure. . . 0.05 ; Huile de foie de morue blanche. . . 0.20 — par capsule

Ces capsules, qui ont la grosseur d'une pilule ordinaire, sont prises facilement et bien supportées par tous les malades. Elles constituent le meilleur mode d'administration de la créosote.

Le flac. : 3 fr., 97, rue de Rennes, et les pharm.

60

Podophyllin Delpech

contre la constipation habituelle.

Les PILULES DE PODOPHYLLIN-DELPECH sont prescrites par les médecins pour guérir cette affection pénible et tenace. — La boîte : 2 francs. — Pharmacie, 23, rue du Bac, Paris.

12

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris, contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales pharm.

75

Préparations iodo-créosotées

et créosotées de B. BAIN : VIN, HUILE et CAPSULES. — Phie, 56, rue d'Anjou-St-Honoré.

72

Bains d'eaux-mères

De Salies-de-Béarn (*Basses-Pyrénées*).

Eaux-mères chlorurées sodiques bromo-iodurées et sels concentrés d'eaux-mères pour bains chez soi.

Un litre pour un bain. Flacon : 1 fr. 50.

Rachitisme, lymphatisme, scrofules, nécroses.

Paris, Pharmacie centrale et principales phies.

77

Maltine Gerbay,

Vérit. spécifique des Dyspepsies amylacées

TITRÉE PAR LE Dr COUTARET,

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a subi l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon, Académie des sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liége, etc.

GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

GROS : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

69

Rubinat, EAU MINERALE NATURELLE PURGATIVE

Supérieure à toutes les Eaux purgatives allemandes. — Effet rapide, obtenu à tres-petite dose sans irritation intestinale.

71

CACHEXIE, RACHITISME, CONSOMPTION.

Peptone phosphatée Bayard

VIN : moitié de son poids de viande et 0gr,20 de *chlorhydrophosphate de chaux* par cuillerée.

41

Rhumatismes. Guérison par la

Flanelle et la Ouate végétale du Pin sylvestre.

REYNAUD, chemisier, rue de la Paix 22 Paris.

22

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

23

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire ; apaise les douleurs des reins et de la vessie ; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry MURE, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

7

Les Dragées Carbonel

AU PERCHLORURE DE FER PUR.

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant quatre gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE francs. — Envoi franco par la poste.

Dépôt : à Avignon, pharmacie CARBONEL ; à Paris, maison HUGOT.

15

EAU SULFURÉE, SODIQUE ET CALCIQUE.

Eaux-Bonnes (*Basses-Pyrénées*).

SAISON DU 15 MAI AU 15 OCTOBRE

Affections chroniques de la gorge, du larynx et des bronches ; asthme, pleurésies chroniques. — Prévient la *phthisie pulmonaire* et peut souvent en arrêter les progrès. — Attendu sa *double sulfuration*, privilège qui lui est exclusif, cette eau se distingue, entre toutes, par la *profondeur* et la *durée* de ses effets curatifs.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

70

MALADIES DES VOIES RESPIRATOIRES

Globules du docteur De Korab

Expérimentés dans les hôpitaux de Paris.

A L'ESSENCE D'AUNÉE

CHAPÈS, 143, r. St-Denis, Paris, et principales phies.

49

Vichy, eau minérale naturelle

SOURCES : *Grande-Grille*, Maladies du Foie et de l'Appareil biliaire ; *Hôpital*, Maladies de l'Estomac ; *Hauterive*, Affections de l'Estomac et de l'Appareil urinaire ; *Célestins*, Gravelle, Maladies de la Vessie, etc.

Bien désigner le nom de la source.

Exiger le nom de la source sur la capsule.

LA CAISSE DE 50 BOUTEILLES :

(Paris, 35 fr. ; Vichy, 30 fr. Emballage franco).

LA BOUTEILLE, A PARIS, 75 CENT.

L'eau de Vichy se boit au verre, 25 cent.

A Paris, 22, boulevard Montmartre ; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré, où se trouvent à prix réduits toutes les eaux minérales naturelles sans exception.

100

Capsules Thévenot au Goudron, le fl. 1f20 ; *id.* à l'essence de térébenthine, le fl. 1f,20 ; *id.* à l'huile de Gabian, le fl. 1f75 ; *id.* à l'huile de foie de morue créosotée, le fl. 2f. — Dans toutes les pharmacies.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES



Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Rapports des affections rénales avec les maladies chirurgicales.

Dans le vaste et beau programme d'études que poursuit M. Verneuil sur l'influence réciproque qu'exercent les uns sur les autres les traumatismes et les divers états morbides constitutionnels ou diathésiques, l'une des questions les plus intéressantes peut-être à étudier, comme les plus fécondes en enseignements pratiques, est celle des rapports des traumatismes avec les affections rénales. Un point de cette question avait déjà été élucidé par les chirurgiens qui s'occupent spécialement des affections des voies urinaires : c'est celui qui a trait à l'influence de ces affections sur l'état des reins. Mais l'état de ces organes peut être modifié par des lésions d'autres organes ou systèmes d'organes moins immédiatement liés avec eux par leurs relations anatomiques et physiologiques, comme il peut aussi les modifier eux-mêmes. C'est sur cette corrélation pathologique des états morbides des reins avec les divers traumatismes, plus fréquente peut-être qu'on ne l'avait pensé jusqu'ici, que M. Verneuil a plus particulièrement fait porter ses recherches et qu'il a utilement appelé l'attention de ses confrères. Nous avons eu plus d'une fois l'occasion de signaler des faits à l'appui de ce grand fait de pathologie générale. Un travail important que vient de faire sur ce sujet un des élèves de M. Verneuil, M. le docteur Bruchet, sous le titre de *Contribution à l'étude des rapports des affections rénales avec les maladies chirurgicales*, va nous fournir l'occasion de récolement ou d'inventaire de l'état actuel de nos connaissances sur cet intéressant sujet.

M. Bruchet rapporte d'abord, dans ce travail, deux observations de contusion simple, du thorax dans l'une, de la hanche dans l'autre, chez deux sujets albuminuriques et dont l'affection rénale était restée jusque-là méconnue. Chez le premier, il y a eu une détermination presque immédiate d'une pneumonie qui n'a pas évolué comme le fait d'habitude la pneumonie traumatique; elle a été très-menaçante, non par son étendue ni par l'obstacle apporté à l'hématose, mais par l'irrégularité de sa marche, par la faiblesse de la réaction fébrile, par l'état général de dépression et d'affaissement qui donnait à la maladie une apparence typhoïde.

Dans la seconde observation, on a vu encore la guérison d'une contusion de la hanche entravée par des circonstances insolites, troublée par des accidents du côté du poumon (pneumonie au premier degré).

Chez les deux malades, atteints de néphrite interstitielle, mais à l'état latent avant l'accident, le rein a reçu le contre-coup du traumatisme, les signes de la lésion rénale sont devenus plus apparents et l'albumine a augmenté.

Enfin, après le calme de ces perturbations passagères, les deux malades ont fini par se rétablir, l'albumine a diminué dans les urines et est revenue aux proportions qu'elle avait probablement avant l'accident.

Si la simple contusion expose les albuminuriques à des accidents insolites, à plus forte raison les blessures ouvertes leur feront-elles courir des risques plus sérieux encore.

Tel est, en effet, le cas cité par M. Bouilly, d'un homme vigoureux en apparence, mais dont les urines contenaient une énorme quantité d'albumine, chez lequel une excoriation minime de la jambe, malgré le repos absolu, malgré des pansements méthodiques, resta sans tendance à la guérison, toujours sur le point de se compliquer de lymphangite. Le malade fut envoyé dans un service de médecine, et ce n'est qu'après un long traitement de son affection rénale et quand l'albumine eut très-notablement diminué dans l'urine, quand l'œdème eut disparu tout à fait, que la plaie de la jambe se cicatrisa.

L'atonie des plaies est loin d'être la seule conséquence du défaut de plasticité des tissus chez les albuminuriques; car ces mêmes blessés sont grandement exposés à tous les accidents locaux comme aux complications générales des plaies.

Les accidents locaux le plus souvent observés résultent, en effet, de cette vitalité moindre des éléments organiques, modifiés cliniquement, et facilement siége d'œdème; car souvent la blessure constitue une sorte d'appel pour l'infiltration œdémateuse des tissus ambiants. Une des conséquences de l'altération des tissus, c'est la fréquence des hémorrhagies. Des observations de Chevers, de M. Verneuil et de plusieurs autres chirurgiens en témoignent.

Le défaut de vitalité des tissus peut avoir des résultats plus graves encore; ce n'est plus seulement un retard ou un arrêt dans la réparation qui se produit, mais une véritable mortification des tissus qui ont été le siége du traumatisme. Tel est le cas d'une malade citée par Chevers, d'une jeune

fille de dix-huit ans qui eut, à la suite de l'extraction d'une dent molaire, une gangrène des gencives et de la joue qui continua jusqu'à ce que l'artère faciale fût ulcérée, ce qui entraîna une hémorrhagie mortelle. A l'autopsie, on trouva les deux reins indurés et accrus de volume, et fortement adhérents par leur surface corticale à leur enveloppe.

M. Verneuil a rapporté, dans une de ses cliniques, l'histoire d'une vieille dame, chez laquelle l'application d'un vésicatoire de 5 centimètres de diamètre, pansé à la morphine, fut suivie d'une gangrène du derme au point d'application et dans la région avoisinante. Il y avait dans les urines une grande quantité d'albumine. M. Bruchet rapporte un fait recueilli dans le service de son maître, dans lequel il s'agit d'un homme atteint d'un rétrécissement de l'urèthre, en même temps que d'un degré avancé de néphrite. Une petite perforation de l'urèthre s'étant produite, suivie d'une infiltration brusque, dès le lendemain, malgré la précaution qui avait été prise de débrider largement pour donner issue à l'urine, il existait une gangrène complète de la peau du fourreau. L'évolution ultérieure de la lésion rénale a abouti en peu de temps à la mort.

Dans d'autres circonstances, la blessure même très-minime est le point de départ de complications inflammatoires, phlegmoneuses, qui, à cause du terrain sur lequel elles se développent, prennent un caractère grave et une extension rapide. Une des premières observations de ce genre est celle d'un sujet de trente-quatre ans chez lequel une saignée devint le point de départ d'un vaste phlegmon, observation qui fut communiquée, il y a quelques années, par M. Verneuil à la Société de chirurgie.

La relation entre des opérations et la néphrite albumineuse avait été, du reste, signalée déjà par plusieurs observateurs. La question est donc posée, dit M. Bruchet, et il est à désirer qu'elle soit prochainement résolue, car elle intéresse à un haut degré le pronostic et les indications thérapeutiques et opératoires. Dès à présent, on peut affirmer que la présence de l'albumine dans l'urine assombrit singulièrement le pronostic des lésions traumatiques et des opérations chirurgicales, et que, par conséquent, elle doit imposer une grande réserve dans l'emploi des instruments tranchants.

Voici en quels termes M. Bruchet résume cette partie importante de son travail :

En résumé, le traumatisme accidentel ou opératoire acquiert, de par l'existence d'une affection rénale antérieure, une gravité exceptionnelle, plus ou moins redoutable, suivant la nature et le degré de la lésion, suivant aussi l'état diathésique concomitant et l'intégrité plus ou moins complète des autres viscères, tels que le foie, le cœur, etc.

L'organisme affaibli, atteint dans sa force de résistance par les conséquences du fonctionnement incomplet des glandes rénales', c'est-à-dire la nutrition insuffisante des tissus, les altérations chimiques des tumeurs qui, les unes et les autres, se débarrassent mal des produits de désassimilation et perdent par là même de leurs ressources assimilatrices ; l'organisme est, pour ainsi dire, en état d'équilibre instable. Il est sous la dépendance de deux influences contraires : l'une, conservatrice, qui, généralement, ne peut que s'amoindrir, est exercée par les organes qui continuent à fontionner en vertu de leur état d'intégrité ou de demi-intégrité ; l'autre, destructive, ayant malheureusement tendance à s'accroître, est due à la lésion viscérale qui agit sur l'économie en faisant obstacle aux sécrétions nécessaires, aux rénovations moléculaires, en un mot au mouvement régulier de la nutrition.

Il est encore à une période où la seconde influence est contre-balancée, où les éléments anatomiques trouvent de quoi vivre et de quoi fournir aux dépenses régulières de chaque jour ; mais, vienne une brusque secousse, un accident qui mette en branle ces éléments organiques et les oblige à un travail supplémentaire, alors apparaît l'insuffisance de leurs propriétés mal entretenues ; ils ne peuvent suffire à la tâche ; l'équilibre est rompu ou bien près de l'être, d'autant que ce choc donne le plus souvent, au contraire, un surcroît de puissance à la cause débilitante ; et la blessure, qui passerait presque indifférente chez un homme bien portant, sans tare organique, met la vie elle-même en question.

Cette incapacité de l'individu à se défendre se manifeste de plusieurs manières : les éléments anatomiques peuvent être tellement modifiés, au moins dans leurs propriétés physiologiques, qu'ils sont incapables du moindre effort curateur, et ils meurent de proche en proche ; ou bien le travail réparateur commence, mais il est entravé par des accidents qui témoignent encore de leur peu de vitalité ou de leur défaut de résistance aux influences nocives des milieux extérieurs ; ou enfin c'est l'évolution précipitée de l'affection viscérale, cause de tous les désordres, qui ne laisse pas à la réparation le temps de se faire.

A propos des indications relatives au diagnostic, M. Bruchet formule, en thèse générale, que toutes les fois qu'il se développe des symptômes généraux qui ne sont pas en rapport avec la lésion, il faut s'efforcer de trouver la cause de cette anomalie dans l'état constitutionnel et explorer naturellement à cet égard les différents viscères, le rein plus que tout autre. Il en sera de même chaque fois que le travail de réparation se fera mal, ou sera entravé par les complications locales, surtout si elles ne sont pas explicables par le siège ou la nature de ces blessures, ou par les influences de milieu dans lesquelles on se trouve.

La production facile des hémorrhagies à la surface des plaies, leur aspect atonique, la présence sur les bourgeons charnus d'une couche grisâtre pultacée, les lymphangites à répétition, voilà autant d'indices qui devront faire songer à une lésion rénale. Enfin, un caractère local d'une grande valeur, c'est la production d'œdème dans le voisinage de la blessure.

Au point de vue thérapeutique, la première indication qui s'impose, c'est de traiter, dans la mesure de nos moyens thérapeutiques, l'affection rénale, et de s'appliquer à prévenir toute suractivité de sa part, en même temps que la blessure sera mise dans les conditions meilleures de protection contre les irritations et les influences extérieures. Les préceptes de la méthode antiseptique sont naturellement de règle.

Nouvelles expériences d'hypnotisme.

Depuis le court exposé que nous avons fait dans notre Revue du 17 décembre dernier, des expériences d'hypnotisme dont M. Dumontpallier avait bien voulu nous rendre témoin, de nombreuses expériences variées ont été faites, soit devant les assistants habituels aux visites, soit devant les membres de la commission de l'Académie des sciences désignée pour l'examen de ces faits, soit devant d'autres savants, médecins, physiologistes ou physiciens, attirés par

l'intérêt même de ces faits et par une légitime curiosité scientifique.

A mesure que les expériences ont été multipliées, des effets nouveaux ont été obtenus ; et les résultats constatés ont été d'autant plus remarquables qu'ils étaient provoqués, non plus seulement par les applications métalliques ou par des pratiques faisant intervenir directement comme agent actif l'expérimentateur lui-même, mais par des agents purement physiques, tels que la chaleur, le froid, la lumière, les vibrations, qui sont venus en quelque sorte prendre la place des influences attribuées à une sorte d'émission d'influx neurique, rejetée ainsi, jusqu'à nouvel ordre du moins, dans le domaine des hypothèses. C'est ainsi que quelques-uns des résultats déjà constatés par M. Charcot ont été vérifiés, et des résultats réellement nouveaux mis en lumière par cette nouvelle série d'expériences.

Les comptes-rendus des séances de la Société de biologie, devant laquelle M. Dumontpallier porte hebdomadairement ses communications sur les résultats de ses études, ont déjà mis nos lecteurs au courant de quelques-uns d'entre eux. Nous n'en croyons pas moins utile et intéressant de revenir ici sur ceux dont nous avons été de nouveau témoin.

Revenons d'abord à quelques points nouveaux de métalloscopie. On n'a pas oublié la circonstance toute fortuite qui a fait découvrir chez la fille G..., l'une des hystériques sujets de ces expériences, l'action d'un alliage métallique (argent superposé au laiton) alors que la plupart des métaux purs avaient été vainement soumis à l'essai. Le souvenir de cette circonstance a donné lieu à l'expérience suivante, curieuse dans ses résultats :

La malade, qui avait été endormie par le regard et mise en catalepsie par l'écartement des paupières pour une série d'expériences dont nous allons parler tout à l'heure, ayant été mise en état de réveil par l'application des plaques sur le front, après constatation de l'insensibilité générale absolue, un assistant demande si un autre métal quelconque aurait la même action. Sur cette demande, M. Dumontpallier prie cet assistant de mettre sur l'ombilic de la malade une pièce de monnaie; on y met une pièce de 5 francs argent. On voit immédiatement la période de réveil qui s'effectuait s'arrêter, et le ventre se ballonner et durcir considérablement. M. Dumontpallier pose alors sur la pièce de 5 francs une pièce de cuivre de 10 centimes. La superposition de ce nouveau métal sur le premier fait instantanément cesser le ballonnement, et la malade rentre, mais lentement, dans la période de réveil qui avait été interrompue. En ajoutant aux deux pièces superposées un second décime, ce qui établit une proportion à peu près égale des deux métaux, argent et cuivre, la malade entre très-rapidement dans la phase du réveil. On arrête subitement ce réveil en retirant à la fois les deux pièces de cuivre. L'argent resté seul, non-seulement le réveil s'interrompt, mais un ballonnement énorme du ventre survient de nouveau. Après avoir répété plusieurs fois ces alternatives de réveil et d'interruption, on laisse le réveil s'effectuer complètement; il a lieu avec les mêmes phénomènes d'expression extatique et de cri terminal que dans toutes les expériences précédentes. On examine la sensibilité; elle est revenue partout, mais un peu obtuse. On endort de nouveau la malade par le regard; on la réveille par l'application de ses plaques ordinaires (argent et laiton superposé) sur le front; elle a recouvré cette fois toute sa sensibilité.

Nous arrivons à la série d'expériences à l'aide desquelles avait été suggérée l'idée de celle que nous venons d'exposer. Nous voulons parler de l'effet que produisent pendant la période léthargique de l'hypnotisme des excitations locales sur des points déterminés de la voûte cranienne. On connaît les résultats d'hyperexcitabilité non-seulement des muscles et des nerfs, mais encore des régions motrices du centre cérébral, qu'a produits M. Charcot par l'application d'un courant galvanique sur le crâne. Ces effets, M. Dumontpallier les a obtenus avec plus de précision encore à l'aide d'excitants plus limités et plus nettement circonscrits dans leur action, tels qu'une épingle, par exemple. Les résultats extrêmement curieux dont nous avons été témoin dans une séance faite dans les premiers jours de janvier, ont été rapportés tout au long dans le compte-rendu de la séance de la Société de biologie du 15 janvier, dans laquelle ces expériences ont été répétées devant les membres de la Société. On a vu aussi, dans ce même compte-rendu, que les mêmes effets qui avaient été produits par la piqûre d'épingle ou par une légère pression exercée par une tige métallique, ou même par la simple pression du doigt, ont été obtenus exactement de la même manière par l'action du souffle à l'aide d'un petit soufflet à tuyau capillaire. Le vent de ce soufflet capillaire, successivement dirigé sur les divers points de la surface cranienne correspondant aux régions corticales motrices du cerveau, déjà explorés par les épingles, a produit sur chacun de ces points identiquement les mêmes effets, mouvements partiels plus ou moins étendus de la tête ou des membres, diversement combinés, suivant le point touché ou insufflé. Mêmes expressions synergiques ou contrastantes imprimées aux traits de la physionomie, etc., etc. Toutes ces expériences ont été reproduites dans une séance qui a eu lieu avant-hier mercredi dans le laboratoire annexé au service de M. Dumontpallier à la Pitié, devant une nombreuse assistance.

Nous ne répéterons pas tout ce qui a été dit précédemment à cet égard. Nous ne voulons pas cependant laisser échapper cette occasion de revenir sur quelques particularités très-curieuses de ces expériences que signale M. Dumontpallier dans chacune de ses séances d'expérimentation : c'est d'abord ce fait, que la même impression physique qui a produit un effet déterminé, répétée peu de temps après et pendant que l'effet obtenu se continue encore, détruit cet effet. Expliquons-nous : une épingle implantée sur la région gauche du cuir chevelu, à 3 centimètres en dehors de la ligne médiane et à 3 centimètres en avant d'une ligne fictive bi-auriculaire, ayant produit, comme d'habitude, la contraction du muscle sterno-cléido-mastoïdien droit, et par suite la rotation de la tête à gauche, si, au bout de quelques instants, on appuie légèrement sur cette aiguille, le premier effet obtenu est détruit, la tête revient dans sa rectitude normale. Le même résultat est obtenu en piquant avec une épingle le point similaire du côté opposé. Il en est de même lorsqu'on se sert du soufflet capillaire ou de tout autre moyen d'excitation. Mais, pour que la répétition de la même excitation détruise l'effet de la première, il faut que cet effet lui-même ait été accompli. Ainsi, dans une des expériences dont nous avons été témoin, l'aiguille implantée sur le point que nous venons d'indiquer, l'effet de la rotation avec inclinaison de la tête s'étant produit, M. Dumontpallier pressa sur l'aiguille dans le but de détruire l'effet obtenu; mais, loin de le détruire, il l'accrut au contraire, parce que le mouvement déterminé n'avait pas accompli entièrement son évolution. Une fois le maximum d'effet atteint, après un petit intervalle de repos,

la pression sur l'aiguille, faite itérativement, fit cesser la contraction.

Une observation qu'il nous faut encore consigner ici, parce qu'elle a une très-grande importance au point de vue technique et de la sûreté de l'expérimentation, — elle a été faite par M. Magnin, — c'est celle-ci :

Pendant la catalepsie, si, alors que la malade a les bras et les jambes élevés, on abaisse les paupières et on exerce en même temps un léger frottement sur le globe oculaire, on constate que la catalepsie cesse immédiatement et que les bras ou les jambes retombent; la malade est passée de l'état cataleptique à l'état de léthargie simple. M. Magnin a remarqué que, pendant le cours des expériences, lorsque la malade passe spontanément de l'état cataleptique à l'état léthargique, les muscles, qui étaient en contraction entrent en contracture. Pour faire cesser cette contracture, il suffit d'ouvrir les yeux et de remettre ainsi la femme en catalepsie. Cette expérience a été répétée plusieurs fois sur la fille G... dans l'une des dernières séances d'expérimentation, celle du 30 janvier. Dans ce cas, on n'obtient pas la disparition de la contracture par le souffle, et il faut même s'en défier selon les régions vers lesquelles on le dirigerait, car, si le souffle venait, par exemple, à porter sur la face, il déterminerait, ce qui est arrivé chez G..., une violente attaque d'hystéro-épilepsie. Dans cette circonstance, on a fait cesser l'attaque en appliquant les plaques sur le front.

Il nous reste une dernière série d'expériences à signaler parmi celles qui ont été faites dans la séance de mercredi sur la demande de quelques assistants, et ce ne sont pas les moins curieuses : nous voulons parler de l'action du son et de l'aphasie provoquée.

La malade étant encore endormie, M. le professeur Bouley, présent aux expériences, applique sa montre sur les tendons fléchisseurs de l'avant-bras. On voit immédiatement se manifester sur les doigts des mouvements correspondants à ceux de la montre; il y a isochronisme parfait.

On répète l'expérience au moyen d'un tube long de 7 mètres. La montre est appliquée sur l'entonnoir qui termine une des extrémités, l'autre extrémité est approchée de la peau, sans cependant y toucher. On constate encore l'isochronisme des mouvements de la montre et des muscles sur lesquels on agit.

L'extrémité libre du tube est successivement approchée de plusieurs muscles sur lesquels la volonté a peu d'action : le muscle de l'aile du nez et le muscle de la houppe du menton. L'action du son détermine des mouvements très-accentués, qui cessent quand on supprime l'action de la montre.

Après ces expériences, on applique les plaques de métal sur le front de la malade pour la réveiller. Mais cette fois le réveil, au lieu de se faire normalement, s'est accompagné d'une attaque d'hystéro-épilepsie, suivie de contractures.

Pour guérir immédiatement tous ces accidents, il a suffi d'appliquer de nouveau, sur le front, les plaques enlevées dès le début de l'attaque et de porter sur les muscles contracturés l'action du soufflet. Le réveil s'est effectué alors sans que la malade ait eu le moindre souvenir de ce qui venait de se passer. Elle n'accusait même aucune fatigue.

Une fois réveillée complètement, on a répété plusieurs expériences déjà citées dans le compte-rendu de la Société de biologie, qui consistent à provoquer :

1° L'aphasie ou plutôt la perte du langage articulé et écrit des mots déterminés à la volonté des assistants, en agissant à gauche ou à droite, au niveau de la troisième circonvolution frontale, au moyen d'un soufflet capillaire ;

2° La perte de la notion de l'usage des objets, en agissant sur la région frontale, au-dessus du sourcil, par le même procédé.

Dans ce cas, la malade conserve la mémoire du nom des objets ; elle n'oublie que leur usage.

Ainsi on lui met entre les mains une clef, qu'elle n'a pas pu même désigner par son nom dans l'expérience précédente; on lui demande ce que c'est, elle dit : C'est une clef. A quoi sert cette clef? lui demande-t-on encore. Elle ne peut répondre.

3° Enfin on lui fait perdre la notion du calcul en agissant sur le même point que précédemment.

CLINIQUE DE RIO DE JANEIRO.

Ovariotomie; guérison.

Par le docteur J.-A. Fort, ancien professeur libre à l'École pratique de la Faculté de médecine de Paris.

Rosa-Emilia de L..., quarante-deux ans, habitant Rio de Janeiro, porte une tumeur abdominale dont le début remonte à quatorze ans. Elle n'a jamais eu d'enfant. Ses règles sont supprimées depuis plusieurs années. Pas de diathèse; santé bonne.

Le ventre de la malade est plus gros que celui d'une femme au neuvième mois de la grossesse. On sent à droite une tumeur très-dure, assez régulière, et remontant à quatre travers de doigt audessus de l'ombilic. A gauche et en haut, il existe une petite tumeur dure, un peu mobile, séparée de la paroi abdominale par une mince couche liquide. A gauche et en bas, on constate la présence d'une poche pleine de liquide.

Le col est tellement remonté que le doigt ne peut en atteindre que le sommet. La paroi postérieure du vagin fait une hernie considérable à la vulve; cette tumeur, dépressible, ne disparaît pas par la pression du doigt. Par le toucher rectal, on n'atteint pas l'utérus.

La malade n'a pas d'hémorrhagie. Elle est constipée ; la vessie fonctionne régulièrement.

Le diagnostic n'était pas aisé. Était-ce un fibrome utérin, ou une tumeur fibro-kystique de l'ovaire? Dans le doute, j'ai soumis la malade, pendant quatre semaines, aux courants continus avec intermittence, selon la méthode du docteur Chéron (de Paris), mais sans aucun résultat. Il semble, au contraire, que la tumeur a augmenté de volume.

Peu à peu, le ventre s'accroît, les jambes s'infiltrent, la respiration devient très-difficile, et la malade, qui avait repoussé l'idée de l'opération, finit par la réclamer avec insistance.

La malade avait consulté dix-sept médecins de Rio de Janeiro. Quatre d'entre eux la traitèrent pour une maladie interne, un diagnostiqua une ovarite, quatre lui firent subir un traitement pour un ulcère du col de l'utérus, quatre diagnostiquèrent une tumeur fibreuse de l'utérus et conseillèrent à la malade de ne point se laisser opérer, un la traita comme hydropique, deux crurent à une grossesse, un seul, enfin, diagnostiqua un corps fibreux de l'utérus et conseilla de faire l'opération. La malade vint ensuite échouer dans mon cabinet de consultation.

Opération. — Je pratiquai l'opération le 11 octobre 1881, avec l'aide des docteurs Alfredo Guimaraẽs, Cunha Pinto, Poncy, et de quelques étudiants en médecine.

Je fais l'incision de la paroi abdominale sur la ligne médiane, longue de 22 centimètres et se terminant en bas, à 6 centimètres au-dessus du pubis. Il s'écoule environ 5 litres de liquide ascitique transparent.

J'aperçois ensuite une énorme tumeur fibreuse qu'il est impos-

sible de faire sortir par la plaie. En la contournant avec la main, je constate la présence de nombreux kystes adhérents à la tumeur et de dimensions différentes. Je vide les uns, j'extrais les autres. A gauche, il existe un kyste volumineux à parois épaisses, dont j'extrais plus de 3 litres de liquide. Je me suis assuré que ce kyste se prolongeait dans le bassin, entre le vagin et le rectum.

Tous les kystes vidés ou extraits, je puis amener la tumeur fibreuse hors de la cavité abdominale; elle a le volume d'une tête d'adulte. Il existe deux adhérences épiploïques assez considérables; je les divise entre deux ligatures de catgut fin. J'attire également la paroi du kyste à l'extérieur, et je constate que la tumeur fibro-kystique appartient à l'ovaire droit. Il existe des adhérences dans le bassin, au voisinage du pédicule, ce qui m'empêche de faire immédiatement la ligature de celui-ci. Je saisis la partie inférieure de la tumeur avec une anse de fil de fer solide que je serre avec le serre-nœud de Cintrat, puis j'enlève avec un couteau la masse principale de la tumeur au-dessus de l'anse métallique. Manœuvrant ensuite avec plus de sécurité, je détruis les adhérences et je fais la ligature du pédicule avec un gros catgut. Je passe un nouveau fil de catgut au-dessous de ces deux ligatures et je fais une ligature unique. Je tonds le pédicule jusqu'au lien constricteur, et je ne fais aucune cautérisation. Je coupe les fils au ras, et j'abandonne les ligatures dans le ventre après avoir fait la toilette du péritoine.

J'ai retiré une certaine quantité de sang du petit bassin. Le péritoine était rouge et injecté. Le liquide de plusieurs kystes s'était répandu dans la cavité péritonéale. Nous avons déjà vu qu'il y avait du liquide ascitique. Toutes ces raisons m'ont déterminé à pratiquer le drainage au moyen d'un tube de verre semblable à celui dont se sert M. Bantock, à Londres. On place l'une des extrémités de ce tube dans le cul-de-sac de Douglas, l'autre sortant par la partie inférieure de l'incision faite à la paroi abdominale.

J'ai pratiqué une seule espèce de suture : dix-huit points séparés, avec du catgut de grosseur moyenne. J'ai compris le péritoine dans la suture.

J'ai appliqué le pansement de Lister, et j'ai percé d'un trou les pièces du pansement pour laisser sortir le tube à drainage dont l'ouverture était recouverte d'une éponge phéniquée. Huit bandes de flanelle assujettissant le tout, la malade a été portée dans son lit.

Durée de l'opération, deux heures en tout. L'anesthésie a été faite avec le chloroforme.

Suites. — Le 11, quatre heures du soir. Je retire 80 grammes de sang presque pur par le tube à drainage. Quelques vomissements. T. 38,5; P. 120.

Le 12, matin. J'extrais 10 grammes de sang moins coloré. Vomissements continus. Prostration; faciès très-altéré. Pâleur excessive, nez effilé, yeux enfoncés dans l'orbite. T. 38,8; P. 120.

Le 12, soir. Je retire 4 grammes de sérum sanguinolent. Même état général. Les vomissements continuent. Je donne à la malade un lavement toni-nutritif composé de bouillon, 200 grammes, extrait de quinquina, 2 grammes, vin de Porto, 20 grammes. T. 37,5; P. 120.

Le 13, deux pansements. Même état de prostration. Les vomissements sont incessants malgré tous les moyens qu'on leur oppose. Deux lavements toni-nutritifs. J'extrais du tube 3 grammes de sérum sanguinolent un peu fétide. T. 38,4; P. 110. Malgré l'état du pouls et de la température, je crains de perdre ma malade.

Le 14, même état. Le ventre est ballonné. Les vomissements ont une mauvaise odeur et une couleur brune. La présence de ces nouveaux symptômes et la continuité des vomissements me font craindre un *volvulus*, et je me demande s'il n'y aurait pas quelque accident du côté de l'intestin. Deux lavements toni-nutritifs; douze paquets de calomel de 1 centigrammes à prendre de demi-heure en demi-heure. T. 38,5; P. 100.

Le 15, matin. Faciès cadavérique, vomissements incessants d'odeur repoussante, ventre ballonné. J'extrais 2 grammes de liquide sanguinolent et fétide par le tube à drainage. T. 38; P. 110. Deux lavements toni-nutritifs. Nous n'avons plus aucun espoir de conserver la malade.

Le 15, soir, le ballonnement est tel que je crains pour mes sutures. Ce qui me fait croire à un *volvulus*, c'est l'inégalité du tympanisme, qui est presque nul au-dessous de l'ombilic. En étudiant ma malade, je m'aperçois que la percussion me donne le son stomacal et que la sonorité a la forme de l'estomac. J'ai l'idée de lui introduire une sonde œsophagienne, mais sans grand espoir. Je passe la sonde. Aussitôt qu'elle arrive à l'estomac, des gaz s'écoulent en sifflant, un liquide âcre est projeté sur mon visage et la paroi abdominale s'affaisse complètement. T. 38; P. 110. Lavement toni-nutritif. J'avais donc affaire à un tympanisme stomacal.

Le 16, matin. De quatre heures à minuit, la malade n'a pas vomi. Elle a conservé du bouillon. Depuis minuit, les vomissements ont reparu. Le tympanisme s'est reproduit. J'introduis de nouveau la sonde œsophagienne, qui produit le même bon résultat. Les vomissements cessent et la malade conserve du chocolat. T. 38; P. 108. Je retire le tube à drainage.

Le 16, soir. Le pouls est monté à 120, ce que j'attribue à l'absorption du liquide péritonéal. Ni vomissements, ni ballonnement. T. 38,5; P. 120. Lavement toni-nutritif. Injection hypodermique d'un demi-centigramme de morphine.

Le 17, matin, tout va bien. T. 38; P. 120.

Le 17, soir, le tympanisme se montre de nouveau. La sonde produit le même résultat. Lavement toni-nutritif. T. 38; P. 124.

Le 18, T. 37; P. 130. La malade s'alimente un peu. Cependant je continue les lavements toni-nutritifs. État général bon; le ventre n'est pas douloureux. Je ne m'explique pas cette fréquence du pouls.

Le 19. Il existe du muguet sur la langue, les lèvres et les gencives. La lèvre est noire et couverte d'une croûte produite par le contact des liquides vomis. T. 38°; P. 120. Miel rosat boraté, lavage de la bouche avec l'eau boratée. Lavement toni-nutritif. J'enlève les trois quarts des fils. La cicatrisation est complète.

Le 20, les derniers fils sont enlevés. La malade s'alimente. Le muguet disparaît. Le ventre n'est pas douloureux. T. 38,2; P. 126.

Le 21, affaissement, somnolence. T. 38,5; P. 130. Je cherche la raison de l'augmentation du pouls dans quelque suppuration profonde; je ne trouve rien; la plaie est bien réunie.

Le 22, matin, le pansement est mouillé; je trouve enfin la cause de l'augmentation du pouls. Du pus fétide s'écoule par l'avant-dernier point de suture au-dessus du pubis. La malade se nourrit peu; je continue les lavements toni-nutritifs. T. 38,6; P. 130.

Le 22, soir, le pansement est complètement imbibé de pus infect. Par la pression, je fais sortir plus de 100 grammes de pus. Continuation du pansement antiseptique et des lavements toni-nutritifs.

Le 23, il sort une certaine quantité de pus. T. 38; P. 120.

Le 24, prostration. T. 39°; P. 130. Le pus sort par les deux ouvertures du même point de suture. Douleurs abdominales. J'essaie en vain de faire pénétrer un tube à drainage dans la collection purulente. Le stylet y pénètre librement. J'incise la paroi dans une étendue de 5 centimètres entre les deux ouvertures qui fournissent du pus. J'enfonce une sonde cannelée; il sort un flot de pus.

Le 25, la malade est mieux; il s'est écoulé beaucoup de pus. On permet à la malade le décubitus latéral. Elle a de la diarrhée que je combats par les moyens ordinaires. T. 58; P. 120. État général assez satisfaisant.

Du 25 au 30. La malade ne s'est pas encore levée. La quantité du pus diminue. Le pouls varie entre 108 et 130, la température entre 37 et 38°. L'appétit vient.

1er novembre, T. 37; P. 104. La malade s'assied sur son lit. Elle prend des aliments solides. Il se forme un petit abcès au niveau de l'ombilic, dans un point de suture.

2 novembre. La malade s'alimente bien. L'abcès de l'hypogastre est guéri. T. 37; P. 104.

3, 4, 5 novembre. La malade se lève; son état s'améliore rapidement.

7 novembre. Elle sort complètement guérie.

1er janvier 1882. La malade est dans un parfait état de santé; elle a engraissé. Il n'est survenu aucun accident.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 1er février 1882. — Présidence de M. Léon LABBÉ.

PRÉSENTATIONS

M. VERNEUIL présente de la part de M. Reclus un travail sur la syphilis du testicule.

M. POLAILLON, à l'occasion de la communication faite dans la dernière séance par M. Terrillon (voy. *Gazette des hôpitaux*, numéro du 28 janvier 1882), présente un monstre qui, entre autres anomalies, porte une éventration en avant et un spina bifida résultant d'une malformation des lames vertébrales postérieures semblable à celle à laquelle M. Terrillon attribue la dépression au niveau de la base du sacrum sur laquelle il a appelé l'attention de la Société.

M. NEPVEU présente l'un des malades qui ont été opérés par M. Verneuil et qui ont subi l'amputation tibio-tarsienne. Ce malade marche et court très-bien.

M. TILLAUX fait observer que ce malade marche très-bien quoique l'axe de la jambe ne passe plus par la voûte plantaire.

M. DESPRÈS. Ce malade marche très-bien ainsi parce qu'il y a ankylose tibio-tarsienne.

M. VERNEUIL a toujours vu cette ankylose se produire à la suite de cette amputation tibio-tarsienne.

COMMUNICATIONS

Ablation des tumeurs malignes du sein. — **M. ANGER** lit un rapport sur un travail de M. Kirmisson relatif à certaines particularités de l'ablation des tumeurs malignes du sein. On se rappelle que, dans ce travail, M. Kirmisson cherchait à démontrer l'utilité de prolonger toujours l'incision vers l'aisselle et d'enlever toute la zone de tissu cellulaire, de vaisseaux et de ganglions lymphatiques comprise entre la tumeur et l'aisselle, alors même qu'il n'y a pas de ganglions appréciables au toucher avant l'opération. Cette précaution opératoire, ajoute M. le rapporteur, est indiquée dans le traité de Velpeau sur les tumeurs du sein. Seulement Velpeau ne l'applique qu'à certaines indications dont M. Kirmisson a proposé d'élargir le champ. En effet, l'auteur propose d'étendre cette pratique à toutes les tumeurs cancéreuses du sein, alors même qu'il n'y a pas de ganglions appréciables avant l'opération. Il cite trois faits personnels. Il croit mettre ainsi les malades plus sûrement à l'abri des récidives ganglionnaires, souvent si rapides. Bien que cette pratique ne soit pas nouvelle et soit adoptée par la plupart des chirurgiens, M. Kirmisson n'en a pas moins le mérite de l'avoir le premier formulée d'une façon aussi précise.

M. MARC SÉE. M. Kirmisson a voulu dire que certaines tumeurs malignes du sein se compliquaient de ganglions axillaires souvent très-petits, nullement appréciables à l'extérieur, et que, dans ces cas, si l'on avait soin de prolonger l'incision vers l'aisselle, on trouvait, par la dissection, des ganglions indurés et déjà infectés. Il en conclut qu'il importe de prendre cette précaution opératoire dans tous les cas de tumeurs malignes du sein.

M. GILLETTE. Il y a longtemps que M. Verneuil et plusieurs autres maîtres enseignent cette pratique pour les cas où l'on sent, où l'on soupçonne seulement la présence de ganglions dans l'aisselle; mais cette pratique est inutile dans les cas où l'on ne sent absolument rien dans l'aisselle avant l'opération.

M. VERNEUIL fait observer que la proposition de M. Kirmisson lui appartient en propre. Les origines de ces recherches datent de la discussion qui a eu lieu à la Société de chirurgie sur l'épithélioma lingual. M. Kirmisson a transporté à l'aisselle les principes que M. Terrillon avait émis relativement à la nécessité d'enlever tous les ganglions sous-maxillaires, pris ou non pris, dans les cas d'ablation partielle ou totale de langues atteintes d'épithélioma. Je crois donc, avec M. Kirmisson, qu'il faut établir, relativement aux tumeurs cancéreuses du sein, les mêmes principes que ceux qui ont été émis relativement à l'épithélioma lingual.

M. ANGER. Le procédé conseillé par M. Kirmisson est mis en pratique par la plupart des chirurgiens dans les cas de cancer. La seule différence qui existe entre Velpeau et M. Kirmisson, c'est que celui-ci propose d'appliquer indistinctement à tous les cas de cancer les préceptes formulés par Velpeau seulement pour certains cas.

M. GILLETTE trouve que M. Kirmisson généralise à tort cette pratique, et il croit que, dans les cas où on ne sent absolument rien dans l'aisselle, il est inutile d'y faire une incision qui aggrave l'opération.

M. LE FORT. Il résulterait des préceptes formulés par M. Kirmisson que c'est toujours dans les ganglions axillaires que se feraient les récidives du cancer du sein. Le plus ordinairement, c'est du côté de la peau, sur la cicatrice elle-même, que se font ces récidives. Or, en pareil cas, la précaution opératoire recommandée par M. Kirmisson serait au moins inutile.

M. CRUVEILHIER. Relativement à l'ablation des tumeurs cancéreuses du sein, il est un premier principe, bien établi par M. Verneuil, et qu'il est bon de rappeler: c'est l'ablation complète de la glande mammaire, dans tous les cas, quelque petite que soit la tumeur. La proposition faite par M. Kirmisson a bien aussi son importance, mais elle n'est pas applicable à tous les cas. M. Cruveilhier cite l'exemple d'une malade atteinte d'un cancer du sein, dont l'aisselle était absolument intacte et qui avait des ganglions sus-claviculaires. Dans les cas de ce genre, la précaution indiquée par M. Kirmisson n'a plus d'objet.

M. VERNEUIL. Les récidives *in situ* viennent de ce que, pour faciliter la réunion immédiate, on garde parfois de la peau malade, dite peau d'orange, que l'on se contente d'une ablation partielle du sein ou que l'on respecte l'aponévrose du grand pectoral. Il faut enlever la mamelle en totalité, quel que soit le volume du cancer; il faut enlever toute la peau suspecte, tous les ganglions infectés ou seulement menacés. C'est ainsi que vous avez le plus de chance d'éviter ces récidives locales toujours si pénibles pour les malades qui, autant que possible, doivent périr de leur cancer généralisé avec une cicatrice intacte. Le précepte formulé par M. Kirmisson n'est qu'une extension de ces principes.

M. BERGER. L'ablation totale de la glande mammaire rend de grands services au point de vue des récidives locales; l'ablation des ganglions de l'aisselle met plus sûrement les malades à l'abri des récidives dans cette région. Cependant, il y a des cas où, même en prenant toutes ces précautions, on voit survenir des récidives locales; il en est d'autres, habituellement chez les vieilles femmes, où le cancer est parfois très-étendu et ulcéré sur une grande surface sans qu'il y ait engorgement ni infection ganglionnaire. Il n'est donc pas possible d'instituer une thérapeutique chirurgicale unique en présence de variétés aussi grandes de cancers du sein.

M. ANGER. La pratique conseillée par M. Verneuil, relativement à l'ablation totale de la mamelle, est aujourd'hui adoptée par tous les chirurgiens; celle de M. Kirmisson, bien qu'énoncée et décrite pour la première fois par lui, est usitée très-généralement dans la pratique par la plupart des chirurgiens.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 2 février 1882, M. Duvaux, député, est nommé sous-secrétaire d'État au ministère de l'instruction publique et des beaux-arts.

— Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Bussy, dont les obsèques ont lieu au moment où nous mettons sous presse.

M. Bussy, membre de l'Institut, membre de l'Académie de médecine, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, directeur honoraire et professeur honoraire de l'École de pharmacie, est mort avant-hier à l'âge de quatre-vingt-quatre ans.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Bochefontaine, préparateur au laboratoire de pathologie expérimentale et comparée, est nommé chef dudit laboratoire (emploi nouveau).

M. Balzer, docteur en médecine, est nommé chef du laboratoire de clinique des maladies cutanées et syphilitiques.

M. Valmont, docteur en médecine, préparateur au laboratoire de pharmacologie est nommé chef dudit laboratoire (emploi nouveau).

M. Le Noir est nommé préparateur du laboratoire de pharmacologie, en remplacement de M. Valmont, appelé à d'autres fonctions.

M. Montigny (Maurice-Romain), né à Paris le 18 septembre 1861, est nommé préparateur au laboratoire de thérapeutique, en remplacement de M. Féry, appelé à d'autres fonctions.

M. Jay (Louis-Émile-Henri), bachelier ès sciences, est nommé préparateur du laboratoire de chimie biologique, en remplacement de M. Pouchet, appelé à d'autres fonctions.

M. Capdeville (Pierre), né le 8 septembre 1827, à Casteljaloux (Lot-et-Garonne), est nommé surveillant à l'école pratique de la Faculté.

— La Faculté de médecine de Lyon vient de proposer, par quinze voix sur vingt-deux votants, pour la chaire vacante de médecine opératoire, M. le docteur Poncet, professseur agrégé et chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Bouchacourt, professeur de clinique obstétricale, est autorisé à se faire suppléer du 1er janvier au 1er avril 1882 par M. Marduel, agrégé.

M. Lacassagne, professeur de médecine légale, est nommé directeur du laboratoire de médecine légale.

M. Tissier, agrégé, est chargé d'un cours auxiliaire de pathologie interne.

M. Chapuis, agrégé, est chargé d'un cours auxiliaire d'analyse chimique et d'hydrologie.

M. Boumir (Pierre-Marie), né à Chauffailles (Saône-et-Loire) le 18 septembre 1858, bachelier ès sciences, est nommé préparateur du laboratoire de chimie, en remplacement de M. Aubert, démissionnaire.

— Par arrêté ministériel en date du 25 janvier 1882, M. Foley, docteur en médecine, est nommé auxiliaire rédacteur au deuxième bureau de la direction de l'enseignement primaire, au ministère de l'instruction publique.

— Un télégramme de Liverpool, du 2 février, nous annonce l'apparition de la fièvre jaune sur les bords du fleuve le Sénégal. Une quarantaine de vingt-huit jours serait imposée dans les postes de la côte aux navires provenant de ce fleuve.

— Par décret en date du 26 janvier 1882, le service sanitaire du littoral de l'Algérie, rattaché au ministère du commerce et des colonies, fonctionne sous l'autorité du gouverneur général civil de l'Algérie, qui rend compte au ministre des décisions prises et de la marche du service.

Le service sanitaire du littoral algérien est divisé en trois directions ayant leur siège à Alger, Oran et Bône, et subdivisions en agence.

La direction d'Alger a le siège de ses agences ordinaires à Tenès, Cherchell et Dellys.

La direction d'Oran a le siège de ses agences ordinaires à Nemours, Beni-Saff, Arzew et Mostaganem ; elle a de plus une sous-agence à Mers-el-Kebir.

La direction de Bône a le siège de ses agences ordinaires à Bougie, Djidjelli, Collo, Philippeville, Herbillon, Bône et la Calle, et une sous-agence à Stora.

Chaque direction sanitaire, indépendante des deux autres, est dirigée par un docteur en médecine ayant le titre de « directeur de la santé ». Chaque directeur de la santé relève directement du gouverneur général civil de l'Algérie, à qui il rend compte des faits concernant son service et de qui il reçoit des instructions.

Un conseil sanitaire, composé conformément aux prescriptions du décret du 22 février 1876, et investi des attributions indiquées audit décret, est institué à Alger, auprès du gouverneur général, qui prend son avis, lorsqu'il le juge nécessaire.

Des arrêtés ministériels déterminent la composition et les traitements du personnel du service sanitaire du littoral algérien. Les nominations des divers agents de ce service ont lieu conformément aux articles 74 à 78 du décret du 22 février 1876. Pour toutes les nominations appartenant au ministre, le gouverneur général civil de l'Algérie est préalablement consulté.

— La Société médicale des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance mercredi 8 février, à huit heures du soir, à l'administration de l'Assistance publique.

Ordre du jour : 1° du curvimètre uréthral, par M. Mallez ; 2° études scientifiques et expériences personnelles sur le somnambulisme naturel ou spontané et le somnambulisme artificiel ou hypnotisme, par M. Puel.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 12342.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8** fr. **50.** — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. DESPRÈS.

Fracture double du maxillaire inférieur.

(Leçon recueillie par MM. BOUIKLY et LADROITTE, internes du service.)

Les fractures de la mâchoire inférieure ne sont pas très-communes, et leur traitement, quoique varié, n'est cependant pas le plus souvent régulièrement institué. Cela tient à ce que l'on a raisonné presque toujours sur un cas particulier.

Nous avons dans le service, depuis quinze jours, un malade qui a une fracture double de la mâchoire, sur lequel j'ai appliqué le traitement que je crois le meilleur et sur lequel je désire appeler votre attention. La simplicité de l'appareil, la facilité avec laquelle le malade le supporte, sont un double motif pour vous le recommander.

Il s'agit d'un homme de trente-cinq ans, qui fit, le 23 décembre, une chute sur le menton ; la face porta à la fois sur le menton et le côté droit de la face. Le malade ressentit une vive douleur et entendit un craquement.

Ne pouvant qu'avec peine écarter les mâchoires et se trouvant dans l'impossibilité de manger sans éprouver de grandes souffrances, il se décida à entrer à l'hôpital le 28 décembre.

A son entrée, je constatai d'abord du gonflement et une légère ecchymose à la région massétérine où la pression causait une vive douleur. En faisant ouvrir les lèvres, on voyait la moitié gauche de la mâchoire, depuis la canine gauche jusqu'à la dent de sagesse, en rapport exact avec la moitié gauche de l'arcade dentaire supérieure. L'autre portion de l'arcade dentaire inférieure ne correspondait plus à l'arcade dentaire supérieure; elle était abaissée et un peu déviée en bas. Ce déplacement augmentait lorsque le malade écartait les dents, et la canine gauche, ébranlée, était alors plus élevée que les incisives. La gencive, en ce point, était divisée, mais la déchirure ne s'étendait pas loin en bas. La portion droite du corps de la mâchoire était mobile, mais la crépitation n'a pas été sentie (il ne faut pas oublier que nous voyions le malade cinq jours après la chute). Je diagnostiquai une fracture double de la mâchoire inférieure : un trait au lieu d'élection au niveau de la canine gauche, un trait au niveau de l'union de la branche montante et du corps de la mâchoire.

Malgré l'absence de tout pansement, il n'était survenu chez ce malade aucun accident inflammatoire. Cela tenait à deux causes : d'abord la muqueuse et le périoste n'étaient point largement déchirés, puis le malade n'avait aucune dent gâtée, sa mâchoire était au complet. Il faut que vous sachiez que, dans les fractures même simples, une dent cariée au voisinage de la fracture est une cause de périostite et d'abcès.

L'année dernière, à la consultation, j'ai observé une petite fille de cinq ans qui avait une nécrose de la moitié de la mâchoire inférieure consécutive à une fracture qui avait été méconnue.

Voici ce qui était arrivé. L'enfant était tombée le visage contre terre, et le lendemain déjà il y avait un gonflement et une rougeur qui fut considérée comme une fluxion ; des cataplasmes furent appliqués, et successivement il y eut plusieurs abcès dans la bouche. Lorsque l'enfant me fut amenée, onze mois après, je trouvai un séquestre de la moitié droite du corps de la mâchoire à nu dans la bouche ; j'en fis l'extraction. C'était la moitié droite du corps de la mâchoire; huit jours après, je pus extraire un nouveau séquestre, c'était la branche montante avec le condyle. En examinant les séquestres, je trouvai une molaire de la première dentition cariée. C'était cette lésion qui avait causé l'inflammation du foyer de la fracture, la périostite et la nécrose. L'enfant a guéri néanmoins, et il y a eu une reproduction d'une portion d'os. La mastication s'effectue d'ailleurs bien avec ce qu'il reste de la mâchoire inférieure.

Chez notre malade, les choses ont si bien marché qu'actuellement, vingt jours après l'accident, le malade peut déjà commencer à manger de la soupe ; il ne doit cependant pas essayer à mâcher des aliments solides, car, quel que soit le traitement mis en usage, ce n'est que deux mois après l'application d'un appareil que la mâchoire reprend toute la solidité nécessaire à la mastication.

Avant de décrire l'appareil que j'ai employé, je passerai rapidement en revue les différents moyens de contention qui ont été proposés par les chirurgiens. Et, avant d'aller plus loin, il faut envisager les deux cas qui peuvent se présenter; tantôt la fracture est simple, tantôt elle est double.

Quand il n'y a qu'un trait de fracture, une simple mentonnière suffit; cependant je préfère une courroie élastique

bouclée. Celle-ci, convenablement serrée, maintient appliquée l'arcade dentaire inférieure contre la supérieure, qui fait office d'attelle. Quand les malades ont toutes leurs dents, la guérison a lieu avec une grande rapidité.

Lorsque la fracture est double, la coaptation et la contention des fragments deviennent beaucoup plus difficiles. En effet, comme le fragment se trouve, dans la grande majorité des cas, sur la ligne médiane, il est incessamment poussé en avant par la pointe de la langue et a tendance à se renverser en avant. On conçoit facilement que, dans ce cas, la mentonnière seule n'aurait d'autre effet que d'exagérer davantage le déplacement en rapprochant les deux parties latérales de la mâchoire. Pour parer à cet inconvénient, une foule d'appareils ont été imaginés.

Chopart et Desault se servaient de deux gouttières, l'une placée sur l'arcade dentaire inférieure, l'autre sous le menton, réunies entre elles par des crochets.

Houzelot a imaginé un appareil consistant en une plaque supérieure creusée d'une rainure garnie de liège qui reçoit les dents de la mâchoire inférieure; une seconde plaque est placée sous le menton; l'une et l'autre sont rapprochées et serrées à l'aide d'une tige que l'on arrête avec une vis. Cet appareil était un perfectionnement.

Un peu plus tard, Morel-Lavallé a substitué à la plaque supérieure une gouttière de gutta-percha, moulée, qui s'adapte sur les dents après réduction des fragments, et qui est maintenue à l'aide d'un ressort qui prend son point d'appui sous le menton.

Tous ces appareils, construits sur le même principe, sont certainement très-rationnels et rendent des services momentanés; mais ils ont tous échoué souvent. Toutefois il faut remarquer qu'ils ne sont pas toujours à la portée du chirurgien, et, en outre, on peut leur adresser le reproche de se déranger facilement, de maintenir constamment ouverte la bouche du malade, qui est obligé de laisser couler ainsi sa salive hors de la bouche, ce qui est une cause sérieuse d'épuisement.

La double fronde est un autre appareil de contention imaginé par M. Bouisson (de Montpellier). Il contient bien les fragments et ne glisse pas, mais il a le désavantage de ne pouvoir pas s'adapter à toutes les mâchoires; il faudrait faire faire un appareil pour chaque malade.

Pour ce qui est de la ligature des dents, nous ne ferons que la citer pour la rejeter complètement comme une mauvaise méthode. Elle ne réussit que chez les malades qui peuvent s'en passer et pour qui une simple mentonnière suffit.

La suture des fragments, tentée dans ces derniers temps, ne saurait convenir que dans les cas de larges plaies, lorsque le foyer de la fracture est en quelque sorte à ciel ouvert. Il ne faudrait pas compliquer soi-même une fracture relativement simple.

Les gouttières métalliques sont difficiles à ajuster, et ce n'est pas le moindre de leurs inconvénients.

L'appareil que j'ai employé est de beaucoup plus simple et d'une confection très-facile; il m'a toujours réussi; il s'applique à tous les cas, fractures simples, fractures doubles plus ou moins compliquées.

On peut trouver partout une plaque de liège et une lanière élastique (1). Je m'empresse de le dire, le moyen de contention que j'emploie pour les fractures doubles du maxillaire inférieur est un appareil en quelque sorte mixte empruntant ses éléments un peu à celui d'Houzelot, un peu à la fronde de Bouisson.

Je prends un morceau de liège, dans lequel je taille sur une face une gouttière adaptée à la forme de l'arcade dentaire inférieure, et j'applique celle-ci au niveau de la fracture entre les deux mâchoires, que je serre l'une contre l'autre à l'aide d'une courroie élastique bouclée, qui fait office de mentonnière et qui est attachée sur un bonnet de coton. L'élasticité de celle-ci a cet avantage, qu'elle permet de rendre la compression des mâchoires l'une sur l'autre égale, et permet, de plus, de resserrer l'appareil tous les jours sans le défaire.

Avec cette méthode de traitement, le malade a un premier avantage, celui d'avoir la bouche fermée; il ne salive pas sans cesse. Sa mâchoire entr'ouverte par la gouttière de liège, qui ne s'étend pas au-delà des premières grosses molaires, permet le passage des aliments liquides, les seuls qu'il doive prendre en ce moment.

Vous avez vu que ce malade ne s'est pas un instant plaint de la gêne que lui causait cet appareil. Quand trente jours se seront écoulés, nous supprimerons la mentonnière, et le malade pourra quitter l'hôpital, après avoir bien supporté le traitement d'une fracture dont la contention passe généralement pour être pénible.

NOTA. — Le malade est sorti de l'hôpital le 24 janvier; il serrait bien la mâchoire, la consolidation était effectuée, et la canine ébranlée avait repris, ce qui, comme on le sait, est la règle.

(1) Par lanière élastique, il faut entendre une lanière en tissu croisé jouissant d'une élasticité plus grande qu'une bande de toile ordinaire et moindre que le caoutchouc.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. ARCHAMBAULT.

De la paralysie diphthéritique.

L'enfant dont je vais vous parler est bien un exemple de paralysie diphthéritique. Il a douze ans et demi et habite chez ses parents, non loin d'ici, rue de Vaugirard. Il est entré à l'hôpital le 12 septembre dernier, pour la première fois, pour une angine couenneuse, quelques jours après l'arrivée dans nos salles de son frère atteint de la même maladie. Deux de ses sœurs ont été prises aussi des mêmes accidents et à la même époque, et sont venues aussi se faire soigner ici par nous; l'une d'elles, la plus jeune, a succombé. Il n'y a donc là aucune incertitude sur l'origine, — épidémie diphthéritique localisée dans une même famille, — des phénomènes dont je veux maintenant vous entretenir.

Cet enfant, — je parle de celui que j'ai fait amener à l'amphithéâtre, — n'a pas eu une angine bien grave, les fausses membranes n'étaient ni très-épaisses ni très-étendues, il n'a pas eu non plus d'engorgement ganglionnaire bien considérable, et ses urines n'ont jamais renfermé la moindre trace d'albumine. Enfin il était à peu près complètement guéri le 2 octobre, lorsqu'il a quitté l'hôpital. Il est resté très-bien portant chez ses parents jusqu'au 22 octobre, jour où il s'est aperçu lui-même d'une certaine difficulté à parler ainsi que d'une assez grande gêne à avaler, les liquides principalement, qui revenaient en partie par les fosses nasales.

Quelques jours plus tard, il éprouvait des sensations douloureuses dans les avant-bras en même temps que la force diminuait dans les membres supérieurs, de plus il devenait

maladroit. Bientôt les membres inférieurs étaient pris à leur tour, et un dimanche matin, en se levant, ses jambes ne pouvaient qu'à grand'peine le soutenir et l'enfant trébuchait en marchant; enfin quelques douleurs se faisaient également sentir dans les mollets. Depuis lors les phénomènes paralytiques se sont étendus et ont gagné le tronc de telle façon que, lorsque l'enfant nous a été amené, il y a huit jours, il se levait et s'asseyait même difficilement dans son lit.

Tels sont les antécédents. Quant à l'état actuel, il nous présente une paralysie du voile du palais, la voix est nasonnée comme dans les cas de perforation de la voûte palatine, de division ou d'absence de voile du palais. Lorsqu'il boit sans certaines précautions, le liquide revient constamment par les fosses nasales incomplètement fermées par un voile du palais qui ne fonctionne plus normalement. La paralysie de l'orbiculaire des lèvres l'empêche aussi de siffler. Enfin non-seulement il y a paralysie de la motilité, mais aussi de la sensibilité; c'est ainsi que l'on peut presque impunément chatouiller le voile du palais et la luette.

Une paralysie partielle des muscles de la face enlève à la physionomie son expression ordinaire. Il y a eu au début aussi un peu de diplopie, actuellement elle a disparu. Les douleurs persistent dans les membres supérieurs et inférieurs et s'accompagnent d'un défaut de coordination assez prononcé et d'une certaine analgésie. Lorsque cet enfant essaye de marcher, il le fait un peu comme les ataxiques et ne sent pas le sol sur lequel ses pieds reposent. J'ajouterai que les urines ne renferment pas plus d'albumine que pendant le cours de sa diphthérite.

D'après les antécédents et les phénomènes actuels, il ne saurait exister aucun doute sur la nature de la maladie; nous sommes certainement en présence d'une paralysie diphthéritique à peu près généralisée, affection qui se rencontre assez souvent, une fois sur sept, d'après M. Henri Roger.

Elle a débuté chez notre malade vingt jours après la guérison de la diphthérite. Ordinairement elle survient pendant la période de la convalescence. Quelquefois cependant on l'a vue apparaître au septième ou au huitième jour de la maladie, débutant presque toujours par le voile du palais et le pharynx, et donnant lieu à une dysphagie plus ou moins grave, parfois mortelle par l'inanition qui peut s'ensuivre. Quelques auteurs ont prétendu que la paralysie survenait plutôt dans le cas de diphthérite légère que chez les sujets atteints de diphthérite grave. Cela tient uniquement à ce que chez ces derniers la mort arrive avant que la paralysie ait le temps de se produire.

La paralysie peut être ou généralisée ou seulement localisée au voile du palais, au pharynx et au larynx. Dans presque tous les cas, c'est par le pharynx qu'elle débute et chez quelques enfants l'impossibilité d'avaler les liquides principalement est telle que toute boisson donne lieu à des accès de suffocations considérables. La voix est ou nasonnée ou absolument perdue et l'enfant est complètement aphone. L'expulsion de l'air par la bouche est le plus souvent à peu près nulle, à moins que par un petit stratagème on ne ferme les fosses nasales.

Si de la région buccale nous passons aux membres et au tronc, nous remarquons la difficulté et parfois même l'impossibilité pour l'enfant de se mouvoir et de s'asseoir. La tête elle-même peut quelquefois se trouver paralysée et forcée de rester ainsi là où elle se trouve placée. Par contre la contractilité électro-musculaire n'est jamais abolie, elle reste intacte. Chez notre malade, les troubles de la motilité et de la sensibilité, toujours inséparables les uns des autres dans la paralysie diphthéritique, sont surtout prononcés à gauche.

Du côté des organes des sens, nous trouvons une diplopie passagère, phénomène assez commun, du reste, en pareil cas; on observe quelquefois aussi de l'amblyopie. On a cru autrefois pouvoir attribuer ces accidents à un état albuminurique, il n'en est rien cependant, et, dans bien des cas, comme chez l'enfant que je vous ai présenté, on ne constate à aucune période de la maladie la moindre trace d'albumine dans les urines. La presbytie tient à la paralysie du muscle ciliaire, laquelle amène une diminution de la contraction du cristallin. Quelques auteurs ont prétendu qu'il existait quelquefois une certaine surdité. Je ne l'ai jamais rencontrée. Les troubles de la vie organique sont rares. Parfois l'on observe de la paralysie du rectum, par suite de la constipation ou de l'incontinence des matières fécales; parfois aussi de la paralysie de la vessie, par suite encore rétention ou incontinence des urines.

L'origine de la paralysie diphthéritique a été expliquée de diverses façons; pour les uns, elle a été considérée comme une conséquence de l'albuminurie dans la diphthérite grave; cette opinion est complètement abandonnée. En 1851, MM. Trousseau et Lasègue ont parlé d'une névrite du voile du palais et du pharynx; théorie qui ne saurait être soutenue tout au moins lorsque l'affection s'étend aux membres inférieurs. De plus, le docteur Gareau a vu les mêmes accidents se produire en l'absence de toute angine antérieure. Je vous citerai le fait d'un individu auquel un vésicatoire avait été appliqué pour un point de côté et dont la surface de la peau vésiquée, s'étant couverte de plaques diphthéritiques, présente des phénomènes de paralysie des membres, du voile du palais et du pharynx, bien que ces organes fussent restés parfaitement indemnes de tous accidents diphthéritiques. MM. Charcot et Vulpian ont trouvé chez des individus qui avaient succombé les tubes nerveux des nerfs du voile du palais et du pharynx dépourvus de myéline. On a dit aussi que la paralysie était la conséquence d'une méningite spinale, mais il a été prouvé que cette opinion était tout à fait erronée. Enfin, dans un travail récent, M. Déjérine, étudiant dans cinq cas l'état de la moelle, a trouvé des altérations se rapprochant de celles qui avaient été indiquées par MM. Charcot et Vulpian, c'est-à-dire une segmentation, une destruction de la myéline des tubes nerveux de la moelle.

Si, à cette dernière opinion qui paraît basée sur des faits d'anatomie pathologique étudiés avec grand soin, je n'ai aucune objection à faire, cependant je dois ajouter que cette lésion est en tout cas passagère, la plupart des sujets atteints de paralysie diphthéritique guérissant assez facilement et aussi assez rapidement. Cette guérison est en effet de plus de 9 sur 10, peut-être de 98 sur 100, bien qu'aucune statistique n'ait encore été établie. Si quelques enfants succombent alors même que la paralysie reste localisée à l'isthme du gosier, la mort est presque toujours accidentelle, soit par suite de la pénétration des aliments dans les voies aériennes et de la suffocation consécutive, soit surtout par inanition.

Quant au diagnostic, il est généralement très-facile; il n'est guère d'affections avec lesquelles la maladie puisse être confondue. M. Hardy a cité le fait d'un individu chez

lequel la paralysie avait été prise pendant quelques jours pour une laryngite syphilitique. Certains symptômes ont fait croire aussi momentanément chez quelques sujets à l'ataxie locomotrice, mais les antécédents diphthéritiques ont bientôt dissipé toute erreur.

Le traitement n'est généralement pas très-bien indiqué dans les auteurs. Les individus atteints de la paralysie dont nous nous occupons ici étant généralement affaiblis, anémiques, la première indication est d'avoir recours aux préparations martiales, sirop d'iodure de fer et surtout pilules ferrugineuses plus facilement dégluties que les liquides; le quinquina est également indiqué en pilules de 25 centigrammes chaque et à la dose de huit par jour. Puis, comme excitant les contractions musculaires, on aura recours à la teinture de noix vomique en potion administrée à doses progressives, commençant par 10 gouttes et pouvant aller jusqu'à 15 et 20 gouttes par jour. Des frictions sèches sur la peau ou avec un morceau de laine imprégné de vapeurs de benjoin seront également prescrites pour stimuler la nutrition et réveiller la sensibilité. Les bains de Barèges sont aussi un excellent stimulant. Le séjour au bord de la mer et les bains de mer donnent de bons résultats chez les sujets chez lesquels les accidents paralytiques persistent pendant plusieurs mois.

J'ajoute à ces différents moyens l'emploi de l'éléctricité à courants continus que je considère comme ayant des qualités trophiques supérieures aux courants intermittents.

Enfin, lorsqu'il est absolument impossible d'alimenter le malade par les voies ordinaires sous peine d'accès de suffocation dangereux, on a recours soit à la sonde œsophagienne, soit aux lavements nutritifs.

Quant aux troubles oculaires dont il n'est généralem ent pas nécessaire de s'occuper beaucoup, je prescris cependant, lorsqu'ils affectent une certaine durée, un collyre ainsi composé :

Sulfate d'ésérine.......	10 centigrammes.
Eau distillée	30 grammes.

ALTÉRATION HISTOLOGIQUE DU REIN

A LA SUITE DE LA LIGATURE DE L'URETÈRE

Par MM. Straus et Germont.

MM. Straus et Germont résument ainsi les résultats de leurs recherches sur les *altérations histologiques du rein, chez le cobaye, à la suite de la ligature de l'uretère*.

La ligature de l'uretère fut faite par la voie abdominale, avec l'emploi rigoureux de la méthode antiseptique (acide phénique, catgut), d'où guérison très-rapide des animaux et réunion par première intention de la plaie abdominale.

Le rein dont l'uretère a été lié s'atrophie graduellement ; la saillie de la pyramide disparaît ; au bout de quatre à cinq mois, le rein est réduit à quelques centimètres d'épaisseur ; l'uretère et le bassinet sont distendus par un liquide clair, renfermant de l'urée et de l'albumine, mais pas de globules de pus, ni de micrococcus ou de bactéries.

Les lésions histologiques du rein, à la suite de la ligature de l'uretère, présentent deux phases successives : une phase d'*ectasie* des canalicules et une phase de *collapsus atrophique*.

La phase d'ectasie est caractérisée par la dilatation des tubes contournés et droits, depuis le glomérule jusqu'aux canaux collecteurs, et par l'aplatissement excessif de l'épithélium de revêtement. Pas de prolifération ni d'infiltration nucléaire interstitielle, pas de sclérose.

La deuxième phase, qui commence trois semaines environ à un mois après la ligature, est caractérisée par le retrait des tubes urinifères et par la transformation de leur épithélium en cellules neutres ou embryonnaires, fait sur lequel MM. Charcot et Gombault avaient déjà appelé l'attention. Mais MM. Straus et Germont se sont assurés de l'absence totale (même sept ou huit mois après la ligature) de néphrite interstitielle, de cirrhose. Tout se borne, en substance, au fait mécanique de l'ectasie initiale, suivie du retrait atrophique des tubes et à la substitution à l'épithélium spécifique, d'un épithélium indifférent.

Ces résultats diffèrent de ceux observés par MM. Charcot et Gombault par l'absence de production exubérante de tissu interstitiel et d'infiltration nucléaire que ces expérimentateurs ont sans cesse rencontrée.

Ces différences si accusées tiennent à la différence du manuel opératoire : MM. Straus et Germont, en employant la méthode aseptique rigoureuse, se sont opposés à l'introduction d'organismes inférieurs doués de propriétés phlogogènes, et le processus histologique ainsi provoqué a été purement atrophique et non phlegmasique. Toutes les fois que les précautions antiseptiques, volontairement ou non, ont été négligées, MM. Straus et Germont ont pu constater des altérations histologiques telles qu'elles ont été décrites par MM. Charcot et Gombault.

Ces faits ne sauraient ébranler la théorie célèbre de M. Charcot sur les *cirrhoses viscérales épithéliales*, qui repose sur des données anatomo-pathologiques inattaquables. Ils montrent cependant la nécessité, dans des recherches expérimentales de ce genre, de recourir à la méthode antiseptique, qui assure non-seulement la survie des animaux, mais donne des résultats plus simples, plus purs, et dégagés de l'intervention de facteurs étrangers, phlogogènes ou autres.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 4 février 1882. — Présidence de M. Paul Bert.

COMMUNICATIONS

Les argas de Perse. — **M. Mégnin**, au nom de M. Laboulbène et au sien, présente des argas de Perse, grands acariens qui ont l'apparence et la taille de fortes punaises et qui se trouvent mentionnés dans tous les ouvrages de zoologie médicale comme ayant la réputation de causer une piqûre très-douloureuse pouvant amener la consomption et la mort, mais des étrangers seulement. C'est là l'opinion des habitants de la Perse, opinion consignée dans le mémoire de Fischer de Waldheim, naturaliste russe à qui l'on doit la connaissance de ce parasite.

A la demande de M. Laboulbène, qui désirait être fixé sur le compte de l'argas de Perse, M. Tholosan, médecin du schah de Perse, lui en remit, il y a quatre ans, des spécimens récoltés dans trois localités différentes, où ils portent des noms particuliers. Égarés par une cause fortuite, M. Laboulbène les retrouva l'année dernière, toujours empaquetés et emprisonnés dans du coton et du papier, et, ce qui est surprenant, encore vivants pour la plupart. Aujourd'hui, ainsi qu'on peut le constater, quelques-uns exécutent encore des mouvements très-actifs, et ils sont à jeun depuis quatre ans.

Ils constituent deux espèces parfaitement distinctes : l'une doit conserver l'ancien nom de Fischer, savoir *argas persicus* ; l'autre, qui est inédite, nous proposons de la nommer *argas Tholosani*, en l'honneur du médecin qui l'a récoltée.

Nous donnerons la description complète de ces acariens avec figure à l'appui dans un mémoire que nous publierons plus tard.

Quant à leurs propriétés nocives, des expériences faites sur des lapins ont prouvé que leurs piqûres n'est pas plus dangereuse que celle de nos ixodes indigènes, dont ils sont très-voisins.

C'est ce qu'avait déjà constaté, il y a une huitaine d'années, M. le docteur Fumouze pour un individu de l'ancienne espèce de

Fischer qu'il a possédé vivant pendant très-longtemps et qui avait été trouvé dans un échantillon de laine provenant de Perse.

Ankylostome duodénal des mineurs. — M. POUCHET présente une note de M. Lesage qui, guidé par les recherches de M. Perruncito, a trouvé chez les mineurs d'Anzin le même parasite vermineux que M. Perruncito avait signalé chez les mineurs du Saint-Gothard.

M. FRANCK rappelle que cet ankylostome duodénal a été également rencontré chez les mineurs de Saint-Étienne.

Chaîne ganglionnaire des lombrics. — M. VIGNAL. La chaîne nerveuse du lombric agricole est entourée de trois gaines, épithéliale, musculaire et cuticulaire; elle est formée de ganglions soudés bout à bout; chacun émet six nerfs, trois de chaque côté. Sur des coupes transversales, on voit qu'elle est formée de deux moitiés latérales; en procédant du bord au centre d'une moitié, on rencontre de nombreuses cellules granuleuses, prises dans un reticulum dense de tissu conjonctif, puis de nombreuses cellules nerveuses. Au point de soudure des ganglions, la zone conjonctive ne laisse de place que pour les colonnes fibreuses, les nerfs naissent de ces colonnes. Les tubes nerveux sont formés d'une matière visqueuse, peu granuleuse, les cellules de la même matière et d'un noyau très-net, autour duquel se rencontrent souvent des granulations graisseuses.

Trois gros tubes nerveux situés à la face postérieure de la chaîne me paraissent être destinés à assurer la solidarité de ses différentes parties, car l'auteur n'admet pas l'entre-croisement des tubes décrit par L. Clarke.

Le cerveau des perroquets. — M. D'ARSONVAL présente, au nom de M. Couty, une note relative aux recherches que l'auteur a faites sur la zone motrice du cerveau des perroquets. Il résulte de ces recherches que les deux tiers de la surface cérébrale, chez ces animaux, sont excitables, et que, de tous les animaux sur lesquels on a expérimenté, il n'en est pas dont l'excitabilité neuro-musculaire soit plus intense.

De l'action du cyanure de mercure dans les affections oculaires syphilitiques. — M. GALEZOWSKI fait une communication sur l'action du cyanure de mercure dans les affections syphilitiques des yeux.

Depuis longtemps il a été frappé de l'insuffisance des moyens dans le traitement de certaines affections, telles que choroïdites, névrites, rétinites et atrophie des papilles se développant sous l'influence du virus vénérien. L'auteur a fait dans les derniers deux mois des expériences sur les animaux d'abord, et ensuite sur les hommes, avec le cyanure de mercure en injections hypodermiques, et les résultats ont été des plus surprenants.

Avec le concours de M. Despagnet, il a fait des injections de vingt centigrammes de cette solution sous la peau chez un lapin pesant de 3 à 4 livres, et il a vu se produire une paralysie des quatre membres, puis anesthésie, ralentissement dans les battements du cœur, et stases veineuses dans la papille avec anesthésie de la cornée. Mais, au bout de deux heures, tous les phénomènes ont disparu, et l'animal a repris sa vie habituelle.

Chez les hommes l'action a paru on ne peut plus efficace pour combattre les accidents syphilitiques. Des iritis avec des condylomes et des kératites ponctuées ont guéri après cinq, huit à dix injections hypodermiques, à la dose de 5 à 10 milligrammes par jour. Dans les choroïdites syphilitiques, ainsi que dans des névrites optiques, l'auteur a obtenu de notables améliorations après dix ou quinze injections. Mais ce qui paraît le plus important, dans l'emploi de ce médicament, ce sont les résultats obtenus dans deux cas d'atrophie progressive des papilles optiques. Après dix injections chez une femme et quinze injections chez un homme, la maladie se trouve complètement arrêtée.

Ces injections ne laissent point de nodosité dans le tissu cellulaire, bien entendu si la solution est bien préparée, et qui contient 1 milligramme par une goutte.

Chez quelques malades, la dose de cyanure de potassium a été portée à 15 et 20 milligrammes, mais il en est résulté de fortes coliques et de la diarrhée qui obligea d'interrompre pour quelques jours les injections.

De nouvelles recherches se poursuivent à la clinique de M. Galezowski, et, si les premiers résultats se confirment, on aura trouvé alors un moyen précieux contre une des affections les plus graves de la vue, et notamment contre l'atrophie syphilitique des papilles optiques qui, jusqu'à présent, est restée incurable.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 1er février 1882 (1). — Présidence de M. Léon LABBÉ.

COMMUNICATION

Érysipèle. — M. VERNEUIL. Plus une maladie est commune, rebelle à tous les moyens de traitement, grave et souvent même mortelle, douteuse dans ses origines, incertaine dans sa pathogénie, plus il faut s'en occuper, et, à ce titre, l'érysipèle mérite toute l'attention des chirurgiens. Il faut reconnaître que cette maladie a considérablement diminué de fréquence dans les hôpitaux. Autrefois il y avait toujours des érysipèles dans les salles de chirurgie; on ne voit plus à Paris ces grandes épidémies ni ces endémies constantes d'érysipèles qui souvent arrêtaient la main du chirurgien. La méthode antiseptique nous a rendu des services au point de vue de l'érysipèle, mais elle a porté un coup bien plus rude à la septicémie. Aujourd'hui encore, en effet, on meurt d'érysipèle.

Nous commençons à savoir ce que nous avons à craindre quand nous opérons un diabétique, un alcoolique, etc. Qu'avons-nous à craindre quand nous opérons un malade qui a déjà eu un ou plusieurs érysipèles? Ces érysipèles antérieurs influent-ils sur le pronostic opératoire? C'est ce qu'il importe d'étudier. J'ai par devers moi trois observations pour servir à cette étude.

Étant tout jeune chirurgien, je fus appelé auprès d'un négociant atteint de l'alcoolisme des classes aisées, qui avait un érysipèle spontané de la face dont il guérit bien, mais qui laissa un engorgement ganglionnaire qui, au lieu de se dissiper, persista; deux ou trois mois après survint un abcès dans la gaine du sterno-cléido-mastoïdien; je l'ouvris; deux jours après se développa un érysipèle qui envahit toute la face, se compliqua de delirium tremens et entraîna très-rapidement la mort.

En 1866, je fus appelé par M. Brown-Séquard auprès d'un créole, en France depuis longtemps, et qui était atteint d'une ostéite des os du pied. J'appris que deux ans auparavant il avait eu un érysipèle spontané de la face. Comme il avait des douleurs très-vives dans le pied, je fis faire des injections sous-cutanées de morphine; au niveau d'une des piqûres se développa un érysipèle qui envahit toute la jambe; des abcès vinrent à se former; l'un des trajets fistuleux fit un érysipèle qui devint ambulant et envahit successivement toutes les parties du corps. Quelque temps après, de nouveaux accidents inflammatoires très-intenses se déclarèrent; l'amputation tibio-tarsienne fut nécessaire.

L'opération s'accompagna d'un écoulement sanguin considérable, le troisième jour se déclara un érysipèle; puis survint une hémorrhagie secondaire qui nécessita la ligature de la tibiale postérieure; le malade mourut le lendemain soir.

Je fus consulté par un homme de cinquante et un ans, d'une belle santé, d'une stature herculéenne, très-gras, qui avait été opéré par M. Cusco d'un épithélioma de la lèvre. Il y avait un ganglion sous-maxillaire. A Vichy, cet homme avait eu une poussée d'eczéma à la cuisse. En septembre il eut, sans cause connue, un érysipèle de la face qui guérit en neuf jours. Je l'opérai de son ganglion à la fin de septembre, chez lui, à la campa-

(1) Fin. — Voir le numéro du 4 février 1882.

gne, dans d'excellentes conditions hygiéniques, un dimanche, sans avoir été préalablement à l'hôpital, muni d'instruments neufs, assisté de deux confrères qui n'avaient pas, à ce moment, d'érysipèles dans leur clientèle. J'appliquai la méthode antiseptique dans toute sa rigueur. Quatre jours après, ce malade eut froid, il eut une lymphangite au bras droit, puis un érysipèle phlegmoneux au bras droit et à la jambe gauche, qui nécessita plusieurs incisions. Le quatrième jour, il eut un violent mal de gorge, les joues se prirent ; il eut un érysipèle de la face d'origine pharyngée auquel il succomba vingt-trois jours après l'opération.

Existe-t-il un état pathologique particulier déterminé par des érysipèles à répétitions? On sait que dans certaines régions, au Brésil, par exemple, il y a très-fréquemment des attaques de lymphangite. Je connais une femme qui en est à son soixante-dix-neuvième érysipèle de la face. Quelles sont donc les chances que court le chirurgien qui opère un malade ayant eu un ou plusieurs érysipèles? Les récidives d'érysipèles dans la même région pourraient, à la rigueur, s'expliquer par les conditions anatomiques de cette région déjà plusieurs fois atteinte. Mais comment expliquer les récidives d'érysipèles à distance? Ce sont là autant de questions que je soumets à l'appréciation de mes collègues.

M. DESPRÈS se rappelle un malade qui a subi trois opérations; à la suite de la première, il n'a pas eu d'érysipèle, les deux autres opérations ont été suivies d'érysipèle. Je ne crois pas cependant, ajoute M. Desprès, que des érysipèles antérieurs aggravent singulièrement le pronostic opératoire. Je me rappelle une jeune fille qui, il ya deux ans, a eu un érysipèle à la suite d'une simple blépharorrhaphie. Un an après, lorsque je fis la section des paupières suturées, elle eut un érysipèle extrêmement grave. Elle succomba à une embolie pulmonaire. J'ai opéré un malade deux fois d'un cancroïde labial ; la première fois, il eut un érysipèle ; il n'en eut pas la seconde fois. J'ai opéré une malade plusieurs fois pour une fistule vésico-vaginale ; elle n'eut d'érysipèle que la première fois. Je suis de l'avis de Velpeau, et crois qu'on ne meurt pas d'érysipèle seul.

M. MARC SÉE. Je citerai l'exemple d'une malade que j'ai opérée une première fois d'un cancer du sein ; elle eut un érysipèle grave ; deux ans après, récidive dans la cavité axillaire, seconde opération, pas d'érysipèle. Contrairement à M. Desprès, je crois qu'on meurt d'érysipèle sans autres complications.

M. GILLETTE. Un homme de trente ans fut opéré par M. Richet d'une tumeur génienne ; il eut un érysipèle des plus graves. Un an après, seconde opération dans la même région, second érysipèle, mais moins grave que le premier.

M. VERNEUIL, sur six observations présentées par ses collègues, en compte trois qui sont favorables à l'opinion qu'il a émise. Il faut tenir grand compte, au point de vue du pronostic de l'érysipèle, des altérations viscérales. Il est vrai, comme le dit M. Desprès, que l'érysipèle sporadique ne tue pas ; il ne tue que les individus qui ont les viscères malades.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'Académie des sciences a tenu sa séance publique annuelle aujourd'hui lundi 6 février 1882, à une heure, sous la présidence de M. Wurtz.

M. J. Bertrand, secrétaire perpétuel, a prononcé l'éloge historique de Léon Foucault.

Ont été proclamés lauréats pour l'année 1881 :

MÉDECINE ET CHIRURGIE. — *Prix Montyon :* MM. Bérenger-Féraud, Favre et Paul Richer ; mentions honorables : MM. Dastre, Déjérine et Toussaint ; la commission cite honorablement MM. Beaunis, Budin, Martin-Damourette et Hyades, Guinand, Lombard et Paccini. — *Prix Bréant :* M. Léon Colin. — *Prix Godard :* M. Dubar. — *Prix Serres :* M. Édouard van Beneden. — *Prix Lallemand :* M. Luys.

ANATOMIE ET ZOOLOGIE. — *Prix Savigny :* M. Yves Delage.

PHYSIOLOGIE. — *Prix Montyon :* M. d'Arsonval. — *Prix Lacaze :* M. Brown-Séquard.

BOTANIQUE. — *Prix Barbier :* Encouragement de 1,000 francs à M. Bourgoin. — Encouragement de 500 francs à MM. Letar et Doassans. — Mention honorable : M. Étienne Gilbert. — *Prix Alhumbert :* M. Gayon. — *Prix Desmazières :* M. Paul Petit. — *Prix Thore :* M. Émile Bescherelle. — *Premier prix Bordin :* Encouragement de 1,500 francs à M. E. Mer. — *Deuxième prix Bordin :* M. Louis Olivier.

GÉOLOGIE. — *Grand prix des sciences physiques :* Mention très-honorable et encouragement de 1,500 francs à MM. F. Fontannes et G. Vasseur.

PHYSIQUE. — *Prix Lacaze :* M. Gaston Planté.

CHIMIE. — *Prix Jecker :* M. A. Le Bel. — *Prix Lacaze :* M. P. Hautefeuille.

STATISTIQUE. — *Prix Montyon :* MM. Antony Rouillet et Bezançon. Une récompense de 400 francs à M. Clément. Deux mentions honorables à MM. Louis Amat et Arthur Chervin.

— Le Conseil général de la Seine a voté, dans sa séance de vendredi dernier et sur le rapport de M. le docteur Loiseau, un agrandissement considérable de l'asile public d'aliénés de la Ville-Évrard. Le nombre des lits sera porté de 150 à 300, moitié pour les hommes, moitié pour les femmes. Ces 150 nouveaux lits à créer exigeront la construction de six nouveaux pavillons pour l'habitation des malades et de deux pavillons pour le service des bains et des cuisines, soit une dépense de 1,427,552 fr. 45.

— La ville de Paris vient de nous envoyer son premier annuaire statistique. C'est un volume grand in-8° rempli de renseignements relatifs à l'année 1880.

Tous les services municipaux ont collaboré à ce travail ; on y trouve des données statistiques sur la météorologie, l'analyse de l'air, la voirie, la distribution des eaux, les objets de consommation, le mont-de-piété, l'assistance publique, les moyens de transport, l'enseignement, etc.

Une grande partie du volume est consacrée à l'étude des mouvements de la population, par M. le docteur Bertillon, chef des travaux de la statistique municipale.

— M. Gibier (Paul), interne en médecine des hôpitaux de Paris, est nommé aide-naturaliste près la chaire de pathologie comparée au Muséum d'histoire naturelle.

— M. Guérin-Lanta, adjoint au maire du quatorzième arrondissement, vient d'être nommé directeur de l'asile Sainte-Anne, en remplacement de M. Prieur.

— Un nouveau cours pratique pour les infirmiers et infirmières professé par les médecins de l'asile public d'aliénés de Sainte-Anne sera prochainement ouvert. Le programme des leçons est fixé ainsi qu'il suit : MM. Dagonet, hygiène ; Bouchereau, administration ; Garnier, pansements ; Briand, petite chirurgie et applications hydrothérapiques ; Gérente, physiologie ; Respaut, anatomie ; Magnan, rapports de l'infirmier avec l'aliéné dans les différentes formes mentales ; Quesneville, petite pharmacie.

— *Fièvre jaune.* — Le ministre de la marine et des colonies vient de recevoir du gouverneur du Sénégal une dépêche datée de Saint-Louis annonçant que l'état sanitaire de toute la colonie est bon.

Les bords du fleuve le Sénégal seraient donc seuls atteints par la fièvre jaune, comme nous l'avons annoncé dans notre numéro de samedi.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Boumy, bachelier ès lettres, est nommé préparateur de pharmacie en remplacement de M. Dupetit, démissionnaire.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. le docteur Laffon, est chargé du cours de physiologie.

M. Huart (Jules), né le 17 décembre 1858, à Requignies (Nord), est nommé aide-préparateur de pharmacie, en remplacement de M. Dequesne, dont le temps d'exercice est expiré.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Morat, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Lille, est délégué, en la même qualité, à la Faculté de médecine de Lyon, pendant la durée du congé accordé à M. Picard, titulaire à la chaire.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Thorion (Henri-Joseph), né le 27 mai 1860 à Fresnes-en-Woëvre (Meuse), est nommé aide-préparateur de chimie, en remplacement de M. Demange, appelé à d'autres fonctions.

— *École de médecine de Marseille.* — M. Aubert (Joseph-Eugène), bachelier ès sciences, est nommé préparateur de chimie et de pharmacie, en remplacement de M. Arduin, démissionnaire.

— *École de médecine de Reims.* — M. Lévêque, suppléant des chaires de chirurgie et d'accouchements, est chargé du cours de clinique chirurgicale, pendant la durée du congé accordé à M. Galliet.

— M. le docteur Ovion fils est nommé médecin du collège de Boulogne-sur-Mer, en remplacement de M. le docteur Duhamel, décédé.

— M. le docteur Simon est nommé médecin-adjoint du lycée de Caen, en remplacement de M. le docteur Lévy de Langevinière.

— M. le docteur Seguret, médecin-adjoint du lycée de Rodez, est nommé médecin dudit lycée, en remplacement de M. le docteur Rozier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 12352.

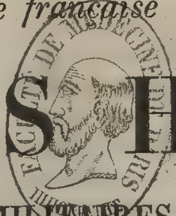
N° 17. — JEUDI 9 FÉVRIER 1882. 55e ANNÉE. JEUDI 9 FÉVRIER 1882. — N° 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX



CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

A l'occasion de la mort de M. Bussy, la séance publique a été levée, et, par suite d'une coutume récente maintenant établie, l'Académie, au lieu de cesser tout travail en signe de deuil, s'est formée aussitôt en comité secret. Nous ne parlerons pas de ce qui s'est passé derrière une porte fermée en principe, et de l'enfantement laborieux d'une liste de présentation pour une place d'associé libre.

HOTEL-DIEU. — M. RICHET.

Plaie par arme à feu, anévrysme faux consécutif de l'arcade palmaire superficielle.

Le 25 du mois dernier entrait dans nos salles, pour une blessure assez sérieuse, un jeune rédacteur d'un grand journal politique. En maniant un revolver dont les différents coups étaient chargés, l'un de ceux-ci était parti, et la balle, pénétrant dans la main gauche par la face palmaire, sous la tête du troisième métacarpien, était sortie par la face dorsale.

Il n'y avait pas eu d'hémorrhagie, et le médecin, appelé aussitôt après l'accident, avait cru devoir procéder à un débridement de la plaie, suivant en cela les principes d'une certaine école qui croit que toute plaie par arme à feu doit être débridée. Cette opération, si l'on veut faire un débridement efficace, est toujours difficile à pratiquer à cause des gaines tendineuses, des artères et des nerfs que l'on risque fort de léser. De là certains dangers.

Quoi qu'il en soit, à son arrivée nous l'avons soumis à l'irrigation continue, irrigation applicable surtout en pareil cas et bien plus efficace que tous les débridements. Il n'y eut pas d'hémorrhagie, les plaies se cicatrisaient bien, lorsque, en examinant, il y a quatre jours, le siège de la blessure pour voir si nous pouvions cesser une irrigation que je ne fais guère durer ordinairement plus de huit à dix jours, je sentis des pulsations dans la paume de la main, au niveau de l'arcade palmaire superficielle. En même temps j'apercevais les soulèvements réguliers d'une tumeur se dessinant au même niveau.

J'en conclus aussitôt à l'existence d'un anévrysme faux consécutif commençant. Je fis supprimer l'irrigation et la remplaçai par des compresses d'eau froide et par la compression. Les jours suivants, la tumeur augmentait de volume et se rapprochait assez de la plaie pour me faire craindre une rupture de la cicatrice et une hémorrhagie. J'ordonnai, dans le cas où cet accident aurait lieu, de se borner à faire la compression et l'élévation du membre.

Hier, en effet, la rupture se fit, et une première hémorrhagie eut lieu qui fut traitée comme je l'avais prescrit. Néanmoins une seconde hémorrhagie survint dans l'après-midi, et une troisième à cinq heures du soir, au moment où, prévenu de ce qui s'était passé, j'arrivais à l'Hôtel-Dieu.

Je fis faire la compression par la bande élastique et par des tampons appliqués sur les artères radiale et cubitale. Depuis lors l'écoulement du sang s'est arrêté.

Mais aujourd'hui il s'agit d'intervenir par une opération très-grave, beaucoup plus grave qu'on ne peut le supposer, avec des chances de non-réussite qui peuvent nous forcer à pratiquer ultérieurement l'amputation du membre.

Et, tout d'abord, qu'est-ce que cet anévrysme? Est-ce le projectile qui aurait ouvert l'artère; serait-ce plutôt quelque fragment osseux, ou mieux encore le débridement pratiqué aussitôt après l'accident? S'il me paraît inutile de le rechercher, cependant, pour moi, je croirais assez au débridement comme cause de cet anévrysme, d'abord parce que la plaie du projectile n'est pas au même niveau que l'anévrysme, qui se trouve, au contraire, à l'extrémité de la ligne du débridement vers le troisième espace interosseux.

Quant à la constitution anatomique de la tumeur, elle est formée soit par une plaie latérale de l'arcade palmaire superficielle, soit par sa section complète. Si l'artère a été seulement écornée, un caillot a oblitéré pendant quelque temps la plaie du vaisseau pour céder à un moment donné et donner lieu à la formation d'un anévrysme latéral. Si l'artère a été complètement coupée, l'anévrysme qui s'est formé enveloppe tout le tour du vaisseau.

De plus, il n'y a pas de sac anévrysmal véritable, mais bien un pseudo-sac formé aux dépens des parties environnantes, avec des caillots mous autour de la plaie, non consistants ni fibrineux et sans tendance à s'organiser. De plus encore, nous nous trouvons dans des conditions d'autant plus difficiles que nous sommes dans une région renfermant des gaines, des loges aponévrotiques, les unes lisses et polies, les autres irrégulières et dans lesquelles le sang peut s'infiltrer avec une très-grande facilité, dans une région contenant aussi des vaisseaux et des nerfs nombreux.

Que faut-il donc faire en pareille occurrence? Des applications de glace ou d'eau froide? Je l'ai fait pour la plaie, et vous voyez que cela n'a pas empêché l'anévrysme de se produire. La compression mécanique directe ou indirecte? la compression digitale? tout cela a été fait également et ne nous a pas empêché d'avoir trois hémorrhagies consécutives. Aussi, ce matin même, en arrivant, j'étais inquiet malgré l'énergique compression faite hier soir, et mon inquiétude était justifiée par un léger suintement de sang sous la bande élastique.

La compression digitale réussit quelquefois, mais seulement dans le cas de plaie récente de l'arcade palmaire et non dans celui d'une lésion datant déjà de quinze jours, où les caillots du pseudo-sac fuient sous la compression et s'infiltrent dans les gaines.

Tous ces moyens sont donc insuffisants, et il nous faut songer à autre chose. Nous nous trouvons donc acculés à pratiquer la ligature directe ou la ligature indirecte.

La dernière, c'est-à-dire la ligature des artères qui amènent le sang dans la main, des artères radiale et cubitale, serait plus simple; mais elle ne nous mettrait malheureusement pas encore à l'abri des hémorrhagies par les ramifications des interosseuses, tant les rameaux artériels sont nombreux. Ceci n'est pas de la théorie, mais bien de la pratique. La ligature de l'artère humérale elle-même n'est pas toujours une garantie.

En résumé, je me décide donc our la ligature directe, dans la plaie, des deux bouts de l'artère. La compression avec la bande élastique nous mettra, pendant l'opération, à l'abri de toute hémorrhagie et nous permettra de chercher à reconnaître la nature exacte de la lésion. Si nous n'avions pas ce moyen préservateur, je ne tenterais pas cette ligature, mais je pratiquerais celle de l'humérale.

Si l'artère est seulement écornée, l'opération sera moins difficile que si elle est complètement sectionnée; dans ce dernier cas, la recherche des deux bouts est longue et minutieuse.

Nélaton a dit avec juste raison que dans toute plaie suppurée les extrémités de l'artère qui avait été sectionnée étaient très-friables et se coupaient aisément par la ligature; de là la nécessité, ajoutait-il, de certaines précautions, c'est-à-dire de lier les tissus en masse avec les artères. Bien qu'ici aucune inflammation ne soit survenue dans la plaie depuis le jour de l'accident, et que, par suite, l'artère ne me paraisse pas devoir s'être ramollie, cependant, dans la crainte que mon fil ne vienne à couper les extrémités de l'artère, je ferai la ligature, en prenant avec mon aiguille courbe le plus de tissus qu'il me sera possible. Je pratiquerai ainsi la ligature médiate.

— L'opération a parfaitement justifié le diagnostic émis par M. le professeur Richet, d'un anévrysme faux consécutif de l'arcade palmaire superficielle. La ligature des deux bouts a été pratiquée sans aucun accident et sans la moindre hémorrhagie. Le malade avait été, bien entendu, préalablement chloroformisé.

HOPITAL NECKER. — M. Trélat.

I. Kyste sébacé de l'épaule. — II. Tumeur ganglionnaire de la région mentonnière. — III. Épithélioma du pilier antérieur du voile du palais, de l'amygdale, du pharynx et de la muqueuse linguale.

I. Nous allons opérer dans quelques instants le malade du nº 48, qui est un homme fort, vigoureux, âgé de cinquante-deux ans, et qui porte, à la partie supérieure de l'épaule droite et un peu en arrière, une tumeur d'un diagnostic assez facile, si l'on se donne la peine de l'examiner avec soin.

Cet homme est forgeron, et, en raison même de l'état qu'il exerce, il est habitué à porter sur cette même épaule droite des fardeaux souvent fort lourds, cause incessante de chocs et de pressions.

De plus, il est facile de reconnaître, en examinant la région dorsale, l'existence de plusieurs kystes sébacés anciens; l'un d'eux surtout, situé à gauche de l'épine dorsale, est des plus évidents.

Quant à la tumeur de l'épaule, elle est caractérisée par une élevure, d'une rougeur marquée mais non excessive, un peu sensible à la pression et qui a augmenté assez rapidement dans ces derniers temps. A la palpation, on reconnaît facilement qu'elle se confond pour ainsi dire avec les parties molles auxquelles elle confine; on remarque aussi que la partie la plus postérieure de la tumeur est fluctuante, tandis que tout le reste est d'une certaine résistance. Enfin, si l'on explore avec attention cette élevure, on aperçoit à son centre une petite dépression à peine ombiliquée, et noire.

Ce dernier signe nous suffit pour prononcer le nom de tanne, la tumeur s'étant développée chez un homme vigoureux, robuste, et dont la constitution éloigne toute idée de diathèse. Ce signe est ce qu'on appelle le signe d'Astley Cooper, qui l'a le premier indiqué, alors que, porteur d'une tumeur semblable et en cherchant la nature, il avait aperçu pareil petit point noir central d'où, par la pression, il avait fait sourdre de la matière sébacée.

Ce petit point noir correspond, en effet, à l'ancien orifice d'un follicule sébacé dont il est le vestige.

La tumeur est donc chez notre malade un kyste sébacé, que, par des pressions intempestives, il a irrité, enflammé, et autour duquel il s'est produit ainsi une péri-adénite. Celle-ci correspond à la portion rouge et fluctuante que nous trouvons à la partie la plus postérieure de la tumeur.

Le traitement va consister dans l'ouverture de la tumeur, par incision; puis, au moyen d'une curette tranchante, nous allons pratiquer le grattage de la cavité et de ses parois, de façon à les détruire complètement. Nous ferons ensuite le pansement de Lister, et, que la réunion se fasse ou non par première intention, la guérison sera certainement rapide.

II. Nous opérerons ensuite un second malade, un homme de quarante-deux ans, auquel j'ai déjà fait l'an dernier une première opération à l'hôpital de la Charité pour une tumeur parotidienne.

Cet homme est profondément eczémateux, notamment dans la région pré-auriculaire, coïncidence de lieu, et non pas d'affection, du moins selon toutes probabilités, à moins

que la dermatose n'ait quelque influence sur le développement de la tumeur.

L'an dernier, j'avais fait une première ablation de la tumeur, et j'avais dû, quinze ou seize jours plus tard, compléter cette opération par l'enlèvement de quelques portions qui avaient persisté. La cicatrisation, bien que retardée par le fait de l'éruption, avait été bonne, et la guérison paraissait acquise, lorsqu'il s'est produit une petite récidive dans la région des ganglions mentonniers.

C'est donc aujourd'hui une nouvelle tumeur ganglionnaire, accessible à l'intervention chirurgicale sans qu'il soit nécessaire de faire de grands délabrements, tumeur dont je vais faire l'ablation. Le pronostic, du reste, est parfaitement favorable, tout au moins comme résultat opératoire, sans que nous puissions cependant garantir à notre malade qu'il ne se fera pas avec le temps une nouvelle récidive.

III. Le malade du nº 9 se rapproche un peu du précédent malgré des différences considérables dans la nature du mal dont il est atteint.

Agé de soixante-cinq ans, il nous raconte qu'il est malade depuis quatre mois; le fait est possible, bien que ce temps nous paraisse fort court pour une lésion aussi considérable que celle qu'il nous présente. Il me paraît beaucoup plus probable que l'affection est plus ancienne et qu'il ne s'en est aperçu qu'à l'époque qu'il nous indique.

Quoi qu'il en soit, nous constations tout d'abord une tumeur de la région sous-maxillaire gauche débordant un peu à droite, et gagnant le plancher de la bouche. Cette tumeur forme une saillie peu considérable, bien qu'appréciable; elle est d'une coloration rougeâtre, sauf à son point culminant qui est jaune; elle n'est pas fluctuante, mais d'une mollesse ferme, c'est-à-dire qu'elle n'a pas la consistance d'une tumeur fibreuse ni d'une tumeur osseuse, et que, d'autre part, elle n'est pas molle comme un lipome ou un myxome. Bien fixée aux parties voisines, elle se déplace peu, elle se rapproche du squelette, sans présenter cependant d'adhérences internes au périoste auquel elle s'est étendue par propagation.

Ce n'est point une adénite ni un lymphadénome, mais l'altération des téguments, qui sont aussi intéressés, indique l'existence d'un néoplasme.

D'autre part, si l'on veut faire ouvrir la bouche du malade, on voit tout d'abord que cette ouverture est limitée, non par la tumeur que nous venons de décrire, mais par d'autres dont il nous faut maintenant vous parler. En effet, l'examen de la cavité buccale et du pharynx nous a permis de constater: une ulcération grisâtre du pilier antérieur gauche du voile du palais, une tuméfaction assez étendue occupant toute la partie antérieure du pilier; l'ulcération se continue en profondeur, et, si l'on pénètre dans le pharynx, on sent par le toucher que la tuméfaction se prolonge en descendant aussi assez profondément, enfin toute la moitié du voile du palais est prise à son tour ainsi qu'une petite partie de la muqueuse linguale.

En un mot, notre malade est atteint d'un épithélioma de l'isthme du gosier qui a débuté très-probablement par la région amygdalienne ou par le pilier antérieur du voile du palais en s'étendant de proche en proche, d'une part vers le voile du palais dont il occupe toute la hauteur de la moitié gauche, d'autre part vers l'amygdale qu'il a envahie à son tour pour de là descendre le long de la paroi pharyngienne.

La tumeur ganglionnaire extérieure n'est donc que le résultat de la propagation de l'épithélioma de l'isthme du gosier aux ganglions lymphatiques de la région sous-maxillaire.

Le pronostic d'une pareille affection est des plus fâcheux, c'est là un cas fort grave pour lequel nous avons à nous demander dans quelle mesure nous pouvons intervenir. En présence d'une pareille lésion, d'un néoplasme aussi étendu, je réponds: « Il n'y a rien à faire ». Ce n'est pas qu'il soit absolument impossible de faire une opération chirurgicale, mais d'avance nous en savons les suites. Que si les résultats opératoires sont bons immédiatement, ils prouveront seulement deux choses: l'habileté du chirurgien et la vigueur du malade; mais une récidive rapide, cruelle, est inévitable. Pour moi donc, je ne ferai rien, car, si l'on voulait faire quelque chose, pour opérer honnêtement, il faudrait extirper toutes les parties malades, pour aboutir à un insuccès, c'est-à-dire à une réinvasion immédiate.

Les aborder nécessiterait donc: de diviser le maxillaire inférieur, mettre à nu le plancher de la bouche, pénétrer dans la région buccinato-pharyngienne, enlever la boule graisseuse de Bichat ou tout au moins la détourner, éviter les vaisseaux et les nerfs de la région et, par une série de ligatures, enlever tout jusqu'au-delà des limites du néoplasme, c'est-à-dire l'amygdale, le pilier antérieur gauche, la moitié du voile du palais, une portion de la muqueuse linguale, etc., enfin descendre sur le pharynx; puis, fermer les téguments, alimenter le malade au moyen d'une sonde œsophagienne introduite par les narines d'après le procédé recommandé par M. Verneuil, enfin attendre une guérison impossible.

Je répéterai ici ce que j'ai dit déjà à plusieurs reprises à la Société de chirurgie: quand on a affaire à une région où les vaisseaux et les lymphatiques sont aussi nombreux, les opérations les plus complètes laissent des chances à peu près certaines de réinvasion immédiate des plus graves.

Aussi n'opérerai-je pas.

Autant toute audace chirurgicale est permise lorsqu'un succès définitif est possible, autant elle est interdite quand la récidive est certaine, à bref délai, et que de plus l'opération, par elle-même, présente des chances d'accidents redoutables, voire même mortels, enfin que la maladie continue à marcher malgré l'opération.

Du reste, j'ajouterai que de semblables opérations n'ont guère été faites qu'à l'étranger, et que les résultats acquis jusqu'à ce jour sont beaucoup trop tristes pour avoir pu convaincre la chirurgie française.

HOPITAL DES ENFANTS-ASSISTÉS. — M. Parrot.

I. Cavernes pulmonaires chez un petit enfant de deux ans, ganglions mésentériques, ulcérations intestinales. — II. Pseudo-paralysie syphilitique, ostéophytes et altération gélatiniforme.

I. Nous avons perdu avant-hier le petit enfant P..., âgé de deux ans et quatre mois, que vous avez vu dans son berceau, très-amaigri, le ventre ballonné, en proie à une diarrhée continue, tandis que dans la poitrine nous entendions de gros râles de bronchite.

J'avais émis le diagnostic de bronchite et tubercules probables du poumon compliqués de diarrhée due très-probablement aussi à la présence de tubercules intestinaux.

Si l'autopsie a confirmé en grande partie notre diagnostic,

elle nous a montré aussi d'autre part des lésions rares à l'âge de cet enfant, lésions d'une gravité que rien, pendant la vie, ne nous permettait de soupçonner, en raison de l'absence de signes stéthoscopiques suffisamment marqués, et malgré l'existence d'une diarrhée abondante et continue et l'aspect d'une cachexie véritable des plus prononcées.

En effet, lorsque nous avons retiré les poumons de la cavité thoracique pour étudier les lésions qu'ils présentaient, nous avons constaté, notamment sur le poumon gauche, ce fait, remarquable et rare, je le répète, à l'âge de cet enfant, de cavités nombreuses et considérables comme étendue, en un mot de véritables cavernes renfermant une matière caséeuse, blanche, réellement tuberculeuse. Je n'ai que très-exceptionnellement observé chez un enfant aussi jeune des poumons aussi caverneux. A la partie inférieure du même organe, nous avons trouvé de véritables grappes, constituées par des granulations tuberculeuses, d'une dureté toute spéciale.

Quant au poumon droit, il présentait des lésions à peu près identiques dans son lobe supérieur, tandis que son lobe moyen était nettement induré.

Ces deux poumons ne sentaient pas très-mauvais; ils laissaient plutôt échapper une odeur fade, presque gangreneuse.

Les ganglions broncho-trachéaux ont présenté par contre ce fait particulier, peu en rapport avec des lésions aussi considérables des organes pulmonaires, qu'ils n'étaient pas très-malades, mais qu'ils étaient plutôt volumineux que sujets à une dégénérescence caséeuse un peu prononcée. Ce n'est pas là un fait habituel, car les altérations pulmonaires ont une action prédominante sur l'état des ganglions.

Si l'on examinait la cavité abdominale, on trouvait un intestin gravement atteint. Sa membrane muqueuse présentait, en effet, des ulcérations tuberculeuses, profondes, caractéristiques, à bords relevés, ainsi que des granulations tuberculeuses plus ou moins développées dans les parois de l'intestin grêle. Les ulcérations affectaient, selon les points où on les rencontrait, des degrés d'évolution plus ou moins avancés.

Les ganglions mésentériques étaient également malades, bien qu'ils fussent encore peu volumineux; ils constituaient la maladie connue sous le nom de *carreau*. Leur existence ne pouvait être constatée pendant la vie de l'enfant, et, quelles que fussent nos recherches par la pression du ventre, il ne nous a pas été possible de reconnaître leur présence à travers les parois abdominales.

Néanmoins cette existence ne pouvait être mise en doute d'après les phénomènes diarrhéiques, etc., sachant qu'il n'y a jamais de tuberculisation mésentérique sans ces ulcérations intestinales qui en sont, pour ainsi dire, le point de départ. Il en est des ganglions mésentériques comme des ganglions du poumon qui sont sous la dépendance de l'organe pulmonaire malade. C'est ainsi que la plus petite lésion pulmonaire ou intestinale peut déterminer la formation d'une altération ganglionnaire considérable, une augmentation de volume notable.

Si nous examinons l'organe hépatique, nous trouvons un foie très-gras, fait également assez commun chez les tuberculeux atteints de diarrhée. C'est une des questions que Legendre, ancien médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie, aujourd'hui l'hôpital Trousseau, avait parfaitement étudiées; elle avait été, de sa part, l'objet de plusieurs mémoires intéressants.

A côté de cet enfant dont les lésions n'étaient point ordinaires et n'étaient pas non plus toutes en rapport avec les phénomènes symptomatologiques, nous en avons un autre dont il nous suffira de vous dire quelques mots pour vous montrer les contrastes qu'il présente avec celui-ci.

Il s'agit d'un enfant, à peu près de même âge, atteint de rougeole, qui a succombé aussi avant-hier et qui, dans les derniers jours, a présenté de l'atélectasie pulmonaire à un assez haut degré. Chez lui, rien ne nous avait conduit à pouvoir soupçonner pendant la vie l'existence de tubercules pulmonaires.

Néanmoins nous avons trouvé, comme nous vous le présentons ici, quelques noyaux tuberculeux dans les poumons, notamment à la base du poumon gauche, ainsi que des granulations tuberculeuses s'étendant de l'un de ces noyaux jusqu'au hile de l'organe. Les ganglions correspondants étaient également malades, lésion ganglionnaire ayant pour point de départ ledit noyau tuberculeux.

Lorsque ces noyaux ne sont pas arrivés à une période plus avancée, ils peuvent se crétifier, s'enkyster et même guérir.

Tels sont les faits de deux enfants tuberculeux sur lesquels je voulais appeler votre attention par la différence des lésions pulmonaires qu'ils présentaient et, chez l'un d'eux notamment, par l'état si profondément caverneux de ses poumons sans aucun des signes physiques capables de le faire reconnaître pendant la vie du sujet.

II. Passant à un autre malade, je vous parlerai d'un petit syphilitique dont les lésions étaient caractérisées par des syphilides en plaque, par une syphilide papuleuse développée surtout sur les fesses et au cou.

Cet enfant, né le 24 octobre 1881, est mort à trois mois et trois ou quatre jours. Il avait été mis à son arrivée à la nourricerie et traité par les frictions mercurielles. Néanmoins il s'est assez rapidement cachectisé, il s'est atrophié et a succombé. Il nous présente aujourd'hui, à l'autopsie, entre autres altérations spéciales, des lésions osseuses vulgaires certainement, mais cependant importantes à bien connaître.

Ces lésions, que nous retrouvons chez lui sur la plupart des os longs de son squelette, comme vous pouvez les apercevoir sur les tibias et les fémurs que nous avons fendus en deux parties, dans le sens de leur longueur, ces lésions, dis-je, sont de deux ordres.

Ce sont d'abord la formation d'ostéophytes dures, sous-périostées, autour de la diaphyse de l'os, ostéophytes qui ont une épaisseur relativement considérable; elles ne mesurent pas moins de 2 millimètres à 2 millimètres et demi, ce qui est énorme. De plus, l'une de ces ostéophytes, en voie de dégénérescence, présente une rigole toute particulière et presque entièrement remplacée par du tissu médullaire.

Ce sont aussi des altérations gélatiniformes du tissu spongieux aux deux extrémités supérieure et inférieure de l'os et situées à leur angle interne. Cette lésion forme une région limitée irrégulièrement par un tissu jaunâtre présentant une partie centrale molle, constituée par des fibrilles très-fines, très-ténues, par des vaisseaux, par quelques nerfs et par une grande quantité d'eau, mais sans médullocelles.

C'est à ces lésions osseuses que nous retrouvons chez cet enfant sur les tibias, sur les fémurs, de même que sur les humérus, les radius et les cubitus, c'est à ces lésions que

sont dûs ces phénomènes auxquels j'ai donné le nom de pseudo-paralysie syphilitique. Celle-ci est caractérisée par l'impossibilité pour ces petits êtres de se mouvoir, par suite d'une mobilité plus ou moins considérable des épiphyses sur la diaphyse, de telle sorte que les os, comme fracturés, jouent sur eux-mêmes et empêchent toute marche et même toute station verticale, pour ne parler ici que des membres inférieurs. Quant aux membres supérieurs, ils deviennent également impotents pour la même raison.

NOTE SUR LE ROLE DU PHOSPHORE DANS L'ÉCONOMIE ET SUR L'EMPLOI DU PHOSPHATE DE CHAUX DANS LA BRONCHITE CHRONIQUE.

Par M. le docteur V. Bidallet.

La médication par les substances phosphorées, et le phosphate de chaux en particulier, devient d'un usage si fréquent que je me fais un devoir de vous signaler un cas de guérison vraiment remarquable :

En août 1879, je fus consulté par un jeune homme de dix-huit ans, atteint d'une bronchite chronique. J'examinai avec soin ce malade, et j'observai tous les signes du mal pour lequel on l'avait soigné jusqu'alors.

Essoufflement au moindre pas, quintes de toux répétées dans la journée, mais bien plus fortes au réveil, expectoration abondante, perte de l'appétit, vomissements.

De plus ce malade, très-faible, d'une maigreur extrême, était atteint de douleurs dans la tête qui souvent étaient assez fortes pour lui arracher des cris.

La percussion du thorax ne révélait aucun signe particulier, mais à l'auscultation on constatait une respiration rude en avant sous les clavicules et en arrière dans les fosses sus et sous-épineuses. La moitié inférieure et postérieure de la poitrine était remplie de râles sibilants, à grosses bulles, qui masquaient le murmure vésiculaire. Le pouls était petit et fréquent, 98 pulsations, la température au-dessous de la moyenne.

Ces symptômes me parurent plus sérieux que ceux que l'on observe en pareil cas; en un mot, la bronchite chronique se compliquait d'un état cachectique très-avancé.

Je fis faire l'analyse des urines rendues en vingt-quatre heures; la voici :

Urée.	11 grammes.
Acide urique	Appréciable.
Sucre	Traces.
Phosphate de chaux.	5g,50.

Le traitement qu'on avait suivi jusque-là était rationnel : vin de quinquina, huile de foie de morue, goudron, sirops calmants. Je crus ne pouvoir mieux faire; je continuai le même traitement et j'instituai le régime lacté, deux litres environ par jour. Le lait était pris comme aliment, car ce jeune homme mangeait à peine.

En novembre, l'état général ne s'étant pas sensiblement amélioré, je fis faire une nouvelle analyse d'urine qui donna cette fois :

Urée.	14 grammes.
Acide urique	45 centigr.
Sucre.	Traces.
Phosphate de chaux.	6g,40.

Le malade se déphosphatisait.

Le résultat obtenu était insignifiant, la proportion de l'urée avait augmenté, mais le malade perdait toujours son phosphate de chaux; les douleurs de la tête étaient plus intenses.

Le jeune malade passa un fort mauvais hiver dans une ville du Midi, et en mai de l'année suivante je le revis complètement découragé. Je fis alors continuer le lait et l'huile de foie de morue, mais à la dose d'une seule cuillerée par jour, et j'instituai le traitement phosphoré avec le *sirop Reinvillier*, au phosphate de chaux gélatineux, à la dose de trois cuillerées par jour, ce qui équivaut à 9 grammes de phosphate de chaux assimilable par jour, une avant chaque repas et les frictions, chaque matin, sur la poitrine et dans le dos avec l'huile phosphorée titrée. Je conseillai la campagne.

A la fin d'août de la même année, après trois mois de campagne, de lait, de sirop Reinvillier et de frictions d'huile phosphorée, je revis le malade; la toux avait diminué considérablement; les douleurs de tête étaient devenues plus rares, et le jeune homme pouvait faire à pied de longues promenades. Je fis continuer le même traitement, et, au mois de janvier 1881, la toux et les douleurs avaient disparu; l'auscultation me fit constater l'absence de la respiration rude, la disparition des râles auxquels avait succédé une respiration tout à fait normale; l'expectoration était devenue insignifiante, l'appétit était normal, l'analyse des urines ne décelait plus de sucre, l'urée et l'acide urique étaient en proportion normale, et l'énorme déperdition de phosphate de chaux avait cessé.

Je fis abandonner le lait, l'huile de foie de morue et les frictions phosphorées, et, pour assurer la guérison, je fis continuer le sirop Reinvillier à la dose de deux cuillerées par jour pendant trois mois.

J'ai eu l'occasion de revoir ce jeune homme depuis lors; aucun nouvel accident ne s'est produit, sa santé ne laisse rien à désirer.

Cette observation, dont j'ai éliminé les détails afin de la résumer, ne vient-elle pas à l'appui de l'opinion générale sur le rôle du phosphate de chaux comme reconstituant et sur l'importance de la déphosphatisation dans la plupart des maladies chroniques?

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 février 1882. — Présidence de M. Gavarret.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend des lettres de candidature de M. le professeur Audouard (de Nantes) et de M. le docteur Charles Dubreuilh (de Bordeaux), qui sollicitent le titre de membre correspondant.

M. LE PRÉSIDENT prononce l'allocution suivante :

« Mes chers Collègues,

« La semaine dernière, l'Académie a été cruellement frappée. Elle a perdu un de ses membres les plus éminents. Le moment n'est sans doute pas venu de vous présenter un exposé, même très-succinct, des beaux travaux de M. Bussy. Il me sera pourtant permis de rappeler que la découverte de l'acide sulfurique anhydre, la découverte du magnésium, la liquéfaction par le froid de l'acide sulfureux, lui ont conquis et lui assurent une place élevée dans la science. Agrégé de la Faculté de médecine, professeur de chimie à l'École supérieure de pharmacie, membre de l'Académie de médecine depuis plus d'un demi-siècle, membre de l'Académie des sciences, M. Bussy avait conservé jusqu'au dernier moment d'une carrière longue et si bien remplie le libre usage de ses forces physiques et l'intégrité de ses facultés intellectuelles. Une maladie de quelques jours l'a emporté, à l'âge de quatre-vingt-huit ans, et il s'est éteint plein de jours, comblé d'honneurs mérités, entouré de l'estime générale, de l'affection et du dévouement de tous les siens. Dans cette enceinte, M. Bussy comptait autant d'amis que de collègues. En signe de deuil et comme juste hommage pour la mémoire de son ancien président, l'Académie sera d'avis de lever la séance publique. »

L'Académie se forme en comité secret.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Prix proposés pour les années 1882, 1883, 1884, 1885 et 1886.

1882. Physique. — *Grand prix des sciences mathématiques.* — Étude de l'élasticité d'un ou de plusieurs corps cristallisés, au double point de vue expérimental et théorique.

Prix Bordin. — Rechercher l'origine de l'électricité de l'atmosphère et les causes du grand développement des phénomènes électriques dans les nuages orageux.

Prix Montyon. — Statistique de la France.

Prix Jecker. — Chimie organique.

Prix Barbier. — Décerné à celui qui fera une découverte précieuse dans les sciences chirurgicale, médicale ou pharmaceutique et dans la botanique ayant rapport à l'art de guérir.

Prix Desmazières. — Décerné à l'auteur de l'ouvrage le plus utile sur tout ou partie de la cryptogamie.

Prix Vaillant. — De l'inoculation comme moyen prophylactique des maladies contagieuses des animaux domestiques.

Grand prix des sciences physiques. — Étude du mode de distribution des animaux marins du littoral de la France.

Prix Savigny. — Décerné à de jeunes zoologistes voyageurs.

Prix Thore. — Décerné alternativement aux travaux sur les cryptogames cellulaires d'Europe et aux recherches sur les mœurs ou l'anatomie d'une espèce d'insectes d'Europe.

Prix da Gama Machado. — Sur les parties colorées du système tégumentaire des animaux ou sur la matière fécondante des êtres animés.

Prix Montyon. — Médecine et chirurgie.

Prix Bréant. — Décerné à celui qui aura trouvé le moyen de guérir le choléra asiatique.

Prix Godard. — Sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie des organes génito-urinaires.

Prix Lallemand. — Destiné à récompenser ou encourager les travaux relatifs au système nerveux, dans la plus large acception des mots.

Prix Montyon. — Physiologie expérimentale.

Prix Gay. — Faire connaître pour les côtes de France baignées par l'Océan et par la Méditerranée les dépôts marins, ainsi que les dépôts lacustres et terrestres qui se sont formés sur notre littoral depuis la période actuelle et plus particulièrement depuis l'époque romaine.

Prix Montyon. — Arts insalubres.

Prix Cuvier. — Destiné à l'ouvrage le plus remarquable, soit sur le règne animal, soit sur la géologie.

1883. *Prix L. Lacaze.* — Décerné à l'auteur du meilleur travail sur la physique, la chimie et la physiologie.

Grand prix des sciences physiques. — Description géologique d'une région de la France ou de l'Algérie.

Prix de La Fons Mélicoq. — Décerné au meilleur ouvrage de botanique sur le Nord de la France.

Prix Bordin. — Faire connaître, par des observations directes et des expériences, l'influence qu'exerce le milieu sur la structure des organes végétatifs (racines, tiges, feuilles); étudier les variations que subissent les plantes terrestres élevées dans l'eau et celles qu'éprouvent les plantes aquatiques forcées de vivre dans l'air. Expliquer par des expériences directes les formes spéciales de quelques espèces de la flore maritime.

Prix Bordin. — Recherches relatives à la paléontologie botanique ou zoologique de la France ou de l'Algérie.

Grand prix des sciences physiques. — Développement histologique des insectes pendant leurs métamorphoses.

Prix Chaussier. — Décerné à des travaux importants de médecine légale ou de médecine pratique.

1884. *Prix Serres.* — Sur l'embryologie générale appliquée autant que possible à la physiologie et à la médecine.

1885. *Prix Duscate.* — Décerné à l'auteur du meilleur ouvrage sur les signes diagnostiques de la mort et sur les moyens de prévenir les inhumations précipitées.

1886. *Prix Jean Reynaud.* — Décerné au travail le plus méritant qui se sera produit pendant une période de cinq ans.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1882.

20. M. Oudiné. Étude sur la congestion rachidienne de cause menstruelle. — 21. M. Aubeuf. Contribution à l'étude de l'hygiène et des maladies dans l'Inde. — 22. M. Veil. Étude sur la pathologie des ascites chyliformes. — 23. M. Bouché. Du glaucome et de son traitement par la sclérotomie. — 24. M. Bernheim. Contribution à l'étude de la syphilis du cerveau. — 25. M. Cotilleau. Recherches sur le diagnostic des arthrites rhumatismales de la région cervicale. — 26. M. Gendron. Conjonctivite granuleuse. — Étiologie et traitement des conjonctivites granuleuses contractées à Cattaro (Autriche), à bord des cuirassés le *Suffren* et le *Friedland*. — 27. M. Havage. Étude clinique sur les tumeurs des os du bassin. — 28. M. Carlier. Étude sur la syphilis pulmonaire. — 29. M. Natu. Purpura rhumatismal. — 30. M. Sigarroa. Contribution à l'étude de l'anesthésie saturnine. — 31. M. Doury. De l'emploi des balsamiques et en particulier du poivre cubèbe dans le traitement de la syphilis. — 32. M. Girard. Études sur l'épilepsie Jacksonienne. — 33. M. Goix. Contribution à l'étude de la laryngite phlegmoneuse aiguë. — 34. M. Gaucher. De l'épithélioma primitif de la rate. — 35. M. Alavoine. Traitement de la phthisie pulmonaire par l'électricité. — 36. M. Juhel-Renoy. Étude sur la sclérose du myocarde (myocardite scléreuse hypertrophique primitive). — 37. M. Robert. Contribution à l'étude de l'urologie de l'attaque de goutte. — 38. M. Ollier. Contribution à l'étude de la névrite ascendante et des paralysies réflexes. — 39. M. Dauvé. Des périostoses de l'omoplate. — 40. M. d'Albuquerque. De l'étiologie de la pellagre. — 41. M. Dauve. Essai sur la dyspepsie dans la tuberculeuse chronique. — 42. M. Vimont. Étude sur les souffles du rétrécissement et de l'insuffisance de l'artère pulmonaire. — 43. M. Barberet. Contribution à l'étude de l'onyxis. — 44. M. Roché. De l'influence de l'allaitement sur le développement des tuberculoses. — 45. M. Serbource. Étude clinique et expérimentale sur les propriétés désinfectantes et antiseptiques de la liqueur minérale. — 47. M. Bernard. De la phlegmatia alba dolens spontanée dans le cours de la chlorose. — 46. M. Leroy. Du traitement des adénites par le thermocautère. — 48. M. Regnaud. Études sur les épidémies de fièvre jaune au Sénégal. — 49. Dufail. Des sarcomes de l'aorte et de leur traitement par l'extirpation des parties molles.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 2 février 1882, ont été promus dans le corps des officiers de santé militaire :

Au grade de médecin principal de première classe : M. Aron ;

Au grade de médecin principal de deuxième classe : M. Chauvel ;

Au grade de médecin-major de première classe : MM. Lemardeley et Dissaux.

— Par décret en date du 7 février 1882, ont été nommés ou promus dans la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : MM. Chartier, médecin principal de deuxième classe, et Ducelliez, médecin-major de première classe ;

Au grade de chevalier : MM. Raimond et Delmas, médecins-majors de première classe ; Florance, Aubry, Boucher et Forgemol, médecins-majors de deuxième classe ; Moissonnier, pharmacien-major de deuxième classe.

— *École de médecine d'Alger.* — M. Degraëve, licencié ès sciences naturelles, est institué suppléant à la chaire d'histoire naturelle.

M. Ducruzel, licencié ès sciences physiques, pharmacien de première classe, est nommé chef des travaux chimiques.

— M. Guignard, licencié ès sciences naturelles, est chargé des fonctions de préparateur au laboratoire de botanique (organographie et physiologie végétale), à l'École pratique des Hautes-Études, section des sciences naturelles, en remplacement de M. Ollivier, démissionnaire.

— Le concours pour la place de chef des travaux anatomiques de la Faculté de médecine de Montpellier vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Chalot.

— La Société de médecine de Paris, ayant accepté le legs de M. Duparcque, vient de fonder un prix qui sera décerné tous les deux ans à un travail manuscrit ou imprimé écrit en langue française, à la condition toutefois que ce dernier n'aura pas été publié depuis plus de deux ans avant l'ouverture du concours. Celui-ci s'ouvrira pour la première fois le 1er avril 1882, et les travaux des concurrents devront être adressés, avant le 1er avril 1883, à l'adresse de M. de Beauvais, secrétaire général, 39, rue de Trévise, à Paris. Le prix portera le nom de *prix Duparcque*; il consistera en une somme de 600 francs et une médaille d'or de 100 francs. Il sera décerné, pour la première fois, le 27 octobre 1883, en séance publique, au siège de la Société.

Le sujet du premier concours a pour titre : « Étude des troubles de la miction se rattachant aux divers états, physiologiques ou pathologiques, de l'utérus. »

— M. le docteur J. Langlebert commencera, le lundi 13 février, à une heure, dans le local de sa clinique, boulevard Saint-Germain, 93, une série de conférences sur les maladies des organes génito-urinaires.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel d'histoire naturelle médicale (botanique et zoologie), par J.-L. DE LANESSAN, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. 3 vol. in-18, formant 2,300 pages et contenant 1,700 figures dans le texte; ouvrage terminé. — Prix : 26 francs. — Paris, O. Doin.

Traité d'anatomie topographique avec application à la chirurgie, par le docteur TILLAUX, directeur des travaux anatomiques à l'amphithéâtre des hôpitaux de Paris. — Troisième édition. — 1 vol. grand in-8°. — Prix : 25 francs. — Paris, Asselin et Cie.

Leçons sur les modifications du sang, sous l'influence des agents médicamenteux et des pratiques thérapeutiques par le docteur G. HAYEM, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris, recueillies par M. L. DREYFUS-BRISAC, médecin des hôpitaux. 1 vol. in-8°. — Prix : 12 francs. — Paris, G. Masson.

Leçons de clinique thérapeutique, professées à l'hôpital Saint-Antoine, par le docteur DUJARDIN-BEAUMETZ, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, membre de l'Académie de médecine; recueillies par le docteur Carpentier-Méricourt, revues par l'auteur. 2e Série. Fascicule II. — Traitement des maladies du poumon. 1 vol. in-8° de 350 pages, avec figures dans le texte et 2 planches chromolithographiques hors texte. — Prix : 7 francs. — Paris, O. Doin.

Nouveau formulaire de poche, d'après les formules des médecins viennois, par le docteur Carl CZUBERKA, traduit par M. A. Oberlin, pharmacien de première classe. 1 vol. in-18. — Prix : 5 francs. — Paris, G. Masson.

Leçon de clinique médicale (maladies de la gorge et de l'estomac), professées à l'École de médecine d'Angers, par E. BRIAND, professeur suppléant à l'école de médecine, etc., etc. Recueillies par M. Thibault, interne à l'Hôtel-Dieu, et revues par l'auteur. 1 vol. in-8° de 157 pages. — Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

Étude comparée du médicament et de la série médicamenteuse, par le docteur DUBOUÉ (de Pau), membre correspondant de l'Académie des sciences de Paris. — 1 vol. in-8°. — Prix : 4 francs. — Paris, G. Masson.

Contribution à l'étude de l'élongation des nerfs, par E. WIET, docteur en médecine, préparateur de physiologie à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-8°. — Prix : 4 francs. — Paris, Germer Baillière et Cie.

Le protoplasma considéré comme base de la vie des animaux et des végétaux, par HANSTEIN, traduit de l'allemand. 1 vol. in-18. — Prix : 2 francs. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 12360.

N° 18. — SAMEDI 11 FÉVRIER 1882. 55e ANNÉE. SAMEDI 11 FÉVRIER 1882. — N° 18.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS.

Lundi prochain, la Société de médecine légale doit mettre en discussion une question qui intéresse un grand nombre de nos confrères. Nous donnerons le résultat de cette discussion ; mais il n'est pas inutile de mettre d'abord sous les yeux de nos lecteurs le rapport de M. E. Chaudé.

Nous donnons la parole au rapporteur.

Sur la question de savoir si les médecins autorisés à délivrer des médicaments à leurs malades, en vertu de l'art. 27 de la loi de germinal an XI, sont soumis à la même inspection que les pharmaciens.

Par M. E. Chaudé.

Messieurs,

Vous savez qu'aux termes de l'art. 27 de la loi de germinal an XI les médecins sont autorisés dans certains cas à fournir des médicaments à leurs malades.

Vous savez aussi que diverses dispositions de nos lois ont ordonné des visites ayant pour but de s'assurer de la bonne qualité des médicaments mis en vente et de l'observation des règles établies pour la vente des médicaments et des substances vénéneuses (art. 29, 30 et 31 de la loi de germinal, — 42 et 46 de l'arrêté du 25 thermidor an XI, décret du 23 mars 1859, loi du 18 juillet 1841, ord. roy. du 29 octobre 1846, art. 14. — Décret du 8 juillet 1850, art. 2).

En ce qui touche les médicaments, ces visites doivent être faites, dans les villes où il existe une école de médecine et de pharmacie, par deux professeurs de l'école de médecine accompagnés de membres de l'école de pharmacie et d'un commissaire de police. Si c'est dans une ville située dans un rayon de dix lieues d'une école, par les mêmes personnes, mais avec l'autorisation du préfet, du sous-préfet et du maire (art. 29, 30) ; dans les villes ou communes qui sont situées au-delà d'un rayon de dix lieues, par trois membres du conseil d'hygiène et de salubrité institué dans chaque département par le décret du 19 décembre 1848 (décret du 23 mars 1850), ces visites doivent être faites au moins une fois par an dans chaque arrondissement. Aux termes d'une circulaire adressée à ce sujet, le 24 avril 1859, par le ministre de l'agriculture et du commerce aux préfets, les trois membres composant la commission d'inspection sont désignés par le préfet et doivent, à moins d'obstacle, se composer d'un docteur en médecine et de deux pharmaciens, ou d'un docteur en médecine, d'un pharmacien et d'un chimiste ; ils prennent le titre d'inspecteurs de la pharmacie.

Les frais de ses visites, fixés par l'arrêté du 25 thermidor an XI, sont recouvrés par l'administration sur les individus qui y sont soumis.

En ce qui touche les substances vénéneuses, indépendamment des visites faites en vertu de la loi de germinal, les maires ou commissaires de police assistés, s'il y a lieu, soit d'un docteur en médecine, soit de deux professeurs d'une école de pharmacie, soit d'inspecteurs de pharmacie, doivent s'assurer de l'exécution des mesures prescrites par la loi (ord. roy. du 29 oct. 1846, décret du 4 juillet 1850, art. 27).

Les médecins autorisés à fournir des médicaments à leurs malades sont-ils, comme les pharmaciens, soumis à ces visites, ou peuvent-ils, au contraire, refuser de s'y soumettre ?

Telle est la question qui nous est posée par un de nos plus éminents correspondants, inspecteur lui-même de la pharmacie dans un de nos départements.

Pour arriver à la solution de cette question, qui, vous le verrez, est extrêmement délicate, il importe d'abord de bien se rappeler dans quel cas le médecin est autorisé à délivrer des médicaments à ses malades.

« Les officiers de santé (et par ces mots la loi entend aussi les docteurs en médecine) établis dans les bourgs, villages ou communes où il n'y aurait pas de pharmacien ayant officine ouverte, pourront fournir des médicaments simples ou composés aux personnes près desquelles ils seront appelés, mais sans avoir le droit de tenir une officine ouverte (art. 27). »

Ainsi, pour que le médecin puisse fournir des médicaments, non-seulement il ne faut pas qu'il y ait un pharmacien dans la commune qu'il habite, mais encore il ne peut en fournir qu'à ses propres malades, et à la condition que ceux-ci n'habitent pas une commune où se trouve un pharmacien. Dans aucun cas, il ne peut tenir une *officine ouverte*.

Comme conséquence, il n'est pas assujetti à payer la patente de pharmacien (Conseil d'État, 9 juill. 1846, 15 sept. 1848) ; il n'est pas commerçant comme le pharmacien, et n'est pas justiciable du tribunal de commerce pour le payement des médicaments qu'il a achetés (Montpellier, 31 mars 1821, — Limoges, 6 janv. 1827, — Bourges, 9 août 1848, — Toulouse, 6 mai 1843, — Cass. 25 juin 1822, 7 juin 1849, 9 juillet 1850).

Ce sont là des points indiscutables aujourd'hui.

Le médecin, dans le cas qui nous occupe, est-il assujetti comme le pharmacien aux dispositions des lois sur les poids et mesures ; peut-il être porté par le préfet sur le tableau que ce fonctionnaire

dresse chaque année des professions qui sont obligées d'être pourvues d'un assortiment de poids et mesures conformes à la nature de leur commerce; peut-il être soumis à la vérification des poids et mesures nécessaires pour le dosage des médicaments (lois du 4 juillet 1837, — 26 février, — 1er mars 1872)? Est-il passible des peines prononcées en cas de contravention? Est-il soumis à la taxe établie pour cette vérification?

Un arrêté du préfet de l'Aude avait compris sur ce tableau les médecins vendant des médicaments et, en vertu de cet arrêté, ils avaient été portés sur le rôle des droits à recouvrer pour la vérification; sur la réclamation de l'un d'eux, le conseil de préfecture l'avait déchargé de cette taxe en se fondant sur ce que, n'ayant pas d'officine ouverte, il ne pouvait être considéré comme vendant des médicaments, et sur ce que d'ailleurs il n'était pas soumis à la visite du jury médical; mais cette décision fut annulée le 20 septembre 1859 par le Conseil d'État, qui, sans s'occuper de la question de savoir s'il était soumis ou non à la visite du jury médical, décida que le préfet avait eu le droit de porter le médecin sur le tableau des personnes soumises à la vérification, et que, par suite, sa taxe était due. — Un autre médecin du département, sans contester la légalité de l'arrêté du préfet, prétendait qu'il devait être déchargé de la taxe des droits à percevoir pour la vérification, attendu que, lorsque le vérificateur s'était rendu chez lui pour procéder à la vérification des poids qu'il aurait dû avoir aux termes de l'arrêté du préfet, il avait été constaté qu'il n'en possédait aucun, et qu'ainsi il n'y avait point eu de vérification. Le Conseil d'État rejeta cette prétention, le 6 décembre 1860; il ne pouvait guère faire autrement: le médecin ne contestait pas la légalité de la visite, ce que peut-être il aurait pu faire, la visite était donc réputée légalement faite, et dès lors la taxe était due. Mais la solution aurait été différente, et la taxe n'aurait pas été due si, quoique porté sur la liste, il n'y avait pas eu de visite faite par le vérificateur. (Cons. d'État, 13 juillet 1858.)

Nous n'avons pas à apprécier ici la valeur juridique de ces décisions, mais nous avons dû vous les faire connaître parce qu'elles indiquent la tendance de l'administration à assimiler aux pharmaciens, dans une certaine mesure, le médecin qui est autorisé à fournir des médicaments à ses malades, et qu'elles se rapprochent par certains côtés de la question que nous avons à examiner. Si le principe de l'inviolabilité du domicile et le caractère non commerçant de la profession de médecin n'ont pu soustraire celui-ci, d'après l'administration, aux visites nécessitées pour la vérification des poids et mesures, il est bien évident que pour elle le médecin qui vend des remèdes est, à plus forte raison, soumis aux visites ayant pour but de s'assurer de la bonne qualité des médicaments et de l'observation des lois qui s'y rapportent.

La question ne s'est, à notre connaissance du moins, posée qu'une fois; et encore n'a-t-elle pas été résolue. Un médecin avait refusé de se soumettre à la visite du jury médical; le tribunal de simple police de Pibriac avait approuvé sa résistance par jugement du 23 décembre 1861; la Cour de cassation a rejeté le pourvoi formé contre ce jugement, mais sans examiner la question, et uniquement parce que, le jury qui s'était présenté pour procéder à la visite étant illégalement composé, le refus était légitime (Cass., 28 mars 1862).

Elle se présente donc, pour ainsi dire, entière devant vous.

Pour soutenir que les médecins ne sont pas soumis aux visites prescrites par les art. 29 et suiv., on s'empare des termes mêmes de ces articles: l'art. 29 s'occupant des villes où existent des écoles « prescrit de visiter les officines des pharmaciens et des droguistes pour vérifier la bonne qualité des drogues et médicaments simples ou composés. Les pharmaciens et droguistes seront tenus de représenter les drogues et compositions qu'ils auront dans leurs magasins, officines et laboratoires. » L'art. 30, s'occupant des autres villes ou communes, prescrit « de visiter et inspecter les magasins de drogues, laboratoires et officines, et de se transporter dans tous les lieux où l'on fabriquera et débitera sans autorisation légale des préparations ou compositions médicinales. » Écartons ce dernier membre de phrase qui a pour but de permettre de rechercher les faits d'exercice illégal de la pharmacie et qui n'a pas ici d'application, ne résulte-t-il pas de ces termes mêmes qu'ils ne s'appliquent qu'aux pharmaciens et aux droguistes? Ils sont expressément désignés; ce sont leurs magasins, officines et laboratoires qui doivent être surveillés. Le médecin, dans le cas de l'art. 27, n'a ni magasin, ni officine, ni laboratoire; il n'a et il ne peut pas avoir d'officine ouverte; la loi, non dans son intérêt, mais uniquement dans l'intérêt des malades et pour qu'ils ne soient pas privés des médicaments nécessaires, lui accorde, dans des conditions fort restreintes, le droit de fournir des médicaments, mais il ne cesse pas pour cela d'être médecin, et il n'est toujours que médecin. Entre le pharmacien et le médecin en question existe-t-il quelque analogie? De graves questions de salubrité publique exigent la visite de l'officine du pharmacien ouverte à tout le monde et qui doit être constamment pourvue de médicaments; y a-t-il les mêmes raisons pour pénétrer dans le domicile du médecin? A quoi, d'ailleurs, aboutiraient ces visites? On trouvera peut-être chez lui des médicaments qui ne sont pas préparés conformément aux prescriptions du Codex; mais il a le droit d'ordonner des remèdes magistraux, et il prétendra que ces médicaments sont justement préparés dans ce but. On trouvera peut-être des médicaments détériorés ou mal préparés; mais la présence de ces médicaments qui, dans une officine, entraînent la présomption de mise en vente et qui doivent être saisis, il l'expliquera en disant qu'il n'avait pas l'intention de s'en servir dans sa pratique, et qu'il les a conservés pour les analyser et étudier les effets de cette détérioration ou de cette mauvaise préparation.

En ce qui concerne les substances vénéneuses, le texte même de l'ordonnance du 29 octobre 1846 prouve, lui aussi, qu'il ne s'applique pas aux médecins. L'art. 1 parle de ceux qui veulent faire le commerce d'une ou de plusieurs substances vénéneuses, des chimistes, fabricants et manufacturiers qui emploient ces substances. Les art. 5 et 6 ne parlent que des pharmaciens qui sont exclusivement chargés de la vente des substances vénéneuses pour l'usage de la médecine. L'art. 11 prescrit aux commerçants, fabricants, manufacturiers et pharmaciens de tenir ces substances dans un endroit sûr et fermé à clef; enfin l'art. 14, indépendamment des visites prescrites par la loi de germinal, ordonne aux maires et aux commissaires de police de visiter les officines des pharmaciens, les boutiques et magasins des commerçants et manufacturiers employant ces substances. L'ordonnance ne vise donc, elle aussi, que ceux, pharmaciens ou manufacturiers, qui font le commerce des substances vénéneuses; elle ne s'applique pas au médecin qui ne fait pas le commerce. Et, en supposant même, par impossible, que les diverses prescriptions de l'ordonnance s'appliquent dans leur généralité au médecin qui fournit des médicaments à ses malades, les visites auxquelles il pourrait être soumis ne seraient que les visites administratives prescrites par l'art. 14.

Dans aucun cas, le médecin n'est assujetti aux visites prescrites par les art. 29 et suivants de la loi de germinal qui ne s'appliquent qu'aux pharmaciens et aux droguistes. Ces visites, on l'a démontré, ne sauraient se justifier par leur utilité, et, sans parler du cas, rare sans doute, mais qui peut cependant se présenter, où le médecin aurait à lutter contre le mauvais vouloir ou la jalousie des pharmaciens chargés de l'inspection, elles auront toujours pour résultat, quoi qu'on fasse, et avec quelque ménagement qu'elles s'opèrent, de nuire, dans une certaine mesure, à sa considération, en lui donnant le caractère de marchand de drogues et de médicaments que la loi a justement voulu lui éviter. Le médecin a donc le droit de s'y opposer.

Ces considérations ont une grande force et nous ont arrêté longtemps; nous ne croyons pas cependant qu'elles doivent prévaloir.

L'argument tiré du texte des art. 29 et 30 ne serait pas sans réplique. D'abord la loi de germinal est loin d'être rédigée avec toute la correction désirable; nous en avons la preuve dans l'art. 27 lui-même, où elle emploie l'expression d'officier de santé pour désigner les médecins de toutes classes. Ensuite on pourrait

faire remarquer la différence des termes employés dans les art. 29 et 30 ; c'est dans l'art. 29, qui s'occupe des villes où se trouvent des écoles, c'est-à-dire des villes où jamais un médecin ne pourra vendre de médicaments, que l'on rencontre les expressions de *pharmaciens* et de *droguistes*, par la raison bien simple qu'eux seuls y seront soumis à l'inspection ; dans l'art. 30, au contraire, ces mots ne sont pas répétés, et les termes sont plus larges, comme s'ils voulaient comprendre dans ces inspections d'autres personnes encore que les pharmaciens et les droguistes.

Mais, hâtons-nous de le dire, cet argument de texte ne nous paraît pas avoir une grande valeur ni dans un sens ni dans l'autre.

Pour nous, en prescrivant les visites des art. 29 et suivants, les rédacteurs de la loi n'ont songé ni à y comprendre ni à en exclure les médecins autorisés à vendre des médicaments dont ils venaient cependant de s'occuper dans l'art. 27. Ils ont voulu soumettre à des visites les lieux où se vendent les drogues et les médicaments, et ils ont employé les mots de droguistes, de pharmaciens, de magasins, de laboratoires et d'officines, parce que ce sont là les mots qui leur sont venus naturellement à l'esprit.

Les motifs d'hygiène publique qui ont fait ordonner ces visites existent pour la pharmacie du médecin comme pour les autres. Il ne s'agit pas, qu'on le remarque, d'un médecin qui, une fois par hasard, procurerait à un de ses clients un médicament qu'il aurait pris lui-même chez un pharmacien ; l'art. 27 s'occupe du médecin qui vend habituellement des médicaments à ses clients, qui en possède d'avance un assortiment ; qui, en un mot, a une véritable pharmacie, seulement elle n'est pas ouverte au public. On pourrait même soutenir que l'inspection de ses médicaments est plus nécessaire encore que l'inspection des médicaments du pharmacien : celui-ci, en effet, a, pour leur préparation, une habitude que le médecin ne possède pas ; les médicaments qu'il livre sont examinés, ou tout au moins peuvent l'être, par le médecin qui les a ordonnés et qui en suit les effets ; aucun contrôle n'existe, au contraire, pour le médecin qui vend lui-même les médicaments qu'il a prescrits.

Les inspecteurs de la pharmacie reconnaîtront sans peine si les médicaments qu'ils ont trouvés chez lui sont des médicaments préparés pour un cas spécial, ou si c'est d'une manière frauduleuse qu'ils ont été mal préparés et privés d'éléments coûteux, mais nécessaires ; ils verront si les médicaments sont renfermés dans un lieu convenable, ou s'ils ne sont pas laissés à l'abandon.

La composition même des jurys d'inspection, que nous avons tenu à vous faire connaître au commencement de ce travail, doit leur donner toute confiance, et ils n'ont à craindre aucune jalousie de métier. En quoi la considération du médecin souffrira-t-elle de ces visites, qui n'ont rien de personnel, et auxquelles sont soumis tous les pharmaciens ? Toute susceptibilité ne doit-elle pas tomber devant une mesure de salubrité publique ? Le médecin, loin d'avoir à s'en plaindre, devrait les désirer lui-même. Il exerce sa profession dans des communes éloignées, au milieu d'une population peu éclairée et naturellement soupçonneuse et défiante ; il n'échappera pas à l'accusation de vendre fort cher de mauvais médicaments ; il est bon, dans son intérêt même, que le public sache que sa pharmacie est contrôlée.

Vous savez qu'aux termes de l'art. 33, il est interdit aux épiciers de vendre aucune préparation pharmaceutique, mais qu'ils peuvent continuer le commerce en gros des drogues simples ; les inspecteurs de la pharmacie doivent faire chez eux des visites, comme ils en font chez les pharmaciens, pour s'assurer de l'exécution de cet article et de la qualité des drogues vendues en gros ; seulement les épiciers ne doivent pas payer la taxe de ces visites, auxquelles ils ne peuvent en aucun cas se soustraire, si l'inspection a donné la preuve qu'ils se renferment strictement dans leur profession d'épiciers et ne vendent en gros aucune drogue (arrêté du 25 thermidor an XI, art. 42. — Ordonnance du roi du 20 septembre 1820). La Cour de cassation a jugé, le 23 août 1861, que les officiers de santé qui, dans de petites localités, cumulent la profession d'épicier avec celle de médecin, peuvent détenir sans contravention dans leur boutique les remèdes qu'ils se proposent de fournir à leurs malades ; pourrait-on contester sérieusement, dans ce cas, aux inspecteurs de la pharmacie le droit d'étendre aux médicaments qu'ils trouvent dans la boutique l'examen qu'ils ont incontestablement le droit de faire des drogues en gros qui pourraient s'y trouver ?

Le législateur, cela nous paraît certain, a eu l'intention de soumettre à des visites tous les dépôts de médicaments.

Le doute est moins permis encore en ce qui touche les substances vénéneuses. Les art. 34 et 35 de la loi de germinal ont été remplacés par la loi du 10 juillet 1845 et l'ordonnance royale du 29 octobre 1846. Leurs dispositions s'appliquent, quoi qu'on en dise, d'une manière générale et absolue ; aux termes d'une circulaire du ministre de l'instruction publique, en date du 17 mai 1847 : Toutes les conditions relatives à la vente, à l'achat et à l'emploi des substances vénéneuses sont applicables aux cabinets de chimie des collèges et des maisons d'éducation ; l'ordonnance de 1846 ne souffre aucune exception. Donc, tous ceux qui font dans leur pratique usage de substances vénéneuses doivent les tenir constamment dans un endroit sûr et fermé à clef ; quand il s'agit de médicaments, le vase qui le contient doit porter une étiquette destinée à éviter toute erreur ; un registre spécial doit être tenu sur lequel est inscrit tout achat ou toute vente de substances vénéneuses ; toute ordonnance en prescrivant l'emploi doit être également transcrite sur un registre, et il a été jugé que la nécessité de cette transcription s'applique aussi bien à celui qui est à la fois médecin et pharmacien qu'à celui qui exerce seulement la profession de pharmacien ; qu'ainsi un médecin pharmacien était coupable d'infraction à la loi lorsqu'il n'inscrivait pas l'ordonnance qu'il avait dû faire comme médecin (trib. de la Seine 21 juin 1865). Et l'on voudrait affranchir le médecin dans le cas de l'art. 27 de l'obligation de se soumettre à toutes ces mesures dont il importe d'assurer l'exécution ; ou, ce qui revient au même, on voudrait le soustraire aux visites qui seules peuvent donner la preuve qu'elles sont exécutées ! Cela n'est pas possible.

Qu'on ne dise pas que le médecin exempté de la visite des inspecteurs de la pharmacie sera soumis, aux termes de l'art. 14 de l'ordonnance de 1846, à la visite du maire ou du commissaire de police assisté, s'il y a lieu, d'hommes de l'art. L'art. 14, dans sa généralité, prévoit des cas divers. Les substances vénéneuses sont employées dans l'industrie et dans la pharmacie ; dans le premier cas, c'est au maire et au commissaire de police à agir ; dans le second, lorqu'il s'agit de médicaments, il y a un double contrôle : les visites ordonnées par les art. 29 et 30 de la loi de germinal, qui sont faites par les inspecteurs de la pharmacie, et les visites faites par le maire et le commissaire de police. Il faut logiquement déclarer que les médecins qui nous occupent sont exempts de cette double visite, et ne sont soumis à aucun contrôle, ou décider qu'ils sont soumis à la visite des inspecteurs de la pharmacie comme à celle du maire et du commissaire.

Que gagneraient-ils, d'ailleurs, à n'être soumis qu'à cette dernière visite ?

Le maire et le commissaire de police, se reposant sur la vigilance des inspecteurs de la pharmacie, n'opèrent de visites que dans des cas exceptionnels ; si les visites ne peuvent être faites par les inspecteurs de la pharmacie, les maires et les commissaires de police multiplieront leurs visites et se feront accompagner d'hommes de l'art, dans les termes du décret du 8 juillet 1850.

Revenons donc à ce qui est vrai et simple. Ce que que le législateur a voulu, c'est soumettre la vente des médicaments à un contrôle ; le médecin dans les termes de l'art. 27 vend des médicaments, il est donc soumis à ce contrôle, et, en conséquence, il ne peut se soustraire à la visite des inspecteurs de pharmacie. Il y a là un grand intérêt public devant lequel doivent s'incliner toutes les autres considérations.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Cirrhose hypertrophique du foie.

Nous avons rapporté, dans les Revues du 10 décembre et du 7 janvier derniers, des exemples de cirrhose atrophique du foie liées, soit à la syphilis, soit à l'alcoolisme, ayant les unes et les autres entraîné assez rapidement la mort. On sait qu'on a beaucoup insisté, depuis quelques années, sur une distinction importante à faire, au point de vue clinique comme au point de vue anatomo-pathologique, entre la cirrhose atrophique et la cirrhose hypertrophique, la première répondant à l'ancien type de Laennec débutant par une inflammation des veines-portes du foie, la seconde par une inflammation des canalicules biliaires. Nous ne nous arrêterons pas pour le moment sur le point de vue anatomo-pathologique, qui a été plusieurs fois examiné, notamment à l'occasion de la thèse très-connue de M. Hanot. La question qui nous intéresse le plus ici est la question clinique, c'est-à-dire celle des différences symptomatiques qui existent entre ces deux groupes et qui permettent d'en établir le diagnostic différentiel, des différences de pronostic et d'indications thérapeutiques. A ces deux derniers points de vue, la distinction est d'autant plus importante à faire que le pronostic des cirrhoses hypertrophiques est généralement moins grave que celui des cirrhoses atrophiques, et que les premières sont plus facilement accessibles que les secondes à l'action modificatrice de la thérapeutique. Il est juste d'ajouter que cette distinction n'est pas toujours facile à faire, qu'après l'avoir établie on a dû recourir à l'admission d'un troisième groupe sous le nom de cirrhoses mixtes. Nous aurons, sans aucun doute, l'occasion de parler plus tard de ce dernier groupe. Bornons-nous pour l'instant à rapporter deux cas de cirrhose hypertrophique qui se sont présentés récemment dans le service de M. Hardy, à la Charité, et sur lesquels ce professeur a appelé l'attention de ses élèves.

Le premier cas est celui du malade Louis D..., âgé de trente trois ans, employé depuis deux ans à l'administration des omnibus, mais ayant exercé, pendant six ans, la profession de marchand de vins, ce qui l'a entraîné presque fatalement à des excès de boissons alcooliques. Cet homme, sans aucun antécédent héréditaire connu, bien portant pendant toute son enfance, n'avait eu jusque-là d'autres maladies qu'une blennorrhagie et des chancres mous, non suivis d'accidents spécifiques, lorsque, en 1878, il eut quelques troubles dyspeptiques et de la diarrhée. Il y a un an, il a été soigné pour une affection que l'on a qualifiée diabétique; il maigrissait et avait de la polyurie la nuit. Depuis six à sept mois environ, il est devenu sujet à des épistaxis; enfin, il y a cinq mois, il a eu pour la première fois la jaunisse avec décoloration des matières fécales et coloration jaune foncé des urines. Depuis cette époque, il a eu quelques troubles dyspeptiques, du ballonnement et de la pesanteur dans la région épigastrique, après le repas; il se fatiguait facilement et ne pouvait plus se livrer qu'à un travail limité.

Voici dans quel état il est entré à la Charité, le 8 novembre dernier. Les téguments, la conjonctive, la face inférieure de la langue présentaient une coloration jaune très-prononcée; le malade accusait du prurit depuis que l'ictère s'était montré; aucune éruption d'ailleurs à la peau. L'abdomen était souple; il n'y avait point de développement exagéré des veines abdominales, point d'ascite, ni d'œdème des membres inférieurs. Aucun trouble cérébral; la vision était parfaitement nette. État de la poitrine normal; rien non plus au cœur, si ce n'est que ses battements sont faibles.

Le foie, notablement augmenté de volume, occupait le flanc droit, la région épigastrique, la partie droite du flanc gauche et la moitié supérieure de l'hypochondre droit. La simple palpation permettait de constater cette hypertrophie et de reconnaître le bord antérieur régulièrement mousse. La percussion donnait une matité hépatique verticale de 14 centimètres.

La rate, également hypertrophiée, donnait à la percussion une matité verticale de 13 centimètres.

Enfin, les urines, colorées en jaune foncé, ne contenaient ni sucre ni albumine; les selles étaient décolorées, grisâtres.

Voilà, au point de vue symptomatique, un fait qui répond parfaitement au type cirrhose hypertrophique.

Le second fait va nous montrer, comme le précédent, un exemple, également typique, de la cirrhose hypertrophique. On y verra, en outre, autant par la lenteur de la marche de la maladie que par les amendements successifs obtenus par le repos et la médication mise en usage, combien la cirrhose hypertrophique diffère par sa bénignité, au moins relative, de la gravité habituelle de la cirrhose atrophique.

Il s'agit d'un homme d'une quarantaine d'années, exerçant la profession de tailleur, s'étant toujours bien porté jusqu'en 1875, n'ayant eu ni syphilis, ni fièvres intermittentes, point alcoolique, lorsque, à cette époque, sans cause appréciable, il vit son ventre augmenter peu à peu de volume. Il n'en fut pas autrement incommodé ni préoccupé, et continua à travailler. Un an après, en 1876, il eut une maladie grave, sur laquelle il ne peut renseigner qu'incomplètement, caractérisée au début par une perte considérable des forces, des saignements de nez, de la jaunisse, du prurit à la peau, puis une série de phénomènes, fièvre intense, délire, enflure des jambes et des malléoles. Cet œdème persista pendant six mois environ. Deux ans plus tard, en 1878, il eut une nouvelle poussée d'ictère avec enflure du ventre, œdème des membres, saignements de nez, et intercurremment une pneumonie droite. Cette affection le tint au lit jusqu'au commencement de 1879, époque où il alla à la campagne, d'où il revint, après un séjour de quelques mois, assez bien portant pour pouvoir reprendre son travail, mangeant bien, n'ayant plus de jaunisse ni d'œdème, mais conservant toutefois l'augmentation de volume du ventre.

En 1880, son ventre augmenta encore notablement de volume; il éprouvait, lorsqu'il était assis les jambes croisées, des douleurs dans l'hypochondre droit et dans les reins, qui l'obligeaient à changer d'attitude; bientôt il survint de la fièvre et des saignements de nez qui l'obligèrent à entrer à l'hôpital, où il fut placé dans le service de M. Hardy, suppléé en ce moment par M. Landouzy. C'était au mois d'août. A ce moment, le malade avait une teinte sub-ictérique prononcée, un gros foie et une rate énorme. On diagnostiqua une cirrhose hypertrophique. Il fut soumis au repos, au régime lacté et à l'usage de l'iodure de potassium. Il sortit au bout de quelque temps amélioré, pour rentrer de nouveau dans le courant de l'hiver dernier, ayant été pris encore de douleurs abdominales vives, irradiant surtout dans le flanc droit. Après une nouvelle amélioration obtenue assez rapidement par l'emploi de l'iodure de potassium et le repos, il sortit pour rentrer une troisième fois en août 1881. Après plusieurs alternatives de poussées inflamma-

toires du côté du foie et d'améliorations, suivant qu'il reprenait son travail ou regagnait l'hôpital pour y bénéficier à la fois du repos et d'un traitement approprié, il est entré pour la quatrième fois dans le service le 18 janvier dernier, se plaignant encore de douleurs assez vives dans le ventre et dans les reins, mais sans fièvre, sans épistaxis ni œdème. On constate alors l'état suivant :

Le ventre est volumineux, mais non ballonné ; il est le siége de deux tuméfactions considérables, l'une à droite, l'autre à gauche. La palpation fait constater à droite une tumeur occupant tout l'hypochondre et s'étendant jusque dans la partie externe de la fosse iliaque, empiétant en avant jusqu'à la région épigastrique, tumeur dure, résistante, lisse, sans bosselures, constituée manifestement par le foie hypertrophié. Par la percussion, on a une matité verticale de 25 centimètres, commençant à 4 centimètres et demi du mamelon droit. La palpation et la percussion sont très-douloureuses. L'hypochondre gauche, le flanc et la moitié de la fosse iliaque gauche sont occupés par la rate, également hypertrophiée. La percussion donne de ce côté une matité verticale de 24 centimètres, et une matité transversale au niveau de l'ombilic de 28 centimètres. La tumeur de la rate est, comme celle du foie, lisse, unie, sans mamelons ni bosselures. A la partie médiane du ventre, entre les bords internes de ces deux tumeurs, il y a une sorte de dépression en gouttière qui les sépare. Pas la moindre apparence de liquide dans le ventre. Pas d'œdème.

Les seuls symptômes éprouvés par le malade sont des douleurs de ventre, douleurs habituelles, presque constantes, qui augmentent par la marche et par le rapprochement des jambes. Peu ou presque pas de troubles du côté des organes de la digestion ; l'appétit est conservé ; le malade mange et digère assez bien ; il n'a ni diarrhée ni constipation ; point d'hémorrhoïdes ; pas de toux ni d'oppression ; peu de céphalalgie ; point de fièvre ; le pouls est normal ainsi que le cœur. On ne constate rien de particulier dans les urines. Le malade est mis au traitement de l'iodure de potassium.

Au bout de quelques jours de séjour à l'hôpital, le malade est sensiblement mieux. Les deux tumeurs, celle du foie surtout, ont un peu diminué de volume; cette diminution est accusée par l'élargissement de l'espace libre que limitent en avant leurs bords.

L'examen du sang, pratiqué avec l'hématimètre de Nachet (procédé Hayem), démontre qu'il n'y a pas d'augmentation des globules blancs. Quant aux globules rouges, leur chiffre est normal (5,208,000 par millimètre cube) ; leur richesse en hémoglobine est également normale. Les urines ne contiennent ni albumine ni pigment biliaire. L'état général est excellent.

Le 1er février, le malade sort, sur sa demande, en état de très-grande amélioration.

Emphysème interlobulaire, médiastin, sous-cutané, survenu à l'occasion d'une violente secousse chez un sujet atteint d'emphysème vésiculaire chronique.

L'emphysème interlobulaire, médiastin et sous-cutané, dont on a rapporté d'assez nombreux exemples soit chez les enfants, à la suite de lésions pulmonaires aiguës, soit chez les femmes en couche, soit encore chez des phthisiques, peut se rencontrer aussi chez des adultes et chez des vieillards atteints d'emphysème vésiculaire chronique ou d'atrophie sénile du poumon. C'est ce que M. Saussol, interne de l'asile d'aliénés de Montpellier, s'est proposé d'établir et de démontrer dans un travail lu à la Société de médecine et de chirurgie de cette ville, par un exemple très-remarquable d'un type de ce dernier genre qu'il a eu l'occasion d'observer dans le service de M. le docteur Cavalier, médecin en chef de cet asile.

Voici les particularités principales du fait rapporté par M. A. Saussol :

Un homme de cinquante ans, d'une très-forte complexion, pléthorique, livré au vagabondage et à de nombreux excès alcooliques, admis une première fois en avril 1876 à l'asile d'aliénés de Cadillac, pour un affaiblissement considérable des facultés intellectuelles, avec difficulté d'articulation des mots et tremblements fibrillaires des muscles de la face, fut transféré au mois d'août de la même année à l'asile de Montpellier, dans le service de M. Cavalier, qui diagnostiqua une démence avec paralysie universelle ; il était, en outre, atteint depuis longtemps de catarrhe bronchique chronique ; il avait la poitrine fortement bombée, la respiration avait la rudesse caractéristique de l'emphysème vésiculaire. Il y avait quelque temps qu'il était à l'infirmerie de l'asile, dans un état de démence profonde, incapable de répondre à aucune question et presque complètement paralysé, lorsque, un soir du mois de décembre, après qu'il s'était laissé lourdement tomber sur le dos en voulant se lever de dessus son banc, on constata que le cou, la face, le thorax, la paroi abdominale, le scrotum, les bras étaient infiltrés par l'air ; la face, notamment, était difforme, le cou doublé de diamètre, le thorax encore plus bombé qu'auparavant, surtout à droite, la paroi abdominale augmentée d'épaisseur, les bras infiltrés jusqu'aux poignets. Aucune plaie ni traumatisme en un point quelconque de la surface du corps ne pouvait expliquer l'origine de cet emphysème.

La respiration, pénible et bruyante dans ses deux temps, s'entendait à distance ; les muscles du thorax se contractaient fortement, la poitrine se soulevait, l'inspiration était assez rapide, mais l'expiration plus lente se faisait en deux ou trois secondes. La sonorité du thorax était exagérée. A l'auscultation, on entendait, en avant et en arrière, d'abord le bruit que produit le tissu cellulaire infiltré par l'air, puis quelques râles sibilants rares, une rudesse très-marquée dans la respiration. L'auscultation du cœur est rendue impossible par les bruits de la respiration, le pouls est fréquent (110), dur ; il a la température élevée (38°,2) ; la circulation périphérique est gênée, les lèvres cyanosées, les extrémités violacées ; la circulation cérébrale paraissait également se faire mal ; le malade, couché sur le dos, poussait des plaintes et émettait quelques paroles incohérentes ; il était agité, la sensibilité générale cutanée était considérablement émoussée.

L'emphysème faisant des progrès rapides d'heure en heure, ainsi que l'embarras de la respiration et de la circulation, au point que l'asphyxie devenait imminente, M. Saussol pratiqua une saignée de 300 grammes, en même temps qu'il fit de petites incisions à la peau, au cou, au thorax et à l'abdomen, qui donnèrent issue à la fois à une grande quantité de gaz et à un écoulement de sang noir. Il prescrivit ensuite une potion tonique au rhum et à l'acétate d'ammoniaque pour relever les forces.

Le lendemain, après un léger amendement, la gêne de la respiration et l'emphysème augmentent de nouveau et vont toujours croissant, et le malade finit par succomber aux progrès incessants de l'asphyxie, quarante-huit heures après le début de son accident.

A l'autopsie, l'emphysème cutané avec sa crépitation caractéristique a été constaté aussi nettement, dans les mêmes proportions et dans les mêmes points que pendant la vie. Le plastron antérieur de la poitrine détaché avec soin et rabattu sur l'abdomen, le tissu cellulaire du médiastin est apparu distendu par de nombreuses bulles d'air, infiltré sur tous les points et ressemblant au tissu cellulaire des animaux de boucherie, après l'insufflation. Le diaphragme était fortement refoulé en haut; les deux poumons volumineux, occupant toute la cavité thoracique, ne s'affaissèrent pas sous la pression de l'air. D'une blancheur remarquable, ils étaient exsangues dans toute leur partie antérieure et à leurs sommets; congestionnés, au contraire, à leur partie postérieure et à la base. Ils étaient tous deux emphysémateux, ayant leurs deux sommets et les bords antérieurs distendus par de l'air infiltré dans le tissu cellulaire intervésiculaire et interlobulaire. A leur surface la plèvre viscérale n'a pas été soulevée, mais on aperçoit nettement, au-dessous, de nombreuses petites bulles qu'on peut faire cheminer.

L'insufflation des poumons par la trachée exagère la saillie et le nombre de ces bulles gazeuses sous-pleurales. L'insufflation pratiquée sous l'eau ne fait sortir des bulles ni au niveau des hiles, ni au niveau du tissu cellulaire du médiastin, ni à la surface des poumons. Des points sur lesquels on pratique de petites éraillures s'échappent de nombreuses bulles se succédant rapidement. Des coupes sur divers points du poumon montrent que l'emphysème est au maximum en avant et au sommet, tandis que, en arrière, il y a de la congestion hypostatique. En aucun point on ne constate de lésion aiguë.

Un amincissement des parois des vésicules pulmonaires, une atrophie de certains éléments du tissu conjonctif, aux dépens d'autres ayant pris une extension plus grande, déformation et déchirure des vésicules, telles sont les altérations principales que montre l'examen histologique du parenchyme pulmonaire. Quant aux différents autres points de l'arbre aérien, on n'y constate aucune altération. Nulle part on ne trouve de solution de continuité.

Cette observation, comme on le voit, est un type d'emphysème généralisé, à triple siège pulmonaire, médiastin et sous-cutané, chez un vieil emphysémateux. On l'a vu débuter brusquement à la suite d'un effort d'une médiocre intensité, se manifester à l'extérieur, au niveau du cou, et envahir de proche en proche le tissu cellulaire, ne s'arrêtant que devant la densité du cuir chevelu, de la peau des mains, etc. Enfin il reste évident que les voies respiratoires seules ont été le point de départ de l'infiltration généralisée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 février 1882. — Présidence de M. Labbé.

COMMUNICATIONS

M. le secrétaire général fait connaître les sujets des prix Gerdy et Demarquay. Ces sujets sont : pour le prix Gerdy, les Tuberculoses locales au point de vue chirurgical; pour le prix Demarquay, Étiologie de l'érysipèle. Les mémoires devront être remis avant le 15 novembre 1882.

Altération et résection de l'articulation tibio-tarsienne. — **M. Nicaise**, à l'occasion de la communication faite dans les dernières séances par MM. Verneuil et Nepveu, rapporte l'observation suivante : Une femme de cinquante et un ans entre, il y a deux mois, dans son service, présentant une luxation du pied en dehors, consécutive à une fracture mal consolidée. M. Nicaise se proposait de l'opérer quand elle fut prise d'un érysipèle compliqué de pleurésie à laquelle elle succomba. Il met les pièces sous les yeux de ses collègues. Cette femme avait fait, en janvier 1881, une chute sur le bord d'un trottoir, chute qui avait déterminé une fracture du cou-de-pied avec luxation en dehors. Il s'était fait une consolidation vicieuse qui nécessitait une opération analogue à celle dont a parlé M. Verneuil. L'autopsie a montré qu'il n'y avait aucune altération des vaisseaux, que le tendon du jambier antérieur était altéré, que la malléole interne avait été arrachée et l'externe fracturée. L'astragale avait sa face externe en haut et sa face interne en bas. Il y avait une véritable soudure de l'astragale, du péroné et du tibia avec un os intermédiaire formé par le péroné. Cette disposition particulière aurait rendu l'opération extrêmement difficile.

M. Verneuil rappelle avoir cité plusieurs cas absolument semblables à celui de M. Nicaise. Dans un cas présenté, dans la dernière séance, par M. Polaillon, c'était le tibia qui formait la pièce osseuse intermédiaire. M. Verneuil ajoute que, dans ces cas, la section des péroniers offre de grands avantages.

M. Larger. Il est difficile de se prononcer, dès l'abord, sur l'avenir fonctionnel d'un muscle plus ou moins altéré. Il est des cas où les muscles sont intacts en apparence et où les nerfs seuls sont lésés; dans ces cas, on peut voir survenir de l'atrophie musculaire sans que les muscles eux-mêmes aient été lésés. Il est d'autres cas où les nerfs ont été élongés pendant un traumatisme. Enfin on voit souvent les muscles, profondément altérés, reprendre, par la suite, très-bien leurs fonctions, et l'on peut dire, avec Duchenne (de Boulogne), qu'il vaudrait mieux encore avoir perdu tous les muscles de la jambe que d'en conserver quelques-uns.

M. Polaillon. On peut voir, d'après la pièce présentée par M. Nicaise, que l'opération, dans ce cas, n'aurait certainement pas donné de bons résultats. Il était déjà trop tard pour opérer.

Tumeurs éléphantiasiques. — **M. Labbé** présente une jeune fille de vingt ans, qui porte devant l'œil gauche une énorme tumeur éléphantiasique qui a commencé d'apparaître à l'âge de treize mois. A cinq ans, elle prit un plus grand développement et fut opérée par un médecin. Cette opération fut promptement suivie de récidive, et, depuis ce temps, la tumeur s'est toujours accrue. L'œil, d'ailleurs sain et intact, est entièrement caché derrière cette tumeur. M. Labbé croit qu'il y a lieu d'intervenir. Il consulte d'ailleurs ses collègues à ce sujet.

M. Verneuil pense qu'il s'agit là d'une de ces tumeurs décrites, il y a vingt-cinq ou trente ans, par Valentisme Malt et qu'on désignait sous le nom de pachydermatocèle. Ces tumeurs sont anatomiquement composées comme les névromes plexiformes dont M. Verneuil a relaté le premier l'histoire. L'opération lui paraît justifiée dans le cas de M. Labbé.

M. Desprès cite le travail d'Alard, les recherches de Godard sur l'éléphantiasis. Pour lui, il s'agit, dans ce cas, d'un pur et simple éléphantiasis de la face. L'opération ne débarrassera pas complètement la malade, ces tumeurs étant sujettes à récidive. Malgré cela, elle est indiquée comme devant la débarrasser au moins pendant un certain temps.

M. Trélat croit cette tumeur opérable. L'apparence extérieure du derme, la sensation particulière que donne la pression, rapprochées de l'ancienneté et du long développement de la tumeur, tendent à faire admettre qu'il s'agit là d'une tumeur hypertrophique d'origine vasculaire; par exemple, d'un angiome modifié.

MM. Verneuil et **Desprès** maintiennent chacun leur diagnostic.

M. Trélat. La question sera jugée par l'anatomie pathologique, l'examen histologique de la tumeur devant être fait après l'ablation.

M. Terrillon rappelle que l'expression du mot éléphantiasis s'est beaucoup généralisée et ne s'applique plus seulement à l'éléphantiasis vrai du scrotum. On sait, en effet, que dans l'Inde l'élé-

phantiasis est le résultat d'un helminthe, d'un entozoaire qu'on trouve dans les lymphatiques. Il ne faut pas confondre ces éléphantiasis vrais avec les tumeurs dites éléphantiasiques et qui sont tout simplement des hypertrophies plus ou moins partielles.

M. GUÉNIOT a présenté, en 1870, un enfant de deux ans qui portait dans la région sourcilière une tumeur qu'il avait désignée sous le nom de nævus hypertrophique. Cette tumeur, d'une étendue considérable, retombait comme un voile au-devant de l'œil. L'enfant fut opéré avec succès. La tumeur n'adhérait pas à l'os. Elle était constituée par une hypertrophie de tous les éléments.

M. LANNELONGUE pense, comme M. Trélat, qu'il s'agit probablement dans ce cas d'une tumeur primitivement érectile. Il cite plusieurs observations de tumeurs érectiles transformées.

M. LABBÉ. Il résulte des renseignements très-précis fournis par le père que jamais cette tumeur n'a présenté les caractères d'une tumeur érectile. Elle n'a jamais eu d'autre coloration que celle de la peau hypertrophiée.

Ovariotomie. — **M. POZZI,** au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Duplay et Lucas-Championnière, lit un rapport sur quatre observations d'ovariotomie adressées par M. Millot-Carpentier. Sur ces quatre opérations, l'auteur compte trois succès. Dans la première observation, il s'agit d'un kyste uniloculaire simple, guérison. Dans la seconde, d'un kyste uniloculaire avec une hypertrophie de l'utérin ou un fibrome utérin; l'auteur ne donne pas de renseignements suffisants sur ce point. Il a enlevé le kyste et la tumeur solide; guérison. Dans la troisième, d'un kyste multiloculaire avec des adhérences généralisées, chez une femme de soixante ans; mort. Dans la quatrième, d'un kyste; guérison. M. Pozzi exprime le regret que ces observations manquent de détails suffisants.

M. TERRIER exprime le même regret. Il eût été intéressant de savoir ce que l'auteur a fait du pédicule de cette tumeur utérine ou autre qu'il a opérée en même temps que le kyste, dans la première observation.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel en date du 30 janvier 1882, M. le docteur Isoard (de Marseille) est nommé médecin-inspecteur des eaux d'Allevard, en remplacement de M. Niepce.

— Mercredi dernier une fête dans la famille médicale réunissait autour de M. le docteur Bonnafont ses nombreux amis. Notre éminent confrère mariait son fils, ingénieur au chemin de fer du Nord, avec Mlle Clicquot de Mentque. La cérémonie, à Saint-Augustin, était rehaussée par la voix si magistrale et si sympathique de Faure, le célèbre baryton, ami de notre très-honoré confrère le docteur Bonnafont.

— La Société de médecine légale tiendra sa prochaine séance le lundi 13 février 1882, à trois heures précises, au palais de Justice (salle d'audiences de la cinquième chambre du tribunal civil).

Ordre du jour : I. Communication de la commission permanente. Rapport de M. de Villiers sur une question d'infanticide. — II. Discussion du rapport de M. Chaudé sur la question de savoir si les médecins autorisés à distribuer des médicaments à leurs malades sont soumis à la même inspection que les pharmaciens. — III. Considérations médico-légales sur les assurances sur la vie et en cas d'accident, par M. Lutaud. — IV. Communication de M. Maison sur un cas d'avortement avec intégrité des membranes de l'œuf. — V. De l'importance de l'étude des empreintes en médecine légale, par M. le docteur Laroche (de Montagnac sur Vezère).

Étude sur l'hydropisie de l'amnios, par le docteur Delassus. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Delahaye et E. Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 12366.

N° 19. — MARDI 14 FÉVRIER 1882. 55e ANNÉE. MARDI 14 FÉVRIER 1882. — N° 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.



HOPITAL NECKER. — M. Potain.

Du rhumatisme articulaire à la suite de couches et du rhumatisme articulaire consécutif à la fluxion ovarique.

Dans la seule journée d'hier, il nous est entré cinq malades atteintes de rhumatisme, dont la forme, quelque peu différente, rend leur affection plus intéressante. Toutes cinq sont couchées dans la salle Sainte-Adélaïde. Le rhumatisme, du reste, est de saison en ce moment où nous éprouvons des temps froids, variables et humides.

Les deux dont nous nous occuperons dans cette leçon sont le n° 5 et le n° 29.

La première a été prise, vingt jours après être accouchée, de douleurs rhumatismales articulaires subaiguës à la suite de quelque imprudence, s'étant exposée à l'action du froid. Elle en est à son second enfant, et ses premières couches n'avaient été suivies d'aucun accident.

Les premières douleurs sont apparues dans les deux genoux, puis dans les coudes, dans les épaules, accompagnées de quelques malaises généraux sans grands frissons. La tuméfaction était peu considérable, peu ou point de rougeur au niveau des articulations, les rotules étaient soulevées par un épanchement liquide assez minime. Enfin les douleurs sont localisées, peu vives du reste dans l'articulation du poignet droit, et s'étendent à la gaine synoviale des tendons extenseurs des doigts, et notamment du pouce. Le gonflement est médiocre, une légère rougeur l'accompagne, le mouvement fébrile est fort peu intense.

Nous sommes donc ici en présence d'un rhumatisme articulaire subaigu, caractérisé par une tendance à se généraliser par déplacement.

Chez les femmes récemment accouchées, le rhumatisme survient assez fréquemment et peut revêtir trois formes différentes : la forme grave, dans laquelle il apparaît brusquement un gonflement d'une ou de plusieurs articulations, avec fièvre intense. C'est dans cette forme que l'inflammation de l'articulation tend à la suppuration, ou s'accompagne d'accidents purulents en d'autres points du corps, accidents qui ne sont que la manifestation de l'infection purulente puerpérale.

La seconde forme, moins grave que la première, en ce sens qu'elle ne menace pas la vie, est encore cependant assez sérieuse en raison de sa durée et de sa terminaison possible par ankylose ou par une raideur articulaire qui peut persister pendant des mois, voire même des années. Dans cette forme, l'arthrite survient le plus souvent du quinzième au vingtième jour; elle est fixe, non mobile, elle est unique ou multiple; dans ce dernier cas, l'inflammation n'agit pas par déplacement, mais par extension à d'autres articulations. De plus, l'épanchement dans l'articulation est assez considérable.

Enfin la troisième forme débute sans frisson initial, s'accompagne d'une fièvre généralement peu intense; elle ressemble beaucoup plus que les deux autres formes au rhumatisme articulaire aigu *à frigore*. La maladie ici est mobile, c'est-à-dire qu'elle se déplace passant d'une ou plusieurs articulations prises à la fois à une ou plusieurs autres. Elle présente assez fréquemment des complications cardiaques avec tendance aux altérations ulcéreuses de l'endocarde.

Mais quels rapports existe-t-il donc entre ces différentes arthrites et les suites de couches?

Pour la première forme, cela est facile à comprendre; l'on se trouve en présence d'une infection purulente qui se manifeste sur les articulations comme elle se manifeste sur d'autres organes.

Mais ces rapports sont plus difficiles à reconnaître dans la seconde forme, dans l'arthrite rhumatismale subaiguë, localisée, car, si par certains côtés elle ressemble au rhumatisme, par d'autres elle s'en différencie, notamment par un épanchement articulaire plus considérable, par sa persistance plus difficile à vaincre, enfin par sa durée et sa terminaison qui la rapprochent beaucoup plus de l'arthrite que du rhumatisme proprement dit.

A ce propos, une autre question se présente; je veux parler du rhumatisme blennorrhagique sur lequel on a beaucoup discuté relativement à la coïncidence qui peut exister entre le rhumatisme et la blennorrhagie, et qui n'est pas le rhumatisme *à frigore* ordinaire et n'en présente pas les mêmes phénomènes.

Les uns, et je suis de leur avis, pensent que dans certains cas où il n'existe aucune spécificité, la blennorrhagie n'est qu'une manifestation du rhumatisme sur la muqueuse de l'urèthre, uréthrite rhumatismale analogue à la conjonctivite

rhumatismale que nul ne saurait nier. De nombreuses observations, j'en connais pour ma part aussi quelques-unes, prouvent, avec la plus grande évidence, que des rhumatisants ont été pris, dans le cours de leur maladie, et en dehors de tout contact suspect ayant pu déterminer une spécificité quelconque, d'un écoulement uréthral qui ne pouvait avoir pour cause qu'une influence rhumatismale. Il y a donc de véritables uréthrites rhumatismales, ce qui ne veut pas dire cependant que l'on ne rencontrera pas coïncidant avec le rhumatisme des blennorrhagies spécifiques ayant une tout autre origine. Les deux existent parfaitement. Mais le rhumatisme dans lequel il survient un écoulement uréthral rentre dans le groupe des rhumatismes généralisés, mobiles, subaigus, avec fluxion articulaire assez notable. Par contre, le rhumatisme blennorrhagique spécifique est fixe, non mobile, aigu, le plus souvent mono-articulaire et s'accompagne d'épanchement médiocre dans l'articulation.

Les rapports entre l'écoulement uréthral et le rhumatisme sont analogues à ceux qui existent entre ce dernier et certaines affections cutanées qui succèdent à l'inflammation de l'articulation ou la précèdent. De même l'on voit un traumatisme être suivi d'accidents rhumatismaux, une arthrite à caractère rhumatismal subaigu succéder à un traumatisme articulaire. C'est ainsi que j'ai vu un ongle incarné s'accompagner de douleurs articulaires rhumatismales qui ne disparurent qu'après l'opération de l'onyxis. Il existe donc d'autres causes que le froid, pouvant engendrer le rhumatisme, et, de même que lorsqu'un rhumatisme mobile passe d'une articulation à une autre, le fait se produit sous l'influence du système nerveux, par action sympathique ou réflexe, de même l'écoulement uréthral agit dans le rhumatisme blennorrhagique par action réflexe. C'est ainsi que cet écoulement pourra donner lieu à une névralgie sciatique par exemple ou à une conjonctivite sans qu'il y ait eu aucun contact de la matière purulente avec la muqueuse oculaire.

De ce que la blennorrhagie peut entraîner le rhumatisme, il ne s'ensuit pas que tous les blennorrhagiques doivent devenir des rhumatisants. Loin de là, beaucoup y échappent; mais il existe des individus prédisposés, chez lesquels la première atteinte rhumatismale survient par suite de blennorrhagie, tandis que chez d'autres elle survient par suite de traumatisme, d'une contusion, voire même d'une entorse.

On peut donc considérer l'urèthre comme une articulation pouvant contracter comme elle, sous l'influence du froid, un rhumatisme.

Toute blennorrhagie n'est pas le résultat d'une intoxication spécifique, bien qu'elle se comporte comme cette dernière et sans que l'on puisse toujours la distinguer par quelque caractère particulier, et le froid peut agir de la même façon qu'une excitation traumatique spéciale du canal de l'urèthre. Enfin il y a des cas, plus rares il est vrai, où tout se prend à la fois, urèthre et articulation.

Les arthrites, suites de couches, ressemblent au rhumatisme blennorrhagique et présentent la même marche et les mêmes symptômes, bien que le point de départ soit absolument différent, puisque l'affection puerpérale part de l'utérus dans certaines conditions. De plus, une simple congestion de l'utérus à l'époque des règles peut favoriser, sous l'influence d'un refroidissement, le développement du rhumatisme.

C'est ainsi que, si nous arrivons maintenant à notre seconde malade, celle qui est couchée au lit n° 29 de la salle Sainte-Adélaïde, nous apprenons que cette femme a, au second jour de ses règles, et sous l'influence d'un très-léger refroidissement, vu le flux menstruel s'arrêter en même temps qu'elle était prise d'une douleur dans le ventre, du côté droit, dans la région ovarique. L'utérus n'était pas congestionné, mais il y avait une fluxion de l'ovaire droit, qui a donné lieu, quelques jours plus tard, à des conséquences pathologiques doubles : d'une part, à de l'oppression ainsi qu'à un point de côté avec un peu d'obscurité du son au niveau du poumon droit et un peu de faiblesse du murmure respiratoire ; d'autre part, à une tuméfaction douloureuse des deux genoux avec épanchement liquide dans l'articulation.

L'ovaire a donc été le point de départ des accidents pleuro-pulmonaires et articulaires, et non pas le froid directement, puisque nous observons un intervalle de plusieurs jours entre la fluxion ovarique, suite du refroidissement, et les autres phénomènes. Le premier stade de la maladie s'est donc passé dans l'ovaire, le deuxième dans la plèvre et le troisième dans l'articulation où les accidents ont revêtu la forme rhumatismale. C'est donc à un rhumatisme génital subaigu auquel nous avons affaire chez la malade du n° 29.

Nous avons donc chez l'une de nos malades un rhumatisme génital, suite de couches, et chez l'autre un rhumatisme également génital, ayant pour origine une congestion ovarique. C'est sur ces deux points, et sur le rhumatisme blennorrhagique dont je vous ai parlé à cette occasion, que je désirais appeler votre attention.

HOPITAL LAENNEC. — M. Nicaise.

Arthrite chronique ankylosante du poignet, du genou et du cou-de-pied.

On a divisé les arthrites chroniques en trois variétés : 1° l'arthrite fongueuse ou tumeur blanche, 2° l'arthrite sèche, et 3° l'arthrite rhumatismale, faisant de chacune d'elles des groupes dans lesquels toute division est encore actuellement assez difficile. Il y a encore là des recherches d'anatomie pathologique à faire, leur distinction étant des plus importantes au point de vue thérapeutique.

Nous avons perdu ces jours derniers un homme qui présentait l'une de ces variétés d'arthrite chronique siégeant dans le poignet gauche et pour laquelle aucune opération n'était indiquée et n'eût pu être de quelque utilité. C'était un cordonnier, âgé de cinquante-sept ans, qui était entré dans nos salles le 3 février de l'année dernière. Nous n'avions rien trouvé dans ses antécédents héréditaires, ni scrofule, ni syphilis. A quarante ans, il eut, pour la première fois, une attaque de rhumatisme articulaire aigu généralisé, qui le retint longtemps souffrant et dont il ne guérit complètement qu'au bout d'un an. Depuis lors, et jusqu'en 1879, il resta bien portant ; mais à cette époque il eut une nouvelle attaque rhumatismale, moins aiguë que la première, généralisée tout d'abord, pour se localiser bientôt sur une seule articulation, celle du poignet gauche. Il avait alors cinquante-cinq ans.

A dater de ce moment, il a constamment souffert de son poignet, avec quelques alternatives d'amélioration et d'aggravation. Au mois de novembre 1879, il était dans le service de M. Ball ; il y fut traité par des applications de vésicatoire, des pointes de feu et l'immobilisation. Il y est resté jusqu'au

moment où on l'a fait passer dans nos salles de chirurgie, en 1880.

Cet homme était petit, maigre, chétif, épuisé, très-nerveux, souffrant beaucoup de quelques névralgies, d'une dyspnée considérable et de douleurs dans la poitrine et dans la région précordiale, bien que l'auscultation et la percussion ne nous aient donné de ce côté que des signes négatifs. L'autopsie, du reste, n'a rien décelé non plus du côté des poumons et du cœur. Il mangeait fort peu ; la nutrition, mauvaise et insuffisante, réagissait sur l'affection articulaire.

Le poignet était le siège d'un gonflement notable qui lui avait fait perdre sa forme aplatie pour la forme cylindrique, par suite d'une infiltration des tissus péri-articulaires. La peau n'est pas adhérente aux parties sous-jacentes ; elle n'est ni distendue, ni luisante, mais souple et mobile, un peu chaude, sans rougeur aucune. Il n'existe ni abcès ni masse fongueuse autour de l'articulation. Les mouvements spontanés sont impossibles ; les mouvements communiqués font reconnaître une très-grande laxité des ligaments, et les mouvements de latéralité, de flexion et d'extension sont exagérés. Point de liquide dans l'articulation.

Le malade a été traité par l'immobilisation dans une gouttière plâtrée, tandis que l'on a appliqué de la teinture d'iode, des vésicatoires et quinze fois des pointes de feu avec le thermocautère. Ces différents moyens ont produit seulement un peu de diminution de la douleur et du gonflement, et la maladie est restée stationnaire. Enfin, dans ces derniers temps, l'épuisement augmentant, l'affaiblissement a fait des progrès, quelques phénomènes de congestion pulmonaire sont apparus, et cet homme a succombé.

L'autopsie du poignet a montré un peu d'œdème autour de l'articulation ainsi que quelques dépôts de matière fongueuse. La face externe des ligaments et de la synoviale ne présente aucune altération. Par contre, si l'on ouvre l'articulation, on trouve sa face interne recouverte d'une néo-membrane, molle, fongueuse, foliacée, jaunâtre, sèche, qui lui est adhérente en certains points. Tous les cartilages qui recouvrent les os ont disparu ; il n'en reste que quelques petits îlots cartilagineux, mobiles, séparés de la surface osseuse par une néo-membrane analogue à celle de la face interne de la synoviale. La surface des os, dépourvue de cartilage, est érodée et recouverte, elle aussi, d'une néo-membrane semblable. Autour du radius, dans l'épaisseur du ligament, on trouve des ostéophytes de récente formation, comme dans l'arthrite sèche, bien que telle ne soit pas la maladie à laquelle nous avons eu affaire. Les ligaments ne sont pas détruits. Pas d'inflammation du tissu osseux, point d'infiltration des épiphyses, purulents, pseudo-membraneux ou autres, ce qui différencie cette maladie des tumeurs blanches véritables.

Les articulations médio-carpiennes présentent des altérations d'un autre genre, moins avancées. Les cavités articulaires ont disparu et les surfaces articulaires sont en continuité les unes avec les autres, sans l'interposition d'aucune néo-membrane. Il existe seulement, entre quelques-unes des surfaces osseuses, une petite lamelle conjonctive adhérente. De plus, quelques ostéophytes réunissent en certains points les surfaces articulaires. Les métacarpiens présentent un commencement d'atrophie graisseuse du tissu compact, qui est aminci par suite d'une mauvaise nutrition générale.

D'après tous ces faits, nous nous trouvons en présence d'une arthrite chronique du poignet, suite d'une affection rhumatismale, à variété ankylosante, arthrite à marche lente, sans tendance à l'inflammation ni à la suppuration, mais bien à la soudure des os entre eux, arthrite d'habitude sans aucun retentissement sur la santé générale et qui ne met en rien la vie en danger.

Tout le traitement, dans ce genre d'affection, consiste, comme nous l'avons fait : 1° dans l'immobilisation de l'articulation ; 2° dans les révulsifs pour combattre l'œdème et le gonflement ; 3° enfin et surtout dans une hygiène alimentaire, une hygiène de milieu pour agir sur l'état général par le grand air, le soleil, une douce température et une excellente alimentation.

De cet homme je rapprocherai une malade couchée au n° 15 de la salle Chassaignac, âgée de soixante-six ans, sans antécédents scrofuleux ni syphilitiques. Ordinairement d'une bonne santé, elle a été prise au mois de mai 1879 de douleurs dans le genou gauche ; néanmoins elle a continué à marcher pendant quelque temps, jusqu'au moment où les douleurs augmentant l'ont forcée à entrer à l'hôpital de la Charité. Elle y est restée quatre mois, et y a été traitée pour une tumeur blanche du genou par l'immobilisation et les pointes de feu. Puis elle est allée passer quelque temps à Necker dans le service de M. Guyon, où on l'a soumise à un traitement semblable. Enfin elle nous est arrivée à Laennec.

Son état général se rapproche aussi du précédent malade ; c'est une femme névropathique, maigre, sèche, constamment sujette à des névralgies qui siégent un peu partout. Les viscères sont sains, les urines ne présentent rien de particulier. Elle mange peu, sa nutrition est peu accusée, insuffisante, et réagit sur son arthrite.

Le genou est déformé, tuméfié ; il présente un empâtement général. La peau n'est pas tendue, elle n'est pas altérée ; elle est lisse et mobile. Pas de liquide dans l'articulation ; la rotule est mobile ; la synoviale, manifestement épaissie, paraît fongueuse. On sent à la pression que la rotule, frottant sur le fémur, rencontre des parties molles, une sorte d'état pulpeux des cartilages. Du reste nulle inflammation, pas de relâchement des ligaments.

Comme chez cet homme dont nous avons fait l'autopsie, la synoviale et les cartilages sont malades, le processus est le même. Le pronostic n'est pas grave, car la maladie ne réagit pas sur l'état général, et l'arthrite guérira probablement par ankylose.

Nous l'avons soignée par l'immobilisation, l'application d'un vésicatoire, par la teinture d'iode, la glycérine laudanisée et le liniment chloroformé pour combattre les douleurs, parfois assez vives, du genou.

Enfin nous avons un troisième malade atteint de la même affection, couché au lit n° 29 de la salle Malgaigne. C'est un homme de soixante ans, dont les antécédents se bornent à un peu de gourme dans son enfance. En 1872, il a eu quelques ulcères aux jambes. En 1878, sont apparus les premières douleurs dans l'articulation tibio-tarsienne, qui seule est en cause chez lui ; mais ce n'est qu'au bout d'un certain temps que, forcé d'interrompre ses occupations, il s'est décidé à entrer à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Benjamin Anger. Il y est resté un an. Peu de temps après, il est venu dans nos salles.

Son état général est nul, les viscères sont sains, malgré un aspect cachectique prononcé au moment de son arrivée. Cet état s'est grandement amélioré depuis lors. Les phénomènes arthritiques sont encore ici les mêmes que chez les deux précédents malades : gonflement, empâtement sans

altération ni déformation des os. Il semble également qu'il existe quelque néo-membrane à la face interne de la synoviale et que les cartilages articulaires aient aussi disparu. Du reste, point de liquide, point d'inflammation, point d'abcès. Le processus est le même et la maladie paraît rester sans changement depuis son entrée à l'hôpital. Même traitement par l'immobilisation dans un appareil plâtré et les révulsions sur l'articulation malade.

Chez les trois individus dont je viens de vous parler, je considère la maladie comme une variété ankylosante de l'arthrite chronique avec production de néo-membranes, disparition des cartilages et formation de quelques ostéophytes.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 février 1882. — Présidence de M. Dujardin-Beaumetz.

COMMUNICATIONS

Maladies régnantes. — M. **BESNIER** donne lecture du rapport trimestriel sur les maladies régnantes pour les trois derniers mois de l'année 1881.

La mortalité générale des hôpitaux et hospices civils pendant le quatrième trimestre de l'année 1881 a été supérieure à la mortalité de la même période calculée pour les neuf années qui précèdent, dans des proportions qui dépassent l'augment normal dû à l'accroissement de la population. Pour l'année entière, la mortalité générale dans les hôpitaux a été de 15,474 décès, chiffre inférieur au total de l'année 1880, mais notablement supérieur à la moyenne décennale.

Nous empruntons seulement au rapport de M. Besnier quelques documents relatifs à la diphthérie.

La diphthérie, qui avait subi en été sa décroissance normale, a repris son mouvement ascensionnel, ayant invariablement pour foyer principal le onzième arrondissement. Le chiffre des décès diphthéritiques, qui était de 462 pour le dernier trimestre de l'année 1880, s'est élevé à 605 pour le trimestre correspondant de 1881. Les progrès de l'hygiène publique sont aussi impuissants à arrêter la marche envahissante de la diphthérie que les progrès de l'art médical à sauver ceux qu'elle a atteints. Sa mortalité, sans cesse croissante depuis vingt ans, a pris depuis dix ans une allure rapide qui l'a doublée et qui la met en permanence au premier degré de l'échelle comparée des maladies régnantes. Durant ces dix dernières années, la fièvre typhoïde n'a causé à Paris que 13,004 décès, les fièvres éruptives que 14,100. Or la diphthérie à elle seule en a produit 16,629. Se rend-on bien compte dans le monde administratif et parmi les médecins de cet effroyable tribut? Apporte-t-on, médicalement et administrativement, à cette situation, toute l'attention qu'elle comporte? Nous ne le croyons pas, dit M. le rapporteur, et c'est en vain que depuis tant d'années nous n'avons cessé de signaler le mal et ses progrès incessants.

Dans le service de M. Archambault, pendant ce dernier trimestre, 54 cas de diphthérie sur lesquels on compte 34 décès. Il a fait usage de la pilocarpine. Non-seulement, selon lui, cet agent n'est d'aucune utilité, mais il est nuisible et doit être rejeté de la thérapeutique dans le cas actuel.

Le mouvement de la diphthérie dans les hôpitaux de Paris pour l'année 1881 a été de 1,255 malades ayant fourni 829 décès, soit 66 pour 100.

M. **DUJARDIN-BEAUMETZ** a aussi expérimenté l'emploi de la pilocarpine dans le traitement de la diphthérie. Il n'en a pas obtenu de bons résultats. Il fait observer que la présence constante de la diphthérie à l'hôpital Sainte-Eugénie semble entretenir une véritable épidémie de diphthéries dans les quartiers voisins de cet hôpital.

M. **BESNIER**. Il est évident que le voisinage d'un hôpital d'enfants où se trouvent constamment des diphthéries est très-dangereux pour le quartier. Il est très-regrettable aussi de constater le grand nombre d'enfants atteints d'affections légères qui contractent la diphthérie à l'hôpital où, comme l'a dit un de nos confrères des hôpitaux d'enfants, ils semblent venir plutôt pour mourir que pour guérir. Jusqu'ici il n'y a pas de remède à cet état de choses, la suppression de ces hôpitaux n'étant pas possible. Mais il y a des précautions à prendre; il faudrait, par exemple, écarter de ces hôpitaux tous les enfants atteints d'affections chroniques, les teigneux, etc. C'est véritablement une anomalie effrayante que de voir ces enfants encombrer les hôpitaux de Paris. Les nombreuses protestations que nous avons faites à ce sujet sont jusqu'ici restées inutiles, et cependant c'est là une situation lamentable pour l'hôpital lui-même aussi bien que pour le quartier.

M. **DAMASCHINO** a expérimenté la pilocarpine dans son service de crèches. Des deux malades atteints de diphthérie, qui ont été traités par cette médication, l'un a guéri, l'autre est mort.

M. **DESNOS** a eu recours deux fois aux injections de pilocarpine dans le traitement de la diphthérie. Dans le premier cas, le malade a guéri, dans le second il a succombé, bien que les phénomènes de salivation se soient produits. Le premier malade était légèrement atteint.

M. **ZUBER**, à l'occasion des faits d'épidémiologie relatés dans le rapport de M. Besnier, communique les faits suivants observés dans l'armée, c'est-à-dire dans un milieu unique, présentant les meilleures conditions pour des statistiques : de 1873 à 1878, il y a eu dans l'armée française 2,000 cas de variole sur lesquels on compte 200 décès; dans le même espace de temps, il n'y a eu dans l'armée allemande, qui compte 300,000 hommes, que 85 cas de variole, dont pas un seul décès. Si la variole est si peu fréquente dans l'armée allemande, cela tient aux précautions excessives que l'on prend au point de vue des vaccinations et des revaccinations.

M. **BESNIER**. Les documents qui nous sont fournis par M. Zuber sont fort intéressants et insuffisamment connus. Les précautions prises dans nos hôpitaux civils sont encore insuffisantes, soit par le fait d'un désintéressement regrettable des chefs de service, soit par le fait de l'insuffisance des mesures d'isolement, isolement à la craie, aurait dit Lorain, soit enfin par le fait d'un grand nombre de malades qui se soustraient, par supercherie, aux vaccinations; de là la persistance des cas intérieurs de variole qui continuent à entretenir des foyers partiels d'épidémies.

M. **DUJARDIN-BEAUMETZ** appelle l'attention sur la déplorable situation des crèches des hôpitaux qui se trouvent dans les conditions hygiéniques les plus mauvaises.

M. **BLACHEZ** appuie l'opinion de M. Beaumetz et signale particulièrement les défectuosités du service du lait, la façon déplorable dont se fait le blanchissage des enfants, le défaut absolu de surveillance des mères.

M. **GÉRIN ROZE**. Le service des crèches de l'hôpital Tenon passe pour un service modèle; il est, en effet, très-bien tenu, et l'objet de la surveillance parfaite d'une sœur qui y est spécialement attachée. Malgré cela, il faut tenir compte du mauvais vouloir de certaines mères et des difficultés de l'élevage au biberon. Il en est de ces mères qui se réjouissent de la mort de leur enfant; il en est d'autres qui, malgré la surveillance, donnent à leurs enfants toutes sortes d'aliments. M. Gérin Roze a fait récemment l'autopsie d'un enfant dans l'estomac duquel il a trouvé des tranches d'orange non mâchées et une tablette de chocolat.

M. **GRANCHER**. A Necker, la sœur chargée de la surveillance du service de la crèche est la même qui a la surveillance du service de chirurgie. Le service de la crèche est donc forcément mal surveillé.

M. **MOUTARD-MARTIN**. L'administration fait ce qu'elle peut pour améliorer la situation des services de crèches, mais il n'est pas possible de surveiller des mères qui ne veulent pas soigner leurs enfants. Le lait fourni aux crèches par l'administration est très-bon et ne laisse rien à désirer.

Tuberculose des paupières. — M. **GÉRIN ROZE** présente un malade atteint de granulations tuberculeuses de la paupière. C'est

un ancien fédéré qui a séjourné à Nouméa. Il en est revenu en 1880, dans un grand état de fatigue et de faiblesse. Il eut même une hémoptysie sur le bateau. A son entrée à l'hôpital, il présentait tous les symptômes généraux d'une tuberculose; il n'y avait cependant aucun signe local de cette affection. Bientôt il présenta les signes d'une laryngite tuberculeuse au début. Il eut une arthrite tuberculeuse du coude. Depuis un mois, il a l'œil rouge, de l'épiphora, une sensation de gravier. Il porte sur la paupière des ulcérations et des points jaunâtres. Il a donc une blépharite tuberculeuse. Depuis quelque temps on constate des craquements au sommet droit.

La séance est levée.

VARIÉTÉS (1)

I

Faculté de médecine de Nancy : année scolaire 1880-81.

Pendant l'année scolaire 1880-81, il a été pris 355 inscriptions à la Faculté de médecine de Nancy, dont 322 pour le doctorat et 33 pour l'officiat de santé. C'est une augmentation de 30 inscriptions sur l'année précédente.

Le nombre des étudiants a été de 147 ainsi répartis : en cours d'inscriptions, 89; en cours d'examens, 48; bénévoles, 10.

Les 89 élèves *en cours d'inscriptions* se divisent ainsi qu'il suit entre les quatre années d'études :

Première année,	32	(nouveau régime).
Deuxième année,	17	(nouveau régime).
Troisième année,	28	7 (ancien régime). 21 (nouveau régime).
Quatrième année,	12	10 (ancien régime). 2 (nouveau régime).
TOTAL...	89	

L'année précédente, on comptait 18 inscriptions en première année, 30 en deuxième, 25 en troisième, 13 en quatrième année. L'augmentation est sensible pour la première année. La diminution de la deuxième année correspond à l'époque où les deux diplômes ont été pour la première fois exigés pour la prise de la première inscription. Le volontariat et le passage à Paris pour les médecins militaires expliquent, en grande partie, la diminution du nombre des inscriptions pour la quatrième année.

La situation frontière de Nancy limite le recrutement à une demi-circonférence en France. L'Alsace-Lorraine continue à envoyer un nombre notable d'élèves; 28 élèves en cours d'inscriptions appartiennent à ces deux provinces; l'année précédente il y en avait 26. Les années antérieures, ce chiffre était de 47, 52 et 60.

Le département de Meurthe-et-Moselle fournit 24 élèves, les Vosges 15, la Meuse 6, la Haute-Saône 5, divers départements 11.

Neuf bourses ont été accordées en 1880-81 : une en deuxième année, six en troisième année, deux en quatrième année.

Le nombre des élèves militaires a été de 10; précédemment il était de 14 et 8. Au concours de septembre 1881, 10 élèves ont été admis : 4 élèves à huit inscriptions, dont l'un (M. Lebon) avec le n° 1; 3 à 12 inscriptions; 3 à 16 inscriptions, aussi avec le n° 1 de la série (M. Géhin).

Les engagés conditionnels d'un an ont été jusqu'à présent envoyés à Lille, Lyon ou Paris, qui reçoivent les étudiants de Nancy, sans pouvoir envoyer leurs engagés à Nancy, bien que Nancy possède un hôpital militaire. Cet hôpital militaire était desservi par des religieuses (Saint-Jean-de-Dieu); depuis le 1er janvier 1881, une compagnie d'infirmiers militaires fait le service. On espère que dorénavant les engagés de la sixième section (dont le siège est au camp de Châlons) pourront être affectés à l'hôpital de Nancy, ce qui compenserait la perte faite par la Faculté de Nancy. Des démarches ont été faites dans ce but auprès des autorités militaires. On demande aussi que les étudiants puissent terminer leurs études de doctorat avant d'être appelés au service militaire. Ils pourraient alors, étant reçus docteurs en médecine, rendre des services plus effectifs à l'État et être plus utilement formés à recruter un service de santé auxiliaire. Cette mesure a déjà été introduite avec avantage dans des pays voisins, en Allemagne et en Autriche.

Le nombre total des examens a été, pour les deux régimes, de 179. La proportion des ajournements a été de 1 sur 7, soit un ajournement sur 6 2/3 pour l'ancien régime et 1 sur 7 1/2 pour le nouveau. En première année, un ajournement sur 6. A l'examen d'anatomie, 3 sur 14 ancien régime, 3 sur 21 nouveau régime. A l'examen de physiologie, pas d'ajournement. A l'examen de pathologie, ancien régime, 1 ajournement sur 5. Au quatrième examen, 1 sur 6 1/2; pour la clinique, 1 sur 7, avec une proportion notable de notes *médiocre*, 10 sur 23. Dans le régime nouveau, au contraire, on trouve 20 notes *bien* et *très-bien*, sur 67 examens.

Pour l'officiat de santé, un ajournement et une admission (*assez bien*).

La Faculté a reçu 29 aspirantes au titre de sage-femme, dont 9 ont obtenu le diplôme de première classe.

19 thèses ont été soutenues; les années précédentes ce chiffre était 10, 18, 19 et 26. Elles ont conservé le niveau scientifique élevé qui a toujours été signalé pour cette épreuve.

La plupart de ces travaux sont accompagnés de planches ou de tracés graphiques. Les notes obtenues ont été *très-bien* 6 fois; *bien*, 9; *assez-bien*, 4; pas de note *médiocre*.

Ces thèses se partagent ainsi : 7 pour la médecine, 5 pour la chirurgie, 2 pour l'obstétricie, 2 pour la physiologie, 2 pour l'hygiène, 1 pour la médecine légale.

15 élèves se sont disputé les 4 prix de fin d'année, auxquels on a ajouté deux mentions en première année et une en seconde année.

L'enseignement dans les travaux pratiques est complètement organisé. Tous les laboratoires fonctionnent régulièrement. Un laboratoire de thérapeutique a été créé cette année.

L'amphithéâtre d'anatomie a reçu 363 cadavres, soit 19 de plus que l'année précédente. 137 n'ont pas été réclamés. La Morgue, nouvellement annexée à la Faculté, a fourni 27 cadavres et autopsies médico-légales.

Le mouvement dans les hôpitaux a été le suivant :
Saint-Charles (médecine), 1,332;
Saint-Léon (chirurgie), 574;
Maternité, 198, dont 177 accouchements.

Les 5 cliniques spéciales ont aussi reçu un grand nombre de malades et de consultants.

La bibliothèque compte 12,675 volumes, plus 2,000 doubles. On demande son agrandissement par le déplacement du musée, qui serait transféré dans la vaste rotonde qui avait été construite pour servir de salle de dissection.

— Le discours de rentrée des Facultés de Nancy devait être fait cette année par la Faculté de médecine. M. le professeur Michel en fut chargé, et le texte vient d'en être publié.

L'auteur étudie l'avenir des Facultés de médecine de province en général, et de Nancy en particulier.

L'avenir de ces Facultés, dit M. Michel, est tout entier dans une décentralisation sérieusement accomplie et dans une autonomie mieux comprise et sagement élargie. Il faut lutter contre la vaste absorption de Paris. La création des Facultés nouvelles n'a pas diminué et a même augmenté la centralisation des élèves vers Paris. Il faudrait supprimer hardiment toutes les écoles préparatoires, ou au moins leur enlever le droit exorbitant de valeur égale pour les huit premières inscriptions. Les Facultés anciennes et nouvelles sont plus que suffisantes désormais pour assurer l'instruction de tout le personnel médical actuel. Il vaut mieux consacrer les ressources à fortifier ces centres d'instruction médicale et renoncer aux sacrifices immenses qui seront nécessaires

(1) Rentrée solennelle des Facultés et de l'École supérieure de pharmacie de Nancy. Nancy, Berger-Levrault, 1881.

pour organiser ces Écoles préparatoires mal pourvues sous tous les rapports.

L'organisation actuelle de la médecine militaire augmente encore la centralisation à Paris. Cependant, pendant que l'École de médecine militaire a été établie à Strasbourg, c'est-à-dire pendant quatorze années, on peut dire que le recrutement du service de santé a été meilleur qu'à aucune autre époque, et a présenté des garanties bien supérieures à celles du système actuel. Au lieu de répartir les élèves du service de santé dans une douzaine de villes de province, il faudrait les envoyer seulement dans les Facultés de province, et non à Paris où il y a déjà pléthore.

Si l'on n'a pas en province la décentralisation, on a encore moins l'autonomie. Sans doute on a augmenté les budgets des Facultés, et on leur a laissé l'administration plus large de leurs crédits et la réglementation des menus détails d'économie intérieure; on a augmenté le personnel même dans des limites disproportionnées avec le nombre total des élèves. Mais, dans les questions supérieures, l'autonomie a plutôt reculé qu'avancé.

La nomination des professeurs a été de tout temps une des prérogatives les plus enviées des Facultés de médecine. Or les Facultés de province, en France, ne sont même pas aussi libres que celles d'Allemagne, d'Angleterre, voire même d'Espagne et de Russie.

Partout les Facultés étrangères jouent sans partage le rôle principal dans la nomination de leurs membres. En France, elles se sont réduites au rôle modeste de comité consultatif.

Partisan convaincu de sa nécessité pour le développement de ces Facultés, M. Michel n'hésite pas à réclamer le concours pour le professorat. On acclame le concours pour l'agrégation, pourquoi le dédaigne-t-on pour le professorat? A propos du concours de l'agrégation, et toujours au point de vue de cette autonomie, l'auteur repousse de toutes ses forces ce siège exclusif, qui se nomme toujours Paris, et cette composition du jury dont la majorité est invariablement prise dans la capitale.

Qu'on laisse enfin aux Facultés le droit de faire, comme en Allemagne, les propositions au choix et à l'ancienneté, parodiant ainsi un vieux proverbe qu'il y a plus de jugement juste dans la tête de tous que dans la tête d'un seul.

II

École supérieure de pharmacie de Nancy : année scolaire 1880-81.

L'École supérieure de pharmacie de Nancy a reçu, pendant l'année scolaire 1880-81, un nombre total de 78 élèves, dont 41 en cours d'inscriptions, 35 en cours d'examens et 2 auditeurs bénévoles.

Des 41 étudiants en cours d'inscriptions, 19 sont de première classe, 20 de deuxième classe (nouveau régime), 2 de deuxième classe (ancien régime).

Sur 34 examens semestriels et de fin d'année, on compte 20 pour la première classe, dont 4 ajournements, et 14 pour la deuxième classe, avec 3 ajournements.

Il y a eu 45 examens définitifs de première classe, 26 de deuxième classe (nouveau régime), 17 de deuxième classe (ancien régime).

Il n'y a pas eu d'ajournement prononcé pour la première classe, c'est un fait sans précédent à l'École. Pour la deuxième classe, la proportion est de 11,5 p. 100 (nouveau régime) et 30 p. 100 (ancien régime).

L'École a délivré, en 1880-81, vingt-huit diplômes : 18 de première classe, 9 de deuxième, 1 d'herboriste de première classe.

Il n'y a pas eu de candidat au diplôme supérieur; il y a peu d'espoir que ce grade soit beaucoup recherché, dit le directeur de l'École, avant qu'il soit transformé en celui de docteur en pharmacie.

Cinq bourses ont été obtenues par l'École de Nancy sur les douze accordées par le ministre à toutes les Écoles de pharmacie.

M. Jacquemin termine son rapport en traitant une question déjà signalée par M. Michel dans son discours. Il s'agit du traitement des professeurs et de la décision ministérielle qui fixe le traitement des suppléants à 5,500 francs, de sorte qu'un professeur de quatrième classe, à 6,000 francs, sera réduit à 500 francs de traitement le jour où la maladie l'obligera à abandonner sa chaire.

Il y a lieu d'exprimer à M. le ministre le vœu qu'il veuille bien, par décret, fixer le chiffre de l'indemnité à laquelle pourrait prétendre un professeur réduit par la maladie à une pareille situation.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le personnel médical de l'hospice des Enfants-Assistés vient d'être encore une fois cruellement éprouvé. Nouvelle victime du devoir professionnel, M. le docteur Auguste Cossy, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris, chef de clinique de M. le professeur Parrot, a succombé vendredi dernier à l'âge de trente-trois ans, emporté en quarante-huit heures par une angine diphthéritique contractée dans les salles. Ses obsèques ont lieu à Lausanne, où le corps de notre regretté confrère a été transporté hier soir.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. le docteur Raphaël Dubois est nommé préparateur, en remplacement de M. Laffont.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Siven est nommé préparateur de chimie organique à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, en remplacement de M. Godron, démissionnaire.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Bimar, agrégé, est chargé, en outre, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1881-82, des fonctions de chef des travaux de physiologie, en remplacement de M. Lannegrâce, appelé à d'autres fonctions.

M. Chalot, agrégé, est nommé, en outre, pour six ans, chef des travaux anatomiques, en remplacement de M. Bimar, dont le temps d'exercice est expiré.

— *Faculté des sciences de Bordeaux.* — M. Forquignon (Jean-Baptiste), docteur ès sciences, est nommé, du 1er février au 31 octobre 1882, maître de conférences de physique, en remplacement de M. Sabatier, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté des sciences de Lyon.* — M. Mosnat, licencié ès sciences, est chargé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1881-82, des fonctions de chef des travaux de physique.

— *École de médecine de Reims.* — MM. Doyen et Thomas, sont nommés professeurs honoraires.

— *École de médecine de Rouen.* — M. le docteur Dumenil, est nommé professeur de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Flaubert, décédé.

— *École de pharmacie de Paris.* — M. Brongniart est nommé préparateur de zoologie et matière médicale (emploi nouveau).

M. Virion, licencié ès sciences physiques, est nommé préparateur de chimie organique (emploi nouveau).

— *École de pharmacie de Nancy.* — M. Godfrin, maître de conférences à l'École des sciences d'Alger, est chargé du cours de matière médicale à l'École supérieure de pharmacie de Nancy, en remplacement de M. Oberlin, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

— *École des sciences d'Alger.* — M. Roux est nommé, pour l'année classique 1881-1882, maître de conférences de botanique, en remplacement de M. Godfrin, appelé à d'autres fonctions.

— Un concours *sur titres* est ouvert pour la nomination de quatre élèves externes à la clinique ophthalmologique de l'hospice national des Quinze-Vingts. Les candidats sont priés de s'inscrire dès maintenant, tous les jours non fériés, de dix heures du matin à quatre heures du soir, au secrétariat de l'hospice, rue de Charenton, 28, à Paris, où il leur sera fourni tous les renseignements nécessaires.

Le registre d'inscription restera ouvert jusqu'au mercredi 15 février 1882 inclusivement.

— Une session d'examen pour l'admission des aspirantes élèves sages-femmes à la Clinique d'accouchements de la Faculté de médecine de Paris s'ouvrira, à la Faculté, le mercredi 1er mars 1882, à neuf heures très-précises du matin. Les inscriptions seront reçues au secrétariat de l'École dès ce jour et jusqu'au samedi 25 février inclusivement.

— Nous apprenons la mort de M. le docteur Joaquin Bores, professeur à la Faculté de médecine de Barcelone.

— *Épidémies.* — Le Conseil sanitaire de Marseille vient de décider que les quarantaines seraient levées pour les navires venant de la mer Rouge, de l'Inde anglaise, de l'Indo-Chine et des Indes néerlandaises. La quarantaine reste maintenue seulement pour les navires en provenance de Bombay.

Cette mesure a été prise à la suite de la levée des quarantaines dans les ports d'Italie.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 12381.

N° 20. — JEUDI 16 FÉVRIER 1882. 55e ANNÉE. JEUDI 16 FÉVRIER 1882. — N° 20.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8** fr. **50.** — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Mesnet a été élu membre associé libre au troisième tour de scrutin.

Les accidents que l'on observe durant l'anesthésie chloroformique sont-ils dus surtout à l'impureté du produit, ainsi que l'a prétendu M. Maurice Perrin? ou sont-ils principalement causés par un mauvais mode d'administration de cette substance, comme M. Gosselin tend plutôt à le croire? ou sont-ils plus souvent encore le résultat de certaines idiosyncrasies, de dispositions individuelles qu'on ne peut pas toujours prévoir, comme le pense M. Regnault?

On comprend que cette question revienne souvent sur le tapis et qu'elle soit chaudement discutée; car, suivant la manière dont elle sera résolue, elle pourra mettre en jeu la responsabilité professionnelle des opérateurs ou des pharmaciens.

M. Regnault est venu la compliquer encore en démontrant que le réactif au moyen duquel on croyait pouvoir s'assurer de la pureté du chloroforme dont on se servait était extrêmement infidèle et devait être abandonné.

A la Société de médecine légale, la discussion se continue sur le rapport de M. Chaudé, que nous avons publié dans notre numéro de samedi dernier, et qui a également trait aux intérêts professionnels. On a surtout fait remarquer que les médecins ne tiennent pas d'officine proprement dite, ne sont pas marchands de remèdes, n'en délivrent qu'à leurs malades pour exécuter leurs ordonnances, et peuvent réduire autant qu'ils le veulent leur arsenal pharmaceutique.

Le rapporteur, M. Chaudé, président de la Société, doit, dans la séance prochaine, résumer les débats, et nous ferons connaître le résultat du vote.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Hardy.

Néphrite parenchymateuse albumineuse aiguë.

Le malade qui a succombé il y a trois jours, et dont je vais vous parler aujourd'hui, était couché d'abord au lit n° 10, puis au n° 20 de la salle Saint-Charles. C'était un cantonnier un peu lymphatique, mais ordinairement bien portant. Il avait eu dans son enfance quelques manifestations scrofuleuses caractérisées par des ganglions de la région cervicale.

A la suite d'un refroidissement, il a été pris de douleurs de reins, d'une courbature générale, puis de troubles de la vue, de vomissements, d'accidents fébriles, enfin d'hématuries et d'œdème des extrémités inférieures avec bouffissure de la face. C'est alors qu'il est entré à la Charité.

Dès le lendemain matin de son arrivée ici, nous avons constaté tout d'abord un gonflement des paupières et des membres inférieurs, un état de malaise général, de la fièvre, des nausées fréquentes, et de temps à autre des vomissements. Les urines ne paraissaient pas considérablement altérées, elles étaient seulement un peu plus foncées, un peu mousseuses, elles ne contenaient pas de sang, mais une grande quantité d'albumine, 8 grammes environ par litre d'urine. De plus, si l'on examinait au microscope une goutte de cette urine, on y découvrait de petits cylindres apparaissant sous la forme de tubes droits opaques, avec quelques points granulo-graisseux.

Lorsque l'on examine au microscope l'urine d'un individu atteint de néphrite albumineuse, on peut trouver trois choses : 1° des globules du sang sous forme de disques un peu déprimés, sans noyau, et placés comme une pile d'écus qui ne serait pas tout-à-fait droite ; 2° des leucocytes, des granulations graisseuses et des plaques épithéliales assez larges, provenant non pas du rein, mais bien de la vessie ou des uretères ; 3° des cylindres de plusieurs sortes provenant de la desquamation de la membrane interne des canaux du rein et qui en se détachant sont entraînés par l'urine. Ces cylindres sont droits, rarement contournés, bien que ce soient surtout les tubuli contorti qui sont atteints, mais ceux-ci sont plus petits, le chemin qu'ils ont à parcourir pour être entraînés est plus considérable, enfin parce qu'il existe un rétrécissement entre les tubuli contorti et les tubes droits ou de Bellini, de là une évacuation plus difficile des cylindres contournés.

Les cylindres sont de trois sortes : fibrineux, épithéliaux et hyalins.

Les cylindres fibrineux sont pleins, non transparents ; ils contiennent de la fibrine du sang et se rencontrent seulement dans les cas d'hémorrhagie de quelques vaisseaux du rein. Leur étude est accessoire parce que la coloration des urines et la présence de globules sanguins sous le microscope indiquent suffisamment une hématurie. Elle n'a seulement quelque valeur que lorsqu'il s'agit de savoir si ce sang vient du rein ou de la vessie. Dans ce dernier fait on ne trouve pas de tubes fibrineux.

Les cylindres épithéliaux sont beaucoup plus importants à reconnaître. Ils sont droits, un peu opaques avec quelques points granulo-graisseux, ils sont le résultat de la desquamation des tubes de Bellini. On les retrouve dès la première période de la néphrite albumineuse aiguë. Nous avons constaté leur présence dans les urines de notre malade.

Quant aux cylindres hyalins, ils sont translucides, très-minces, crénelés et même crevassés. Ils sont formés par un épithélium naissant qui se détache avant d'avoir atteint son complet développement. Aussi ne les rencontre-t-on qu'à une période avancée de la maladie, alors qu'il existe déjà un commencement de dégénérescence graisseuse du rein.

On a aussi parlé il y a quelque temps d'une quatrième variété de cylindres, que l'on reconnaissait à la couleur rouge qu'ils revêtaient sous l'action de la teinture d'iode, et qui caractérisaient, disait-on, la dégénérescence amyloïde du rein. Mais cette opinion est absolument rejetée aujourd'hui.

On admet donc aujourd'hui seulement trois sortes de cylindres : 1° fibrineux, correspondant à la première période de la néphrite parenchymateuse albumineuse aiguë ; 2° épithélium appartenant à la période d'état de la maladie, et 3° hyalins caractérisant une période avancée.

Mais certains observateurs ont prétendu que ces cylindres se rencontraient dans l'urine de gens sains, en dehors de toute néphrite. Cette opinion est aussi exagérée. J'admets volontiers qu'on puisse les rencontrer dans l'urine de sujets bien portants, à la suite de quelque exercice violent, d'une marche longue, par le fait d'un certain degré de congestion rénale, car l'on peut suer par les reins comme l'on sue par la peau. Néanmoins ces cylindres existent dans la néphrite parenchymateuse et permettent de distinguer cette maladie de la néphrite interstitielle où les tubes ne sont nullement atteints. C'est donc là un signe précieux de diagnostic.

Chez notre malade nous avons donc trouvé des cylindres épithéliaux, et de plus l'urine, à peu près normale comme quantité (un litre à un litre et demi par jour), nous a présenté une dose d'albumine qui a varié à différentes époques. Ainsi, à l'entrée, 8g,90 par litre, un peu plus tard, 5g,89 seulement, alors qu'une amélioration notable était survenue qui nous avait presque donné l'espoir d'une guérison, puis, la maladie ayant fait des progrès, 12g,78, enfin, dans les derniers jours, 15g,75, chiffre considérable. La proportion de l'urée dans les urines, relativement à l'albumine, a subi un mouvement absolument contraire, c'est ainsi que la quantité de l'albumine étant :

De 8 grammes, celle de l'urée était de 16 grammes.
5 — — 18 —
12 — — 14 —
15 — — 8 —

En outre des phénomènes d'anasarque et d'albumine, notre malade vomissait tous les jours, surtout dans les derniers temps, vomissements alimentaires s'il avait mangé, vomissements bilieux ou muqueux si l'estomac était vide, vomissements fréquents du reste dans la néphrite parenchymateuse qui indiquent un empoisonnement de l'économie par le carbonate d'ammoniaque. M. Robin, le chef des travaux chimiques de notre laboratoire, en a trouvé 0g,65 par litre de matières vomies.

Cet homme est allé ainsi en s'affaiblissant rapidement, malgré la médication que nous avons employée ; l'œdème a fait des progrès et s'est généralisé. Les séreuses à leur tour ont été le siège d'hydropisies ; ainsi nous avons constaté de l'hydrothorax des deux côtés de la poitrine, occupant le tiers inférieur de l'ascite dans la cavité abdominale, etc. Enfin cet homme est mort tout à coup, plus vite encore que nous ne le supposions, comme s'il était survenu quelque embolie.

Le traitement que nous employons ordinairement dans la néphrite parenchymateuse albumineuse aiguë, c'est tout d'abord le régime lacté, qui suffit souvent, à lui seul, à guérir cette affection. Notre malade s'en étant dégoûté, nous avons été forcé de supprimer ce régime, d'autant plus qu'il vomissait constamment. Nous lui avons donné ensuite des pilules de 5 centigrammes d'acide gallique, dont la dose peut varier de 50 et 60 centigrammes à 1 gramme par jour. Mais ce médicament n'a rien produit. L'acide gallique peut être remplacé par l'acide tannique, qui donne généralement de bons résultats aux doses de 40 à 50 centigrammes, et jusqu'à 1 gramme également par jour en pilules. Nous avons employé aussi sans succès contre les vomissements le bicarbonate de soude, la glace et l'eau de Seltz.

Enfin, comme la dérivation sur la peau est généralement un bon moyen, et que l'on redoute les vésications à cause de la cantharide, nous avons prescrit deux fois des applications de ventouses scarifiées, et à plusieurs reprises des ventouses sèches. Béhier a préconisé autrefois l'application de cautères sur la région lombaire, et, prêchant d'exemple, il en a éprouvé d'excellents effets et s'est guéri ainsi d'une néphrite parenchymateuse. Nous avons appliqué aussi chez notre malade quelques pointes de feu sur les reins ; c'est là un moyen ordinairement puissant comme révulsif et en réalité peu douloureux et qui ne détermine aucune suppuration.

Néanmoins, malgré tous nos efforts, la maladie a fait de tels progrès que cet homme a succombé.

Le malade était bien évidemment atteint d'une néphrite parenchymateuse albumineuse aiguë parvenue à la seconde période, c'est-à-dire caractérisée par une congestion intense et un commencement de dégénérescence épithéliale. La lésion n'est pas encore très-avancée à cause du peu de durée de la maladie. Les reins sont volumineux et pèsent, l'un 265 grammes, l'autre 275, tandis que le poids normal varie entre 150 et 170 grammes.

La plèvre, le péricarde et le péritoine renferment une certaine quantité de liquide de couleur jaune verdâtre comme lorsque l'épanchement a déjà eu une certaine durée. Les poumons sont atélectasiés ; le cœur, de couleur feuille morte, est en voie de dégénérescence graisseuse, ainsi que le foie.

TRAITEMENT DE L'OPHTHALMIE PURULENTE

DES NOUVEAU-NÉS,

Par M. Bailly, agrégé libre.

Dans un excellent travail, publié d'abord dans la *Revue d'hygiène*, reproduit dans les *Annales de gynécologie*, M. le docteur Galezowski préconise surtout contre l'ophthalmie purulente des nouveau-nés le badigeonnage des paupières avec un pinceau chargé d'une solution d'azotate d'argent au quarantième. Je n'ai pas à m'élever contre cette pratique, qui est bonne et depuis longtemps en usage à la clinique d'accouchements de la Faculté ; elle conduira sûrement au succès si on l'applique avec les soins qu'elle exige et dont je n'ai pas à m'occuper ici.

Il est toutefois un autre mode de cautérisation des paupières encore plus efficace que les solutions fortes de nitrate d'argent, et je m'étonne qu'un spécialiste du talent et de l'expérience de M. Galezowski n'en ait rien dit dans le travail que j'ai rappelé ; il le connaît cependant et l'emploie à coup sûr, c'est l'attouchement des surfaces malades avec un crayon de nitrate d'argent, mitigé par l'addition d'une proportion variable de nitrate de potasse. Conseillé d'abord par Græfe, si je ne me trompe, ce traitement, usité depuis quelques années chez les adultes, est tout aussi applicable aux nouveau-nés : c'est celui que j'ai adopté d'une manière presque exclusive depuis six années, avec un succès qui me confirme de plus en plus dans la confiance qu'il m'a inspirée dès le début. Ses avantages sur les badigeonnages des paupières et, plus encore, sur les instillations de collyres sont multiples ; je les résume de la manière suivante :

1° On agit seulement sur la face muqueuse de la paupière et non pas sur toute la face antérieure du globe oculaire, comme le font les collyres et les badigeonnages eux-mêmes, si le pinceau est trop chargé de la solution cathérétique. Aussi le traitement est-il beaucoup moins douloureux, l'action du caustique se trouvant limitée à des surfaces muqueuses peu sensibles, et la cornée, qui l'est beaucoup plus, échappant à cette action quand on a soin de précipiter l'excès d'azotate d'argent au moyen d'une solution de sel marin. En effet, tandis qu'après un badigeonnage ou une instillation de collyre, les enfants crient et refusent le sein pendant une demi-heure et plus, les petits malades se calment et tettent au bout de cinq à dix minutes quand on emploie le crayon mitigé, suivi de la solution chlorurée sodique ;

2° Cette méthode est beaucoup plus expéditive que toutes les autres, une seule application du crayon mitigé suffisant dans la plupart des cas pour amener la guérison, tandis que le badigeonnage doit être renouvelé matin et soir pendant plusieurs jours : M. Galezowski le recommande expressément, et avec raison.

Ainsi donc, en résumé, diminution des souffrances, promptitude d'action, efficacité remarquable, tels sont les avantages qui établissent la supériorité du crayon mitigé sur les autres traitements de l'ophthalmie purulente des nouveau-nés et le recommandent d'une façon toute particulière au choix des praticiens.

Quelques mots maintenant sur le crayon mitigé, sur ses indications, son emploi, et sur les soins consécutifs à donner aux malades.

Du crayon mitigé. — On en fait de différentes forces, mais celui qui me paraît convenir le mieux aux accoucheurs et qui répond bien aux besoins de leur pratique est le crayon *au tiers*, c'est-à-dire celui qui renferme, en poids, un tiers seulement d'azotate d'argent et, par conséquent, deux tiers de nitrate de potasse. On en trouve de tout préparés dans quelques pharmacies de Paris, mais je ne conseillerai à personne d'acheter de ces crayons faits d'avance à cause des erreurs possibles relativement à leur force réelle. Il convient donc de rejeter ces crayons faits d'avance et, quand on en a besoin, de les faire préparer par un pharmacien soigneux d'après la formule suivante :

Azotate d'argent.	1 partie.
Azotate de potasse.	2 parties.

Fondez et coulez.

Indications. — Si efficace et si simple que soit la méthode dont il est ici question, je suis pourtant d'avis qu'elle ne doit s'appliquer qu'aux cas assez sérieux pour exiger un traitement actif et que bon nombre d'ophthalmies des jeunes enfants peuvent guérir sans cela. Des lavages fréquents de l'œil, opérés avec de l'eau tiède ou avec une infusion théiforme de mélilot, de sureau, etc., suffisent, en effet, pour faire disparaître des ophthalmies légères, et c'est seulement lorsque ces moyens simples auront échoué et dans les cas où l'inflammation palpébrale se montre sérieuse d'emblée qu'on doit recourir aux cautérisations. Je m'éloigne donc un peu, sur ce point, de M. Galezowski, qui veut que l'on traite de suite avec une certaine énergie les ophthalmies même légères, par cette considération que ces dernières ne sont souvent que le début d'ophthalmies destinées à devenir plus graves et dangereuses. Le précepte donné par notre confrère ne se comprend que pour des enfants qui se trouvent soustraits à toute surveillance ultérieure après qu'un médecin a constaté le début de la maladie ; il n'est pas applicable aux nouveau-nés suivis de près et visités chaque jour ; dans ce dernier cas, un praticien attentif pourra toujours obvier en temps utile aux progrès du mal.

Mode d'emploi du crayon mitigé. — Ce crayon, ayant la forme et le volume du crayon de nitrate d'argent ordinaire, se fixe aussi sur un porte-pierre de trousse. Je l'ai dit précédemment, celui qui renferme un tiers de sel d'argent convient à tous les cas chez les nouveau-nés et quelle que soit l'intensité de l'ophthalmie. Cependant, si la maladie est modérée, on touchera la muqueuse palpébrale plus légèrement que si l'inflammation est grave. Le praticien couche le petit malade en travers sur ses genoux, après lui avoir entouré le cou d'une serviette ou d'un mouchoir, pour éviter de mouiller ses vêtements d'eau salée. Cette solution salée est faite à peu près à saturation, dans un verre qu'un aide tient à votre portée. Renversant la paupière inférieure avec le pouce ou l'index de la main gauche pendant qu'un second aide relève la paupière supérieure, vous mettez à nu la surface muqueuse enflammée et la touchez dans toute son étendue, après quoi, déposant le porte-pierre, vous versez rapidement sur la surface cautérisée une cuillerée à café de la solution salée, puis vous abandonnez la paupière. L'enfant crie et s'agite un instant, mais se calme beaucoup plus vite qu'après un badigeonnage ou l'instillation d'un collyre fort. En effet, le sel marin, en précipitant instantanément l'azotate d'argent, arrête de suite l'action du crayon et prévient ces effets douloureux et prolongés de la diffusion du caustique, qui sont presque inévitables avec les solutions du sel d'argent.

Effets de la cautérisation au crayon et soins consécutifs. — Le premier effet d'une cautérisation pratiquée avec le crayon mitigé, comme, du reste, celui d'un badigeonnage ou d'un collyre fort, est d'accroître momentanément la rougeur et les sécrétions oculaires ; mais cet effet dure peu, il s'atténue au bout de quelques heures, et, dès le lendemain, l'œil est beaucoup moins humide qu'avant la cautérisation. Le boursouflement de la muqueuse palpébrale tombe aussi très-rapidement. Les bons effets du traitement ne tardent donc pas à se faire sentir, et, dans la très-grande majorité des cas, cette amélioration se poursuit jusqu'à cessation complète de l'injection et des sécrétions conjonctivales. Une seule cautérisation aura suffi pour amener la guérison.

Des lavages fréquents, des instillations faites à l'intérieur des paupières avec de l'eau tiède ou avec l'une des infusions indiquées plus haut, pour enlever les produits de sécrétion morbides à mesure qu'ils se forment et empêcher leur action virulente, qui ne peut qu'entretenir et accroître le mal : tels sont les seuls soins consécutifs que réclame le traitement. On réitère les lavages toutes les heures, dans les cas graves, toutes les deux ou trois heures dans ceux d'une intensité moyenne, pour ne pas troubler inutilement le sommeil de l'enfant. On ne les cesse que lorsqu'on voit la sécrétion muco-purulente se tarir ; c'est, en général, l'affaire d'une semaine dans les cas d'intensité moyenne. Exceptionnellement, l'ophthalmie exige deux ou plusieurs attouchements au crayon. Après une amélioration évidente de quelques jours, on voit reparaître la rougeur et l'hu-

midité des paupières, ou bien on constate une persistance opiniâtre dans la production d'une petite quantité de muco-pus, qui se concrète pendant le sommeil et a pour effet d'accoler les paupières; c'est que, dans ces cas, on a omis de renverser convenablement la paupière et de cautériser le sillon oculo-palpébral, d'où le mal a rayonné ensuite, comme d'un foyer, sur le reste de la muqueuse, de manière à reproduire la maladie. Une seconde cautérisation devient alors nécessaire, et on doit l'effectuer sans retard, car il importe avant tout de ne pas laisser la maladie passer à l'état chronique et devenir dès lors d'une cure beaucoup plus longue et plus difficile.

SUR UN SYMPTOME DU DÉBUT DE LA GROSSESSE.

Par M. le docteur Delattre.

On ne me paraît pas avoir suffisamment insisté sur la signification d'un phénomène de début de la grossesse; je veux parler de la disparition presque complète des phosphates des urines. Si l'on recherche ce que deviennent ces phosphates ainsi retenus, on découvre que, n'étant qu'en très-faible partie utilisés pour le développement du fœtus, aux premiers temps de la grossesse, ils se condensent presque en totalité dans les os dont ils augmentent le poids ou à leur surface, pour former les ostéophytes, considérés à tort pendant longtemps comme résultant d'une erreur de nutrition.

Dans les derniers mois, le fœtus se développant avec intensité, ces réserves sont attaquées; les os tendent à reprendre leur poids primitif et les ostéophytes à diminuer graduellement, pour disparaître, après les premiers mois de l'allaitement, pendant lesquels ils ont contribué à maintenir à son chiffre normal la proportion des phosphates du lait.

Voici ce qui se passe lorsque la femme est forte et bien nourrie. Dans le cas contraire, et c'est ce qui se présente tous les jours dans les villes et les grands centres industriels, la mère, loin de former ces réserves, emprunte à sa propre substance les éléments de nutrition du fœtus. Elle s'épuise et donne le jour à un être chétif, que son lait trop pauvre ne pourra soutenir.

Si l'on rend à l'organisme les phosphates qui lui manquent, on voit la femme enceinte reprendre ses forces, et le nouveau-né vient à la vie dans les conditions normales de santé et de résistance. Ceci n'est plus de la théorie, et une pratique déjà longue me permet d'affirmer que le succès suit, neuf fois sur dix, l'administration bien entendue du phosphate de chaux.

Entre autres faits probants, je puis citer l'exemple d'une famille de quatre enfants, dont les premiers, d'une santé moyenne, présentent les attributs du lymphatisme, avec défaut d'énergie physique et morale, pâleur et mollesse des chairs, etc., tandis que les deux derniers, venus longtemps après et alors que la mère était affaiblie par les chagrins et l'action d'une maladie nerveuse, sont cependant vigoureux, tapageurs, et présentent nne très-belle carnation.

J'attribue cette différence à l'administration, pendant les deux dernières grossesses, du phosphate de chaux, sous la forme que je considère comme la plus physiologique, c'est-à-dire à l'état de sirop et de vin Dusart.

Cette observation est d'autant plus concluante que le résultat de l'action du phosphate de chaux s'est trouvé constaté par ce qui s'était passé lors des premières grossesses.

J'ai remarqué, en outre, dans plusieurs cas, une diminution rapide des vomissements chez les femmes auxquelles je prescrivais le sirop ou le vin de Dusart, et presque toujours l'éruption des dents du nouveau-né se faisait toujours plus tôt et amenait moins de troubles.

Ainsi, dans la famille d'un confrère, j'ai vu paraître la première dent, chez les deux premiers enfants, à onze mois. Pendant la troisième grossesse, la mère prit le phosphate de chaux, et l'enfant présenta, sans aucun trouble de santé, ses deux premières dents à quatre mois et quelques jours.

Ici encore, j'ai pu faire, tout à l'avantage du phosphate de chaux, la comparaison entre les enfants qui provenaient d'une grossesse abandonnée aux seuls secours de la nature et ceux dont le développement intra-utérin avait été favorisé par l'administration de l'élément qui préside aussi bien à la formation du muscle qu'à celle du système osseux.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Pilules d'aloès. — M. le docteur Audhoui, considérant les compositions aloétiques les plus usitées comme généralement mal conçues et de nature trop irritante, recommande la préparation suivante qu'il emploie communément:

Poudre d'aloès.	2	grammes.
Poudre de crème de tartre. . . .	2	—
Savon amygdalin.	4	—
Poudre de gomme arabique. . .	2	—
Sirop de sucre.	5	gouttes.

Mêlez avec soin les poudres et le savon, ajoutez le sucre, faites une masse et divisez-la en cent pilules.

M. Audhoui donne une, deux ou plusieurs de ces pilules soit en une fois, soit en deux ou trois prises, aux repas, suivant le degré de sensibilité des organes digestifs. (*Le Médecin praticien.*)

Nouvelle méthode d'épilation dans le favus. — Le procédé que fait connaître le docteur Duncan Bulkley consiste à substituer à l'épilation par la pince l'épilation par un agglutinatif comme dans le vieux procédé de la calotte. Après divers essais, l'auteur s'est arrêté à la pâte agglutinative suivante:

Cire jaune	12	grammes.
Laque en plaques.	15	—
Résine. . . . . , . .	23	—
Poix de Bourgogne..	30	—
Gomme Dammar.	46	—

La masse, préalablement rendue homogène par fusion, est divisée en cylindres de diamètre variable comme des bâtons de cosmétique.

Pour s'en servir, on chauffe rapidement à la flamme l'extrémité d'un bâton, et on l'applique fondue ou ramollie sur la surface malade dont les cheveux ont été préalablement coupés court (un huitième de pouce). A l'aide de quelques légers mouvements de rotation, on facilite l'imprégnation des poils par la pâte; puis, celle-ci refroidie, on retire le bâton. Les cheveux lui demeurent adhérents en telle quantité, que l'on dirait une brosse très-fournie. Pour que le bâton soit de nouveau prêt à servir, il suffit de griller à la flamme la portion libre des poils, et d'essuyer fortement l'extrémité fondue sur une feuille de papier. (*Progrès médical.*)

De l'apomorphine comme expectorant. — M. le docteur Beck a employé le chlorhydrate d'apomorphine comme expectorant dans soixante cas de catarrhe bronchique et trente-un cas de broncho-pneumonie. Les sécrétions devenaient plus fluides, et les crachats lourds et épais qui tombent des branches de l'arbre aérien, dans la broncho-pneumonie surtout, étaient facilement rejetés.

Voici la formule pour un adulte:

Chlorhydrate d'apomorphine. .	45	milligr.
Acide chlorhydrique dilué . . .	15	gouttes.
Eau distillée..	120	grammes.
Sirop simple..	30	—

La dose est d'une cuillerée à bouche toutes les deux, trois ou quatre heures. On prescrira la moitié de la dose pour des enfants de trois à dix ans, par cuillerée à café toutes les heures. (*Journ. de thérap.*)

Traitement de la diarrhée des phthisiques. — Les préparations opiacées, prises par la bouche ou en lavement, constituent le moyen le plus efficace à opposer à la diarrhée rebelle,

qu'on observe aux dernières périodes de la tuberculisation pulmonaire. On prescrit le laudanum à la dose de dix ou quinze gouttes, l'extrait thébaïque à la dose de 5 centigrammes, le diascordium à celle de 2 à 4 grammes, seul ou associé au sous-nitrate de bismuth, à la craie, à l'eau de chaux.

Les substances astringentes, telles que le ratanhia, le tannin, le cachou, le colombo, sont également appelées à rendre d'utiles services.

Le docteur Graves conseillait le nitrate d'argent en pilules, à la dose de 15 à 20 centigrammes. M. le professeur Peter a obtenu des résultats avantageux de l'emploi du même remède, prescrit seulement à la dose de 3 à 5 centigrammes. Enfin, dans certaines formes de diarrhée accompagnées de dyspepsie stomacale, la viande crue peut se montrer efficace. Quant à la diarrhée colliquative, elle a résisté jusqu'alors à toutes les médications. (*Union méd.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 février 1882. — Présidence de M. GAVARRET.

CORRESPONDANCE

La correspondance non officielle comprend une lettre de M. le docteur Huette fils (de Montargis), accompagnant l'envoi d'une notice sur le docteur Charles Huette, son père, par le baron de Girardet.

PRÉSENTATIONS

M. LARREY présente un mémoire manuscrit intitulé : *Huit mois de campagne en Tunisie*, par le docteur Feuvrier, médecin-major de première classe.

M. ROCHARD présente, au nom de M. le docteur Aubert, médecin-major de deuxième classe, une note intitulée : *De l'assainissement des casernes par l'acide sulfureux*.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ présente une brochure de M. le docteur Galippe, intitulée : *Recherches sur l'action physiologique de l'écorce du hoang-nan*. Dans cette excellente étude, M. le docteur Galippe relate les effets de cette substance, introduite du Tonquin par M. Leserteur. Il montre que l'action physiologique est due aux deux alcaloïdes qu'elle renferme, la strychnine et la brucine. Il signale l'analogie qui existe entre cette action et celle de la fausse angusture, analogie déjà signalée par M. Planchon au point de vue de l'anatomie de la plante.

ÉLECTION

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre associé libre.

La commission, par l'organe de M. Leroy de Méricourt, présente sur la même ligne, *ex æquo*, et par ordre alphabétique :

MM. Foville, Krishaber, Magitot, Mesnet, de Ranse et Worms.

Le nombre des votants étant de 94, majorité 48,

M. Mesnet obtient. . . . . 32 suffrages.
M. Worms. . . . . 23 —
M. Krishaber. . . . . 22 —
M. Magitot. . . . . 16 —
Bulletin blanc 1

Aucun des candidats n'ayant obtenu la majorité absolue, il est procédé à un second tour de scrutin.

Le nombre des votants étant de 93, majorité 47,

M. Mesnet obtient. . . . . 40 suffrages.
M. Worms. . . . . 23 —
M. Krishaber. . . . . 21 —
M. Magitot. . . . . 9 —

Aucun des candidats n'ayant obtenu la majorité absolue, il est procédé à un scrutin de ballottage.

Le nombre des votants étant de 92, majorité 47,

M. Mesnet obtient. . . . . 56 suffrages.
M. Worms. . . . . 33 —
Bulletins blancs. 3

En conséquence, M. Mesnet, ayant obtenu la majorité, est proclamé associé libre.

LECTURE

Observations sur le chloroforme destiné à l'anesthésie. — M. REGNAULT rappelle les discussions qui ont eu lieu à plusieurs reprises et dans diverses sociétés relativement aux impuretés du chloroforme. Selon lui, cette question reviendra ainsi périodiquement tant que le chloroforme, si pur soit-il, ne sera pas remplacé par un anesthésique possédant, si cela n'est pas inconciliable, sa puissance sans ses inconvénients et malheureusement ses dangers. Il fait remarquer que le réactif dont on se sert habituellement pour déceler les impuretés n'atteint pas le but espéré. Ce réactif consiste dans une solution de permanganate de potasse additionné d'une certaine proportion de potasse caustique. Cette solution garderait une belle couleur d'un violet pourpre quand on la mélange à quantité égale d'un chloroforme parfaitement pur, elle verdirait dans le cas contraire. Or M. Regnault a constaté que des échantillons de chloroforme, qui, au point de vue chirurgical, pouvaient être considérés comme excellents, puisqu'ils ne contenaient aucune substance nuisible, faisaient cependant virer au vert avec une grande rapidité le réactif en question, tandis que d'autres chloroformes conservés plusieurs mois dans une partie du laboratoire où le soleil donnait toute la journée, et devenus tout à fait impropres à l'anesthésie chirurgicale, laissaient sa couleur pourpre à ce même réactif.

M. Regnault ajoute qu'il existe d'ailleurs un procédé très-simple pour empêcher le chloroforme le plus impur de verdir le permanganate. Il suffit d'y mêler un peu d'acide sulfurique, dont l'action détruit les impuretés qui le rendent dangereux.

Aussi les chirurgiens ne devront-ils accepter que sous bénéfice d'inventaire les jugements fondés sur un réactif qui pèche à la fois par excès et par défaut, parlant quand il devrait se taire et muet quand il devrait parler.

M. GOSSELIN dit que depuis longtemps il est convaincu que les accidents survenus pendant l'anesthésie chirurgicale ne sont pas dus aux impuretés du chloroforme dont on se sert. Ces accidents deviennent de plus en plus rares, en France du moins. Suivant les documents rassemblés dans la thèse récente de M. Duret, il n'y aurait maintenant pas plus d'un cas de mort sur 5,200 ou 5,300 chloroformisations dans notre pays. Mais en Amérique il y en a encore plus du double. Non-seulement les morts subites deviennent de moins en moins fréquentes, à mesure que l'on connaît mieux le chloroforme, et qu'on sait mieux l'administrer, mais en même temps on voit également diminuer le nombre des autres accidents chloroformiques, de ces malaises qui ne menacent pas la vie, mais sont pénibles pour le malade ou gênants pour l'opérateur, tels que vomissements, agitations, céphalalgie, etc.

Pour que le chloroforme soit pleinement innocent, alors même qu'il ne serait pas parfaitement pur, il importe surtout d'en ménager l'action et d'arriver graduellement, doucement à l'anesthésie. M. Gosselin en est arrivé à formuler une méthode qu'il applique dans tous les cas et qui lui réussit fort bien. Il fait faire d'abord quatre inspirations de chloroforme, puis deux inspirations d'air pur, puis six de chloroforme, deux d'air pur, huit de chloroforme, deux d'air pur et ainsi de suite, en séparant toujours par deux inspirations d'air pur des séries de plus en plus longues d'inspirations chloroformiques. Avec cette méthode, on n'arrive pas toujours à empêcher certains accidents, tels que les vomissements, surtout chez les femmes hystériques, mais on les observe rarement, et ce qui prouve qu'ils ne sont pas le résultat de l'action d'un chloroforme impur, c'est qu'à l'hôpital, où l'on endort souvent plusieurs malades dans la même journée et avec le même chloroforme, on les verra se produire chez l'un, tandis qu'ils manqueront absolument chez tous les autres. C'est donc bien le résultat d'idiosyn-

crasies, de dispositions individuelles, et l'impureté supposée de l'anesthésique n'y est pour rien. D'ailleurs, ces impuretés dont on parle toujours, on ne les a jamais désignées d'une manière précise. Quelles sont les substances qui peuvent se trouver mêlées au chloroforme et qui causeraient ces accidents?

M. VERNEUIL pense que le réactif le meilleur, le plus sûr et le plus pratique pour découvrir les impuretés du chloroforme, est l'odorat. Pour lui, il n'en emploie pas d'autre quand il veut apprécier le degré de pureté du chloroforme, quelle que soit sa provenance, qu'il vienne d'une pharmacie de la ville ou d'une pharmacie des hôpitaux. En général, tous les chloroformes sont de bonne qualité, à moins qu'on ne les ait laissés trop longtemps en vidange dans de grands flacons, auquel cas ils s'altèrent plus ou moins.

Comme M. Gosselin, M. Verneuil a constaté, sur une série de malades opérés dans la même séance et soumis aux inhalations d'un même chloroforme, que ce même chloroforme faisait vomir les uns et pas les autres, qu'il provoquait de la suffocation sur celui-ci et pas sur celui-là. Il a remarqué que les gens sobres, les jeunes femmes, les enfants et, en général, les gens ayant une bonne santé n'éprouvaient pas ces accidents; tandis qu'on les observait chez les dyspeptiques, les alcooliques, ceux qui sont atteints d'affection du foie ou d'affection des reins, etc. Si bien que M. Verneuil pourrait, étant donné un malade, prédire d'avance de quelle manière il se comporterait sous l'action du chloroforme, s'il aurait ou non des vomissements, etc.

Suivant lui, les qualités du chloroforme sont d'importance secondaire; tout dépend du mode d'administration de cet agent. Les divers chloroformes employés en France sont généralement de bonne qualité, ne produisent pas d'accidents, à la condition que le chirurgien use de certaines précautions, fasse des inhalations ménagées et prudentes.

Le seul reproche que M. Verneuil adresse au chloroforme, c'est de déterminer une action irritante sur le pharynx et de produire ainsi un spasme, une suffocation que l'on n'observe pas, par exemple, chez les individus que l'on opère après les avoir trachéotomisés.

A part ces phénomènes, le chloroforme, suivant M. Verneuil, ne provoque pas d'accidents réellement graves quand on le donne avec les précautions voulues.

M. MAURICE PERRIN ne partage pas complètement les opinions que viennent d'exprimer ses collègues MM. Gosselin et Verneuil. Suivant lui, les accidents et les inconvénients du chloroforme ne tiennent pas du tout à son mode d'administration, mais à ses qualités.

Il ne s'agit pas du tout de la question des accidents mortels, mais de l'insuffisance du chloroforme à provoquer l'anesthésie, ainsi que des vomissements que l'on observe chez certains individus pendant toute la durée de la chloroformisation, vomissements que M. Perrin a vus persister même pendant vingt-quatre heures et quarante-huit heures après; tels sont les faits sur lesquels M. Perrin a cru devoir appeler l'attention de l'Académie il y a déjà trois ou quatre ans. Ces accidents ne tiennent nullement à la manière d'administrer le chloroforme. Il y a trente ans que M. Perrin manie le chloroforme, et il le donne toujours lui-même à ses opérés. Or ce n'est que depuis 1878 qu'il a vu le chloroforme se comporter d'une manière entièrement différente de celle qu'il constatait autrefois. Il a vu des cas dans lesquels la séance de chloroformisation devenait interminable et où il a été obligé de renoncer à chloroformiser son opéré après plus d'une heure de vaines tentatives pour obtenir l'anesthésie, et, ces difficultés, il les a observées sur toutes sortes de malades, hommes, femmes, enfants, et avec du chloroforme de toute provenance, qu'il vienne de la ville ou bien des hôpitaux. M. Perrin a prié alors le pharmacien en chef du Val-de-Grâce de vouloir bien purifier les échantillons de chloroforme dont il se servait, et il a obtenu après la purification les bonnes chloroformisations d'autrefois.

Sans pouvoir préciser en quoi consistent ces impuretés du chloroforme, M. Perrin croit, d'après ces faits, pouvoir attribuer les inconvénients qu'il a observés à l'impureté de ce liquide.

M. REGNAULT pense que le chloroforme, même parfaitement pur, est susceptible de s'altérer rapidement sous l'influence du contact d'un corps gras ou de la radiation solaire. Il se produit alors des modifications dans l'odeur de ce liquide, qui peut devenir infect et absolument inapplicable à l'anesthésie chirurgicale. Mais cette modification peut être moins appréciable tout d'abord à l'odorat; on reconnaîtra que le chloroforme est parfaitement pur lorsque, versé sur un morceau de papier plié en deux, il conserve jusqu'au bout, c'est-à-dire jusqu'à l'évaporation complète, son odeur suave.

Au point de vue des accidents, il faut, suivant M. Regnault, partager les malades en deux catégories : ceux qui sont prédisposés à ces accidents, et ceux qui ne le sont pas. Il y a des sujets, et M. Regnault est de ce nombre, qui ne peuvent être éthérisés ou chloroformisés sans avoir des accidents semblables au mal de mer. Ils ont le mal du chloroforme, comme d'autres ont le mal de mer. Il importe donc de faire, dans cette question, la part de ces prédispositions individuelles.

Quoi qu'il en soit, M. Regnault pense que M. Maurice Perrin a eu raison d'appeler l'attention des chirurgiens sur les altérations que peut subir le chloroforme et sur les accidents qui peuvent être la conséquence de ces altérations.

La séance est levée à cinq heures et quart.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1882.

50. M. Vachez. De l'absence de dyspnée dans les épanchements pleurétiques. — 51. M. Paillos. Études sur les fluxions de poitrine de nature catarrhale. — 52. M. Delorme. Essai sur les fièvres typhoïdes incomplètes dans leur expression symptomatique. — 53. M. Baratte. De la fièvre typhoïde dans la grossesse. — 54. M. Ducroux. Quelques considérations sur la polyurie et son traitement par la pilocarpine. — 55. M. Piogey. Étude de pathologie expérimentale. Lésions broncho-pulmonaires, leurs symptômes et déductions pathologiques. — 56. M. Robin (Amédée). De la kératite phlycténulaire marginale. — 57. M. Meunier. Du syphilome ou gomme en nappe de la cavité buccale.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Un concours pour la nomination à trois places de médecin du Bureau central s'ouvrira le lundi 20 mars 1882, à quatre heures du soir, à l'Hôtel-Dieu.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le jeudi 16 février, de midi à trois heures, au secrétariat de l'administration de l'Assistance publique, à Paris, avenue Victoria, 3, et clos définitivement le samedi 4 mars, à trois heures.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le secrétaire recevra désormais MM. les étudiants le mardi, le jeudi et le samedi, de midi à deux heures.

— *Faculté des sciences de Paris.* — A l'occasion des jours gras, les cours, conférences et manipulations seront suspendus les lundis 20, mardi 21 et mercredi 22 février 1882.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — Un concours pour la nomination à une place de chef de clinique chirurgicale ouvrira le mercredi 1er mars 1882. Les inscriptions seront reçues au secrétariat jusqu'au 28 février. La durée de ces fonctions est de trois années; le traitement annuel est fixé à 1200 francs.

— Nous apprenons avec un vif regret que M. Piraud, interne à l'hôpital de Nantes, vient de succomber à la variole contractée dans le service auquel il appartenait.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la Maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons cliniques sur la syphilis, étudiée plus particulièrement chez la femme, par Alfred Fournier, professeur à la Faculté de médecine de Paris, etc. 2e édition, revue et augmentée, avec figures dans le texte et 8 planches en chromolithographie. — Prix : 21 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Le progrès en médecine par l'expérimentation, par H. Bouley, membre de l'Institut. — In-8° de 700 pages. — Prix : 12 francs. — Paris, Asselin et Cie.

Des adénites et des adéno-phlegmons de la région cervicale dans l'angine hystérique et dans la scarlatine, par le docteur Arène. In-8°. — Prix : 3 fr. 50. — A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Étude sur les myélites syphilitiques, par le docteur Savarel. In-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Étude sur les épanchements chyliformes des cavités séreuses, par Mme Perrée, docteur en médecine, etc. 1 vol. in-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

L'enfant, causeries sur la manière d'élever les enfants, par le docteur Tony Blanche. 1 vol. in-18. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Asselin et Cie.

Les ferments digestifs, la préparation et l'emploi des aliments artificiellement digérés, par William Roberts, traduit de l'anglais. 1 vol. in-18. — Prix : 2 francs. — Paris, O. Doin.

Traité du nettoiement des voies digestives et du lavage de l'estomac, par le docteur Audhoui, médecin des hôpitaux, etc. 1 vol. in-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

La technique de la palpation et de la percussion, par le professeur Charles Lasègue et le docteur J. Grancher, médecin de l'hôpital Necker. — Une brochure in-18 avec figures. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Asselin et Cie.

Hygiène professionnelle du compositeur typographe, par le docteur Choquet. In-8°. — Prix : 1 franc. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 12393.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Transfusion.

L'histoire de la transfusion n'est plus à faire aujourd'hui; tout le monde la connaît. Son procès est instruit et jugé.

La transfusion est entrée dans la pratique ; elle s'y impose absolument, et par sa propre efficacité, et par l'impossibilité de la suppléer par aucun autre moyen équivalent, dans tous les cas d'anémie extrême par perte récente et abondante de sang, où la vie est immédiatement menacée.

Toutefois elle s'impose sous la condition d'être faite avec toutes les chances possibles de succès et en éloignant soigneusement les chances de revers, c'est-à-dire à l'aide de procédés qui mettent le sang transmis à l'abri de la coagulation, du refroidissement et du contact de l'air et des substances qu'il peut contenir.

Deux procédés, parmi tous ceux qui ont été proposés dans ces derniers temps, nous paraissent plus particulièrement remplir ces conditions, ce sont :

1° Le procédé de M. le docteur Oré (de Bordeaux);

2° Celui de M. le docteur Roussel (de Genève), dont nos lecteurs connaissent la description et le manuel.

Nous n'avons pas eu l'occasion de voir à l'œuvre le procédé de M. Oré, mais nous connaissions déjà un grand nombre d'applications heureuses de celui de M. Roussel.

Il y a quelques jours, il nous a été donné, non pas d'avoir été directement témoin de l'application nouvelle qui vient d'en être faite, mais de pouvoir apprécier *de visu*, chez la personne qui en a été le sujet, ses merveilleux effets.

L'un de nos rédacteurs, plus heureux que nous, a été partie active dans cette brillante opération.

Voici cette intéressante observation, telle qu'a bien voulu nous la remettre M. Roussel :

Grossesse gémellaire, avortement à six mois, hémorrhagies secondaires, anémie extrême, diarrhée colliquative, fièvre hectique ; transfusion de 170 grammes de sang complet; guérison très-rapide.

Par MM. les docteurs ROUSSEL et BROCHIN fils.

Mme M..., marchande de volailles à la Halle, de bonne constitution, âgée de trente et un ans, a eu cinq enfants vivants et deux fausses couches.

En décembre 1881, elle était enceinte d'environ six mois ; elle avait senti les mouvements de l'enfant, mais son ventre était énorme ; elle était fort souffrante et très-oppressée.

Deux médecins consultés, la croyant atteinte d'un kyste, la font transporter dans le service du docteur Péan. Celui-ci reconnaît une grossesse et un commencement de travail avant terme. La femme, refusant d'accoucher à l'hôpital, est transportée chez une sage-femme des Ternes, chez Mme Bruant. Celle-ci, ayant reçu la patiente, rompt aussitôt les membranes : il s'écoule une quantité anomale de liquide amniotique évaluée à vingt litres.

Deux enfants, mâle et femelle, à six mois de gestation, naissent successivement et facilement ; l'un deux a vécu quelques heures.

Pendant l'accouchement, la perte sanguine ne fut que normale, et tout paraissait en bon ordre.

1er janvier 1882. Au huitième jour après l'accouchement, cette femme fut prise d'une métrorrhagie ; l'écoulement extérieur céda au tamponnement, mais l'hémorrhagie continua encore dans l'utérus dilaté.

12 janvier. La malade, étant seule, est reprise d'une métrorrhagie abondante qui commence à quatre heures et ne se termine qu'à sept heures et demie du soir; syncopes répétées, mouvements convulsifs, etc.

Position horizontale, aspersions d'eau froide, ergotine. La perte est arrêtée ; mais la malade, qui a été refroidie, est prise de toux et de fièvre continue.

Pouls, 130-140 ; inappétence absolue ; vomissements, diarrhées très-fréquentes. Elle est soignée par son médecin, M. le docteur Chauvin, par le docteur Brochin fils et le docteur Péan. Ce dernier soupçonne quelque fibrome utérin comme cause probable des hémorrhagies.

31 janvier. Allant de plus en plus mal, elle est couchée dans une voiture et ramenée chez elle.

Le docteur Chauvin reprend le traitement, et ordonne successivement le bismuth, la morphine, le fer, les peptones, les inhalations d'oxygène, etc.

1er février. La malade n'a pas eu de nouvelle hémorrhagie, mais elle s'affaiblit rapidement; inappétence absolue, vomissements fréquents; elle prend à peine quelques cuillerées de bouillon, de lait, un peu de viande crue. Insomnie complète, rêvasseries, inertie, indifférence, diarrhée colliquative, quinze à vingt fois en vingt-quatre heures. Fièvre hectique, anémique; syncopes fréquentes lorsqu'on la soulève. Pouls filiforme, 130-140; toux fréquente par quintes, respiration superficielle insuffisante. Pas de douleurs notables. Face cadavérique, mort très-prochaine. Les docteurs Péan et Brochin indiquent une transfusion comme dernière ressource, ils conseillent la nouvelle méthode de transfusion directe de sang vivant et complet de Roussel.

5 février. M. Brochin vient, au Grand-Hôtel, me demander mon concours; je vois la malade inerte, à peu près sans connaissance, sans chaleur, sans respiration, pâle comme un cadavre, veines invisibles, pouls filiforme à 140.

Le cœur et les poumons me paraissent sains. Je consens à opérer la transfusion.

7 février, cinq heures du soir. La malade est dans l'état ci-dessus décrit; elle a eu aujourd'hui dix-neuf fois la diarrhée; pouls filiforme, tremblant, à 150.

La sœur et le mari de la malade m'offrent leurs bras; après examen, je préfère choisir ailleurs; on m'indique dans la rue un commerçant occupant un grand nombre de solides ouvriers.

M. Z... comprend de suite l'importance de ma requête, et fait venir ses hommes, auxquels j'explique qu'il s'agit de sauver une mère de famille en lui donnant un peu de sang que je prendrai au bras de l'un d'eux par une simple piqûre dont je garantis la complète innocuité.

Plusieurs acceptent. Je choisis un jeune homme d'environ trente ans, petit, robuste et sain, nommé Adrien R...

Nous remontons chez la malade; les docteurs Brochin et Chauvin, le mari, la sœur et d'autres parents sont présents. Le transfuseur est lavé dans de l'eau chaude additionnée d'un peu de soude. Je découvre la poitrine de la malade; son bras gauche est allongé au bord du lit. Je place R... assis, le bras gauche parallèlement étendu et entouré d'une bande à saigner qui fait gonfler ses veines.

Après avoir soigneusement cherché et noté à l'encre le trajet de l'artère humérale au pli du coude, je trace à 2 centimètres en dedans du trajet de l'artère un point d'encre sur la veine médiane qui se présente saillante et bien gonflée de sang. Appuyant le cylindre intérieur de façon qu'il figure la circonférence de ce point central, je fais adhérer la ventouse annulaire du transfuseur par une pression sur son ballon.

Puis, me tournant vers la malade, je constate que ses veines sont invisibles tellement elles sont exsangues. J'arrive à les reconnaître en plaçant une bande sur le bras. Je soulève un pli de la peau, transversal à la veine médiane; je l'incise au bistouri; la veine appararaît bleuâtre et très-étroite. Je la pique avec une fine érigne, puis, débandant le bras, je confie au docteur Brochin le soin d'inciser un lambeau sur la veine avec la pointe de fins ciseaux et d'introduire la canule dans l'étroit calibre du vaisseau. Il s'est écoulé quelques gouttes d'un sang pâle, très-diffluent et incoagulable.

Pendant ce temps, j'ai plongé la cloche du tube aspirateur de l'instrument dans un vase d'eau chaude à environ 30°. Par la manœuvre du ballon-pompe, cette eau a rempli tout le transfuseur en réchauffant ses parois et en chassant l'air qu'il contenait. C'est lorsque tout l'air fut expulsé que le docteur Brochin introduisit la canule efférente dans la veine de la malade.

Celle-ci est dans un tel état d'inertie et d'anesthésie anémique qu'elle ne tressaille pas même, soit pendant l'incision de la peau, soit pendant la préparation de la veine.

Nos deux sujets sont donc à ce moment réunis par un canal ininterrompu et plein d'eau, donc vide d'air.

Un coup sec sur la tête de la lancette ouvre la veine de R...; son sang apparaît bientôt à l'orifice des tubes, après avoir repoussé l'eau devant lui. Le tube aspirateur d'eau, ainsi que la canule d'expulsion au dehors, sont fermés, et le courant sanguin direct est établi. Lentement, ne quittant pas la malade des yeux, je presse le ballon-pompe, le sang pénètre facilement par doses de 10 grammes à la fois; à la dixième systole du ballon, la malade respire plus profondément et plus vite; interrogée, elle répond ne sentir aucun malaise, mais percevoir une chaleur qui lui monte du bras dans la poitrine.

Le docteur Brochin constate facilement sous son doigt que le sang gonfle le tube de caoutchouc et la veine à chaque pression exercée sur le ballon; du reste, nous voyons tous la veine devenir plus apparente jusqu'auprès de l'aisselle.

A la dix-septième dose de 10 grammes, percevant de la résistance dans le ballon et un peu d'agitation chez la malade, je cesse la transfusion après que 170 grammes du sang de R... ont passé dans les veines de Mme M...

Les préparatifs de l'opération ont été un peu prolongés par le manque absolu de confort et de place dans la chambre; il est difficile d'être bien éclairé; le docteur Chauvin a la bonté de soutenir la lampe pour éclairer alternativement l'un ou l'autre sujet.

La transfusion en elle-même n'a pas duré cinq minutes.

On panse d'une simple bande de toile le bras de R..., qui n'a éprouvé qu'une légitime émotion et retourne à son travail, tout heureux du service rendu.

On panse le bras de l'opérée. Sa face est colorée, ses lèvres rouges, ses yeux brillants; elle parle avec force et vivacité, elle dit qu'elle n'a éprouvé qu'une grande chaleur qui l'a saisie dans la poitrine et dans tout le corps; elle se sent forte, vivante, heureuse.

J'annonce que la transfusion est ordinairement suivie d'un frisson d'autant plus violent que l'opérée était plus affaiblie, que ce frisson est produit par la reprise de l'équilibre du système vaso-moteur, lorsque le sang nouveau se distribue dans tout le corps. J'ajoute que le frisson dure souvent vingt à trente minutes, et qu'il est suivi d'une période de chaleur et sueur, puis d'un sommeil profond et réparateur.

On prépare du thé chaud au rhum que la malade boit avec avidité.

Cinq heures et demie. Le frisson commence; la peau, qui s'était réchauffée, devient plus froide; le pouls, qui, à la fin de la transfusion, était plein, actif, à 100, devient plus serré, petit, à 140.

Quoique avertis de ce phénomène, les assistants en sont fort inquiets; mais je fais couvrir d'édredons le lit dans lequel on a placé des bouteilles d'eau chaude; je donne à boire du thé chaud en abondance et ordonne de profondes inspirations qui interrompent le frissonnement.

Après vingt-cinq minutes de cet état, qui n'est grave qu'en apparence, l'opérée se réchauffe; sa face devient rouge, vul-

tueuse; les yeux brillent, la respiration est profonde; le pouls s'élargit, devient régulier à 100 ; la peau commence à se couvrir de sueur.

Huit heures du soir. L'opérée est calme, bien vivante ; sa voix est forte et sonore ; elle transpire toujours, elle ne ressent aucune douleur ; les lèvres sont fortement colorées.

Dix heures. Même état parfaitement satisfaisant ; elle dit qu'elle a grande envie de dormir, mais qu'elle a trop chaud, qu'elle transpire encore, etc., qu'elle n'a aucune douleur.

8 février, au matin. L'opérée a dormi, quoique se réveillant à plusieurs reprises ; elle se plaint toujours d'avoir trop chaud.

L'urine est absolument normale, ne contenant ni sang, ni albumine, ni globules ; ce fait, très-important, prouve que le sang transfusé n'est pas éliminé par l'organisme, que ce sang était bien vivant et qu'il continue à vivre dans les veines où il a été introduit. L'urine de chaque jour a été soigneusement examinée, elle est toujours absolument normale.

C'est là le *criterium* d'une parfaite méthode de transfusion. Il prouve, sans contestation possible, l'erreur de M. le professeur Hayem affirmant que le sang transfusé ne séjourne que peu de temps et qu'il est détruit et éliminé.

Je sais que cette élimination, lorsqu'elle se produit, prouve que le sang était déjà altéré par le contact de l'air ou par sa manipulation dans un appareil mal conçu et mal construit. Une centaine d'opérations m'ont permis d'affirmer cette capitale différence entre les bonnes et les mauvaises méthodes.

Dans cette journée du 8 février, l'opérée, qui avait eu la veille vingt fois la diarrhée, n'eut qu'une garde-robe. Elle a mangé six fois, elle a reçu des visites, elle a parlé haut et vivement, elle n'a pas ressenti la moindre douleur.

Pouls plein, fort, à 100 ; respiration, 35 ; lèvres colorées, peau chaude, yeux brillants.

9 février. L'opérée a dormi une bonne nuit entière : c'est la première fois depuis six semaines.

Elle a mangé à cinq heures du matin une soupe copieuse aux légumes et aux pommes de terre, du pain et un verre de vin ; à sept heures, un cacao, beurre et pain ; à onze heures, un bifteck entier aux pommes de terre, une demi-bouteille de bordeaux ; à quatre heures, des biscuits trempés dans du vin ; à six heures et demie, plusieurs plats du dîner de la famille, entre temps un litre de lait ; à onze heures du soir, elle demandait à manger encore.

Elle est gaie, vive ; la face est d'une pâleur chaude, sous laquelle on voit circuler le sang. Elle parle vivement, à voix bien timbrée, heureuse de vivre, remerciant son sauveur. Pouls plein, à 95 ; respiration, 32 ; température normale, peau douce. Aucune douleur, à peine un peu d'engourdissement à la main du bras opéré.

10, 11 février. Même état de convalescence assurée et rapide, même formidable appétit, même bon sommeil la nuit, même gaieté et vivacité dans la journée. Je lui permettrais volontiers de se lever si je ne craignais qu'elle ne se refroidît dans son petit logement fort peu confortable et privé de soleil.

12, 13 février. Mme M... s'est levée hier pendant deux heures, aujourd'hui pendant quatre heures, avec le plus grand plaisir et sans le moindre malaise. (Il y a six jours, elle s'évanouissait chaque fois qu'on la soulevait sur son lit.)

Elle est sûrement guérie ; dans peu de jours, elle ira reprendre sa place à la Halle.

Le pouls est plein, régulier, à 88 par minute. Cependant elle a encore quelques quintes de la toux qui a été causée par le refroidissement pendant sa seconde hémorrhagie.

En l'examinant avec attention, je constate que la matrice est saine et bien rétractée ; le cœur et les poumons sont normaux.

Désormais elle peut se passer de mes soins. MM. Péan et Brochin avaient d'emblée indiqué qu'il faudrait opérer plusieurs transfusions successives : ce serait absolument inutile. Leur opinion n'est basée que sur l'observation des résultats insignifiants procurés par les anciennes méthodes selon lesquelles on ne pouvait transfuser que de très-faibles doses, 10, 20 ou 40 grammes, d'un sang altéré par le contact de l'air ou par son passage dans les appareils défectueux, sang dont la majeure partie était rapidement éliminée. L'effet étant à peu près nul et peu durable, il y avait donc lieu de recommencer. Leur opinion et, je l'espère, celle de bien d'autres praticiens, a été rapidement modifiée par la comparaison de ce résultat avec ceux que donnent de plus grandes doses de sang vivant qui demeure vivant dans l'organisme où il a été transplanté.

Ma conviction, fondée sur de nombreuses opérations faites dans les cas les plus divers, est que, sur des adultes, dans l'hémorrhagie aiguë, la dose doit être de 150 à 300 gr. ; dans l'anémie, de 100 grammes au moins.

Les conclusions auxquelles m'a amené l'expérience des cent vingt-huit transfusions que j'ai opérées ne diffèrent que sur un point de celles que le professeur Hayem a tirées de ses expériences de laboratoire sur les animaux. Je me crois autorisé à les résumer ainsi :

1) L'injection dans les veines d'un liquide autre que du sang vivant et complet n'est utile que très-exceptionnellement ; elle est toujours nuisible si le liquide altère le sang ou le dilue, et si ce liquide est lui-même susceptible de produire des infarctus pulmonaires, rénaux, etc.

2) La transfusion du sang vivant d'un animal d'espèce étrangère est toujours nuisible.

3) La transfusion du sang de la même espèce par les méthodes indirecte, instantanée ou de défibrination, est le plus souvent nuisible.

Dans tous ces cas, si l'animal exsangue a été ranimé par la transfusion, sa survie n'est jamais que très-courte. Les liquides ainsi injectés, de même que les parties du sang propre qui ont été altérées par le contact du liquide, sont éliminés dès la première heure par toutes les voies d'excrétion.

4) Seul, le sang de la même espèce, complet et vivant, peut assurer la survie définitive du transfusé ; il n'est pas éliminé, et ses hématies continuent à vivre dans l'organisme qui les a reçues.

5) En pratique clinique sur l'espèce humaine, la transfusion du sang vivant peut assurer la survie dans les cas d'hypohémie aiguë par hémorrhagie récente, dans l'anémie grave avec ou sans hémorrhagie antérieure, dans l'empoisonnement si le toxique est susceptible d'être éliminé en partie par une forte saignée préliminaire.

Lorsque le docteur Péan proposa la transfusion, il avait indiqué qu'il faudrait opérer à petites doses et répéter l'opération à plusieurs reprises. J'ai pu d'avance lui répondre que telle n'était point ma prévision, basée sur l'expérience. J'ai dit, sans avoir vu la malade, que, si elle était encore susceptible d'être sauvée par la transfusion, elle le serait par une seule opération dans laquelle je lui donnerais 150 à 200 grammes de sang ; qu'elle supporterait sans troubles

cette dose, que je considère comme moyenne; que le sang ne serait pas éliminé; qu'il vivifierait le cerveau, le poumon et l'estomac, et qu'enfin la malade passerait, d'un saut, de l'état le plus grave à une convalescence franche et rapide, pendant laquelle elle achèverait de refaire son propre sang.

L'opinion de M. Péan était basée sur les leçons de Béhier et sur les théories nées des transfusions par la méthode dite indirecte ou instantanée de Moncocq, Mathieu, Collin, etc., appliquées récemment encore à Lyon, au Havre et à Paris.

Les opérateurs avaient été contraints à suspendre l'opération à cause des phénomènes très-graves que présentaient leurs sujets, et ils étaient forcés de s'arrêter à de petites doses.

Une seconde raison, également majeure, était que le sang offert par le donneur se coagulait incessamment dans l'entonnoir et la pompe de leurs appareils, qu'ils étaient obligés de jeter le sang altéré pour en reprendre d'autre, qu'ainsi la perte subie inutilement par le donneur devenait excessive : on ne pouvait lui demander un plus grand sacrifice.

Tout autre est ma pratique.

Adrien R..., dans le cas actuel, n'a pas donné plus de 180 grammes pour les 170 que j'ai transfusés à la patiente.

En commençant, à peine le sang a-t-il paru au bout des tubes, que j'ai fermé son issue extérieure, et je l'ai envoyé dans la veine sans en perdre plus de quatre gouttes.

De plus, le sang a été absolument invisible pendant l'opération; la malade le sentait entrer et réchauffer sa poitrine; nous avons tous vu la veine se gonfler et onduler jusqu'à l'aisselle. Mais Adrien R... n'a pas vu son sang couler, il n'a qu'à peine perçu le coup de lancette; il n'a pu en être émotionné.

J'obtiens donc une immense économie de sang, ce qui est un avantage de première importance; puis j'éloigne absolument de l'esprit du donneur toute impression morale, ce qui n'est pas à dédaigner, puisque je dois m'adresser au public, et que grand nombre de gens s'affectent en voyant leur sang couler, surtout s'il s'écoule en pure perte.

Enfin je suis toujours certain de ne pas avoir à interrompre l'opération, et je puis donner à l'opéré toute la dose que j'ai jugée nécessaire.

Je tiens pour certain que, pour que les opérés retirent tous les bénéfices qu'ils doivent attendre de la transfusion, les doses doivent être réglées ainsi pour les adultes :

Dans l'hypohémie aiguë par hémorrhagie récente, 200 à 300 grammes;

Dans l'anémie chronique, hypoglobulie, suite d'hypohémie antérieure, 150 à 200 grammes;

Dans l'anémie, chlorose, sans hémorrhagie notable, 100 grammes au moins.

Toute méthode qui ne permet pas de donner ces doses régulièrement et à volonté, toute méthode qui laisse perdre quelque partie du sang offert et ne peut l'employer totalement au salut de l'opéré, est une mauvaise méthode.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 11 février 1882. — Présidence de M. Paul Bert.

COMMUNICATIONS

Troubles nutritifs secondaires à des lésions expérimentales des bronches et des poumons. — M. PIOGEY, en son nom et au nom de M. Quinquaud, fait une communication sur ce sujet.

Après avoir déterminé la normale physiologique du poids, de la composition chimique et histologique du sang et des urines des animaux, cobayes et chiens, soumis à l'expérience, nous avons introduit dans les bronches, à l'aide d'une sonde, du pus, du sang, du chyme, des aliments divers, de la poudre de cantharide, de la graine de moutarde, des corps inertes et des grains de plomb de divers calibres, et nous avons analysé après un laps de temps variable les liquides de l'organisme.

Modifications du sang. — En envisageant tout d'abord les cas où des lésions graves ont été produites dans le parenchyme pulmonaire. La destruction graduelle et progressive porte sur le nombre des globules et la quantité d'hémoglobine, tandis que l'augmentation de la fibrine est en rapport avec les phlegmasies. La plus grande destruction des globules et de l'hémoglobine est constatée à la suite d'injections hydrargyriques dans les bronches. L'animal a pu perdre la moitié de l'hématocristalline avant la mort, tandis que, dans les cas d'injections de nitrate d'argent, le sang de la perte n'est en moyenne que le tiers du chiffre normal.

1. Épreuves de la normale :

Hémoglobine active pour 1,000 grammes de sang, 150 grammes.

Hémoglobine totale obtenue	1. par la décolorimétrie chimique	165 gr.
	2. par le coefficient d'absorption	163
	3. par l'analyse directe	167

Globules rouges, 5,230,420.
Fibrine, 2 gr. 5.

2. A l'état pathologique (cinq jours après l'injection intra-bronchique :

Hémoglobine active, 140 grammes.

Hémoglobine totale obtenue	1. par la décolorimétrie chimique	159 gr.
	2. par coefficient d'absorption	157
	3. par l'analyse directe	162

Globules rouges, 4,227,300.
Fibrine, 3 gr. 2.

3. Dix jours après le début :

Hémoglobine active, 128 grammes.

Hémoglobine totale obtenue	1. par la décolorimétrie chimique	148g5
	2. par coefficient d'absorption	144 2
	3. par l'analyse directe	151

Globules rouges, 3,921,400.
Fibrine, 5 gr. 4.

4. Trente-cinq jours après l'injection :

Hémoglobine active, 94 gr. 2.

Hémoglobine totale obtenue.	1. par la décolorimétrie chimique	109g3
	2. par coefficient d'absorption	106 7
	3. par l'analyse directe	112 4

Globules rouges, 3,841,100.
Fibrine, 4 gr. 8.

Modification de l'urée. — Le premier effet de toute irritation expérimentale broncho-pulmonaire est de diminuer la quantité d'urine et la quantité d'urée.

On voit, lorsque les lésions mettent longtemps à guérir, des sortes de crises avec élimination d'une plus grande quantité d'urée.

Les corps phlogogènes déterminent ces troubles avec un maximum d'intensité, tandis que les corps moins irritants les engendrent à leur minimum.

Les phénomènes se passent comme si, au début, il existait un barrage rénal qui cesse à la phase de réparation.

Poids. — Le poids diminue, et, toutes choses égales d'ailleurs, la ration d'entretien et les conditions hygéniques influent sur le graphique de cette perte de poids quotidien; le corps injecté qui favorise le plus une courbe descendante est le mercure.

Les altérations mécaniques retentissent sur la nutrition générale; on s'explique pourquoi les oblitérations bronchiques par elles-mêmes étendues ou limitées sont nuisibles au fonctionnement régulier de l'organisme, et pourquoi le médecin doit veiller, si c'est possible, à leur cessation.

Si la lésion pulmonaire cesse, on voit le poids augmenter peu à peu jusqu'au taux physiologique.

Dans une autre note, nous étudierons les désordres de la fonction pulmonaire et les altérations histo-chimiques.

Sur l'existence d'altérations des nerfs cutanés dans les eschares survenant dans le cours d'affections du cerveau ou de la moelle. — M. J. DÉJÉRINE, dans un travail fait avec M. le docteur Zélin, publié dans les *Archives de physiologie* de l'année dernière, a attiré l'attention sur certaines eschares liées à des altérations des nerfs cutanés, et manifestement sous leur influence. Dans la communication actuelle, M. Déjérine montre que les mêmes altérations nerveuses s'observent dans certaines eschares, survenant dans le cours d'affections du système nerveux central. Les deux faits qu'il rapporte ont trait, l'un à une femme atteinte d'hémorrhagie cérébrale, qui présenta dans les derniers jours de sa vie une eschare fessière à marche rapide, l'autre à une femme atteinte de sclérose en plaques qui eut, quelques jours avant de mourir, une eschare de la crête iliaque droite. Dans les deux cas, les nerfs cutanés, pris dans la peau entourant les eschares, une heure après la mort, traités par l'acide osmique et le picro-carmin, présentaient les lésions caractéristiques de la névrite parenchymateuse, à un degré très-avancé de son évolution; il n'existait pas un seul tube sain par préparation. Dans le second cas, l'eschare était très-légère, car la couche profonde du derme était saine, les nerfs étaient aussi altérés que dans le premier cas, et cela non-seulement dans les points sous-jacents à l'altération cutanée, mais encore dans la peau complètement saine, à dix centimètres de l'eschare, ce qui démontre d'une façon absolue que la lésion des nerfs n'est point consécutive à la lésion cutanée, mais qu'elle est primitive et que cette dernière est sous sa dépendance.

M. PAUL BERT félicite MM. Quinquaud et Piogey d'être entrés dans cette voie. Il avait commencé des expériences du même ordre sur la péritonite, et il se proposait de généraliser ces expériences. Il faut poursuivre ces recherches. Il ne faut pas s'en tenir à l'étude chimique et histologique, mais il faut étudier aussi expérimentalement les modifications générales de tous les tissus et systèmes. En un mot, il faut faire de la physiologie pathologique.

Des zones réflexogènes motrices de la peau de la région vertébrale chez des hystériques dans la période cataleptique de l'hypnotisme. — M. DUMONTPALLIER. Il résulte des recherches que j'ai faites sur deux hystériques, dans la période cataleptique de l'hypnotisme, que la peau qui recouvre la colonne vertébrale depuis la septième vertèbre cervicale jusqu'à la deuxième vertèbre lombaire est le siége de zones réflexogènes motrices.

Ces zones peuvent être divisées en trois départements principaux: l'un supérieur, cervico-dorsal, qui s'étend de la dernière vertèbre à la huitième vertèbre dorsale; l'autre inférieur, qui s'étend de la onzième vertèbre dorsale à la seconde vertèbre lombaire; enfin un troisième département, intermédiaire aux deux autres, comprend la région située entre la neuvième et la onzième vertèbres dorsales.

Lorsqu'on agit, par la pression du doigt ou au moyen du vent d'un soufflet capillaire, sur la peau qui recouvre les apophyses épineuses des vertèbres du département supérieur, dit cervico-dorsal, on détermine des mouvements simultanés et semblables dans les deux membres supérieurs.

Si, suivant les mêmes procédés, on agit sur le département inférieur, dit dorso-lombaire, on détermine des mouvements simultanés et semblables dans les deux membres inférieurs.

L'action est-elle portée sur le département intermédiaire, dit dorsal inférieur, on détermine simultanément des mouvements dans les quatre membres.

Dans une communication ultérieure, je décrirai les différents mouvements obtenus, et j'indiquerai les mouvements bilatéraux ou unilatéraux qui sont déterminés suivant que l'action porte sur les régions médiane ou latérales de la colonne vertébrale.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 février 1882. — Présidence de M. Léon LABBÉ.

COMMUNICATIONS

M. HOUZÉ DE L'AULNOIT présente, en son nom, un travail sur les modifications du volume des membres à la suite des traumatismes.

Névromes plexiformes. — M. VERNEUIL, à l'occasion de la malade présentée dans la dernière séance par M. Labbé, rappelle qu'il a porté le diagnostic de névrome plexiforme. Ce diagnostic a été fortement contesté; on a pensé qu'il s'agissait plutôt d'une tumeur éléphantiasique ou d'une tumeur érectile dégénérée. La première mention qui ait été faite de ces tumeurs date de 1854; elles sont décrites, avec des planches, dans le travail de Valentine Mott sous le nom de pachydermatocèles. Il indique, comme siège de prédilection de ces tumeurs, la région supérieure et latérale du crâne. En 1857, M. Depaul présente à la Société anatomique une tumeur analogue congénitale, du volume du poing, de la région latérale du cou; cette tumeur fut disséquée, la description se trouve dans l'ouvrage de Follin. L'année suivante, Guersant présente une tumeur analogue venant également de la partie latérale du cou.

En 1859, deux chirurgiens étrangers, Billroth et Czerny, publient plusieurs observations qu'ils rapprochent de celle de MM. Verneuil et Depaul. Ils en citent une, entre autres, de la tempe et de la paupière, qui est exactement la même que celle qu'a présentée M. Labbé. Ils lui donnent le nom de névrome plexiforme. En 1871, Virchow, dans son troisième volume des tumeurs, rapproche ces faits de ceux de Valentine Mott. En 1870, M. Christau réunit la plupart de ces faits. Enfin Czerny, en 1874, cite un nouveau cas, mais appartenant à la région lombaire.

M. DESPRÈS présente le livre d'Alard, où se trouve une planche représentant exactement la même tumeur que celle de la malade de M. Labbé. Cette tumeur est décrite sous le nom d'éléphantiasis mou.

Elle ressemble beaucoup à celles qui sont figurées dans Valentine Mott. C'est une variété d'éléphantiasis. Au microscope, en effet, on ne trouve qu'une exagération des éléments naturels. M. Desprès maintient donc son diagnostic d'éléphantiasis mou de la peau.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL lit: 1° au nom de M. Faucon (de Lille), une nouvelle observation de kyste tendineux, kyste dorsal volumineux guéri par l'extraction antiseptique;

2° Au nom de M. Fleury (de Clermont), une observation de calcul vésical extrait par la taille périnéale. Le calcul mesure 8 centimètres sur 4. L'opération et ses suites ont été simples, mais il a persisté une fistule périnéale qui entraîne une infirmité repoussante et ne tardera pas à amener la mort. Mieux eût valu faire la taille sus-pubienne.

M. CRUVEILHIER. La taille achevée, il est préférable dans ces cas de broyer le calcul avant de l'extraire à l'aide d'un lithotriteur quelconque. C'est ce qu'a fait récemment avec succès M. Cruveilhier chez un jeune homme de dix-sept ans. Mais il y a eu une fistule qui a persisté cinq ou six mois.

Statistique. — M. DESPRÈS fait connaître la statistique intégrale de son service pendant l'année 1881.

Sur 409 malades j'ai eu 23 décès, soit 5,5 p. 100.

5 décès ont eu lieu sur des malades opérés et qui sont au nombre de 53 à l'hôpital et de 21 à la consultation.

Je ne compte pas les luxations réduites dans les salles et à la consultation.

4 décès de cancers inopérables morts dans le service.

1 plaie par arme à feu du hile du poumon.

4 décès de plaies et de fractures du crâne et de gangrène sénile ou d'infiltration urineuse survenus dans les 2 jours qui ont suivi l'entrée des malades à l'hôpital.

1 hypertrophie de la prostate cystite et néphrite.

1 mort de pneumonie avant que j'aie pu l'opérer d'un cancer de la verge.

1 engelure, ulcère et ramollissement cérébral.

2 tuberculeux, tubercules des os et abcès froids, un a eu des tubercules du cerveau.

1 péritonite chronique chez une malade opérée du kyste de l'ovaire par les injections de chlorure de zinc dans un autre service que le mien.

1 péritonite suite d'abcès du ligament large ouvert à la région ischiatique.

1 abcès perinéphrétique cachectique.

Amputations. — Cuisse, 2; guéris, 2 (1 tuberculeux).

Jambe à la partie moyenne. 1; guéri, 1 (malade syphilitique).

Gros orteil avec la partie antérieure du métatarsien, 4; guéris, 4.

Gros orteil, 1; guéri, 1.

Doigts, 2; guéri, 1 (angioleucite).

Résections. — Résection de l'astragale, 1; guéri, 1.

Résection du corps de l'omoplate avec ostéo-sarcome, 1; guéri, 1.

Ablations de tumeurs. — Amputation du sein, 4; guéries, 4 (pas d'érysipèle).

Lympho-sarcome de la gaine des vaisseaux carotidiens, 1; guéri, 1 (érysipèle).

Lipome inter-musculaire de la nuque du volume d'une orange, 1; guéri, 1.

Anévrysme cirsoïde du front, 1; mort, 1 (abcès du cerveau).

Ablation avec le bistouri et cautérisation (observation publiée, Société anatomique).

Loupes du cuir chevelu, ablation avec le bistouri, 1; guéri, 1.

Ablation avec les caustiques, 2; guéris, 2 (1 érysipèle).

Kyste sébacé du cou, 1; guéri, 1.

Cancroïde de l'anus du rectum et de la cloison recto-vaginale, ablation avec le galvanocautère, 1; mort, 1 (angioleucite, péritonite).

Cancroïde de la lèvre inférieure, ablation avec le bistouri, 2; guéris, 2.

Kyste dermoïde du plancher de la bouche, 1; guéri, 1.

Épulis des mâchoires, 3; guéris, 3.

Hémorrhoïde, ablation avec l'écraseur, 3; guéris, 3.

Hernies inguinales étranglées, kélotomie, 2; guéries, 2.

Fistules à l'anus à orifice interne au-dessus du sphincter, opérées avec l'écraseur, 2; guéries, 2.

Fistules simples à l'anus traitées par incision, 2; guéries, 2.

Fistules vésico-vaginales, 2; guéries, 2 (1 érysipèle).

Polype de l'utérus, diabète, ablation avec le galvanocautère, 1; guéri, 1.

Castration, 2; guéries, 2.

Atrésie du vagin, dilatation, drain, 1; mort, 1 (péritonite).

Désunion de suture des paupières, 1; mort, 1 (érysipèle). (Cette malade, relevée, est morte d'embolie pulmonaire la veille de son départ de l'hôpital.)

Kyste de l'ovaire, ovariotomie dans la salle commune, 1; mort, 1 (péritonite purulente).

Plaie du cou, ligature des deux bouts de l'artère linguale, 1; guéri, 1.

Plaie du cou, du pli du coude et du poignet, ligature des deux bouts des artères radiales et cubitales, 1; guéri, 1.

Plaie du poignet, ligature des deux bouts de la radiale, 1; guéri, 1.

Plaie de l'avant-bras, anévrysme diffus de la radiale, ouverture du sac, ligature des deux bouts, 1; guéri, 1.

Excision d'amygdale, 1; guéri, 1.

Trachéotomie sur l'adulte. — Curative, œdème de la glotte, 1; guéri, 1.

2 palliatives, 1 cancer du larynx, 1 cancer de la bouche, de la langue et du cœur; guéris, 2. (Ce dernier malade est mort subitement de son cancer du cœur six semaines après la trachéotomie.)

Les pansements employés ont été les cataplasmes, les bandelettes de diachylum, le pansement à l'eau alcoolisée et le linge troué de cérat et la charpie.

M. POLAILLON. Il y a une lacune dans la statistique de M. Desprès. Il importerait de savoir combien de temps ses malades mettent à guérir, car le meilleur pansement est non-seulement celui qui guérit, mais celui qui guérit le plus rapidement.

M. DESPRÈS. Tout cela dépend du moment où on est appelé pour intervenir. Tel panaris, par exemple, guérira en douze jours; tel autre mettra deux mois à guérir. Je ne me préoccupe pas d'ailleurs de la durée de la réparation, cela est de médiocre importance. Je ne cherche jamais la réunion par première intention, sauf pour les amputations.

M. MARC SÉE demande des renseignements sur l'ovariotomie pratiquée par M. Desprès dans la salle de la Charité.

M. DESPRÈS. Il s'agissait de la cataleptique de l'hôpital Cochin qui avait une tumeur dans le ventre dont le diagnostic n'a pas été arrêté; on avait, en effet, porté tour à tour des diagnostics de tumeur fibreuse, kyste ovarique, hydronéphrose, rein flottant. Après avoir pris l'avis de M. Gosselin, j'ai fait l'opération. Une courte incision de 8 centimètres me permit de constater l'existence d'une tumeur transparente qui n'était autre qu'un kyste. J'ai vu, pour ainsi dire, la péritonite se développer pendant le cours même de l'opération. Les intestins ont très-vite changé de coloration. J'ai employé du catgut pour lier le pédicule. Le malade a succombé le troisième jour à une péritonite suppurée. L'ovariotomie est une opération qui ne doit pas être pratiquée dans nos salles d'hôpital.

M. TERRIER. Une ponction exploratrice eût permis de porter un diagnostic et peut-être aussi de guérir la malade.

M. DESPRÈS. Si c'eût été une hydronéphrose, la ponction aurait pu entraîner une péritonite mortelle.

M. TILLAUX. Quand le kyste n'est pas adhérent, on ne doit pas voir l'intestin dans une ovariotomie. Comment se fait-il que M. Desprès l'ait vu au point de s'apercevoir du changement de la coloration?

M. DESPRÈS. Le ventre était très-peu développé, ce qui rend l'opération bien plus difficile, on a vu l'intestin à partir du moment où on a tiré sur le pédicule pour vider le kyste au dehors.

M. TERRIER. Il est plus facile, en effet, de maintenir l'intestin dans la cavité abdominale, quand la peau a été fortement distendue par une tumeur volumineuse, que quand le kyste est petit et que la paroi a conservé toute sa tonicité. Il y a là une petite difficulté pour empêcher l'intestin de faire hernie. C'est pour y parer que Spencer Wells emploie, dans ces cas, une large et volumineuse éponge qui cache toujours les intestins. J'ai vu, comme M. Desprès, dans certains cas, l'intestin changer de coloration pendant le cours de l'ovariotomie; mais ce n'est pas toujours une raison pour que les malades meurent de péritonite.

M. SCHWARTZ lit une observation ayant pour titre : *Hernie inguinale et vaginale testiculaire étranglée, kélotomie, guérison.*

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

A l'occasion des jours gras, la Faculté de médecine de Paris sera fermée mardi prochain 21 février 1882.

— Une session extraordinaire de baccalauréat complet et restreint s'ouvrira le lundi 20 mars 1881, dans les Facultés des sciences. Sont admis à s'inscrire pour cette session les étudiants en médecine en cours régulier d'étude avant le 1er novembre 1879 et qui justifient du diplôme de bachelier ès lettres, ainsi que les candidats ajournés deux fois et qui en justifient.

— Par arrêté ministériel en date du 11 février 1882, deux concours s'ouvriront le 16 août 1882, devant la Faculté de médecine de Lille, pour deux emplois de suppléants: 1° des chaires d'anatomie et de physiologie à l'École de médecine d'Arras; 2° des chaires de chimie, pharmacie et histoire naturelle de l'École de médecine d'Arras.

— M. le professeur d'Espine, est nommé médecin-adjoint de l'hôpital cantonal de Genève.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Armand Descamps, docteur ès sciences, professeur à l'École supérieure de pharmacie de Nancy, officier d'Académie, décédé à l'âge de quarante-trois ans.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Maladie cérébro-gastrique, par le docteur Leven. In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

De la valeur relative de la taille hypogastrique, par le docteur Bois. In-8° — Prix : 1 franc. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Étude sur le choléra indien, par le docteur Audhoui, médecin des hôpitaux, etc. — Prix : 1 franc. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 12407.

N° 22. — MARDI 21 FÉVRIER 1882. 55e ANNÉE. MARDI 21 FÉVRIER 1882. — N° 22.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

Paris, le 21 février 1882.

Aujourd'hui mardi-gras, trêve aux travaux sérieux, et arrêtons-nous quelques instants, ami lecteur, si vous le voulez bien, devant les tréteaux d'un célèbre charlatan du siècle dernier.

Les documents que nous publions ici sont extraits en partie des quelques ouvrages que nous avons consultés, en partie aussi d'une étude fort curieuse de M. A. Chevalier (1), sur l'un de ces « vendeurs d'orviétan du dix-huitième siècle », dont la faconde charlatanesque a de tout temps, comme aujourd'hui encore, attiré la foule avide du boniment des pitres de la place publique.

Cette étude, parue l'an dernier dans les *Mémoires de la Société de l'histoire de Paris et de l'Ile-de-France*, a pour sujet le « Grand Thomas », d'autres disent le « Gros Thomas », personnage de taille gigantesque, qui dut surtout sa célébrité et l'honneur d'être cité dans un certain nombre de recueils divers à « l'éclatante mésaventure » qui lui survint le 19 septembre 1729, quelques jours après la naissance du Dauphin, fils de Louis XV, venu en ce monde « le 4 septembre, à trois heures quarante minutes du matin ».

UN CÉLÈBRE ARRACHEUR DE DENTS SOUS LOUIS XV

OU

LE PENDANT D'OREILLE DU CHEVAL DE BRONZE

« Le Grand Thomas fut, » dit Gouriet dans ses *Personnages célèbres des rues de Paris depuis une haute antiquité jusqu'à nos jours* (2), « un célèbre arracheur de dents. On prétend même, dit-il, qu'il se mêla de tirer l'horoscope, et on lui attribue cet oracle prononcé au Grand-Dauphin : *Fils de roi, père de roi, jamais roi.* Si l'anecdote est vraie, » ajoute l'auteur, « je suis en défaut : je devais mettre le Gros Thomas au nombre de mes Sorciers et non de mes Personnages imitateurs. Le malheureux proverbe qui dit : *Menteur comme un arracheur de dents*, est cause de mon tort : j'avais cru, je l'avoue, cette profession incompatible avec celle des Devins, que tout le monde sait ne mentir jamais. »

L'auteur anonyme d'une petite note, parue en 1841 dans les colonnes du *Magasin pittoresque* (1), sur notre personnage, lui donne le titre de « docteur ». Il nous apprend qu'il « s'était établi en 1719, peut-être même dès 1711, vis-à-vis de la statue de Henri IV, qu'on nommait alors le Cheval de bronze. Il avait été précédemment, dit-il aussi, chirurgien dans le régiment des gardes françaises, puis garçon chirurgien à l'Hôtel-Dieu. Enfin l'un de ses titres à la gloire, qu'il ne faut pas oublier, c'est d'avoir mérité le surnom de *Médecin des pauvres,* auxquels il ne demandait aucun salaire ».

Mercier, dans son ouvrage intitulé : *Tableau de Paris* (2), lui consacre aussi les lignes suivantes :

« Autrefois le Gros Thomas, le coryphée des opérateurs, tenoit ses séances sur le Pont-Neuf. Voici son portrait fidèlement tracé, pour la satisfaction de ceux qui ne l'ont point vu.

« Il étoit reconnoissable de loin par sa taille gigantesque et l'ampleur de ses habits ; monté sur un char d'acier, sa tête élevée et coëffée d'un panache éclatant figuroit avec la tête royale d'Henri IV ; sa voix mâle se faisoit entendre aux deux extrémités du pont, aux deux bords de la Seine. La confiance publique l'environnoit, et la rage de dents sembloit venir expirer à ses pieds. La foule empressée de ses admirateurs, comme un torrent qui toujours s'écoule et reste toujours égal, ne pouvoit se lasser de le contempler ; des mains sans cesse élevées imploroient ses remèdes, et l'on voyoit fuir, le long des trottoirs, les médecins consternés et jaloux de ses succès. Enfin, pour achever le dernier trait de l'éloge de ce grand homme, il est mort sans avoir reconnu la Faculté ! »

Pour achever aussi le portrait de notre héros et réhabiliter sa mémoire quelque peu tournée en ridicule par ses contemporains, nous ne devons pas omettre de citer les passages suivants que nous empruntons à l'*Histoire du Pont-Neuf*, d'Édouard Fournier (3) :

(1) A. Chevalier. *Un charlatan du dix-huitième siècle. Le Grand Thomas* (Mémoires de la Société de l'histoire de Paris et de l'Ile-de-France, t. VII, 1880). — Paris, 1881.

(2) J.-B. Gouriet, t. I, 2e partie, p. 323-325. — Paris, 1811 (Lerouge, libraire, cour du Commerce, quartier Saint-André-des-Arcs).

(1) T. IX, p. 351-352.

(2) *Tableau de Paris,* nouvelle édition, corrigée et augmentée, t. I, chap. L, *le Pont-Neuf*, p. 160. — A Amsterdam, 1782.

(3) Édouard Fournier. *Histoire du Pont-Neuf*, chap. IX, p. 251 et suiv.

« Le Grand ou, si vous aimez mieux, le Gros Thomas, l'arracheur de dents, *ce brillant pendant d'oreille du Cheval de bronze,* comme l'appelle l'abbé Grécourt (1), était un brave homme d'empirique, un vrai philanthrope ; il aurait arraché les dents sans douleur s'il avait pu ; mais, la chose étant, à ce qu'il paraît, impossible, il s'en dédommageait par des merveilles de vigueur et d'adresse, chaque fois qu'on s'en fiait à lui du soulagement de ses douleurs. . . . .

« A certains jours, il se rendait à l'Hôtel-Dieu, où, disait-on, il avait été autrefois garçon chirurgien ; et là, avec une dextérité merveilleuse, il faisait rafle de molaires et de canines malsaines, le tout gratis et par charité (2). D'autres fois il faisait fête aux mâchoires bien portantes. De longues tables abondamment servies étaient dressées par ses ordres sur les trottoirs du Pont-Neuf, et tous ses amis, c'est-à-dire tous les pauvres et tous les badauds de Paris, avaient droit d'y prendre place. »

Le Grand Thomas exerçait donc depuis plusieurs années son noble métier de « guérisseur de tous les maux », et notamment « de toutes les maladies secrètes les plus caractérisées », sur le Pont-Neuf, à l'entrée de la place Dauphine, c'est-à-dire dans l'endroit alors le plus fréquenté de tout Paris.

« Vêtu, » ainsi que le dépeint M. Chevalier, « d'un habit à l'antique de couleur écarlate et galonné d'or, coiffé d'un large tricorne empanaché de plumes de paon et portant au côté un sabre gigantesque, il se tenait sur un char de forme particulière. C'était une large plate-forme, posée sur quatre roues basses, ceinte d'une balustrade à claire-voie et surmontée d'une sorte de toiture bombée. Une petite échelle placée sur le côté permettait à l'opérateur de descendre de son char et d'y remonter à volonté. Une grosse dent couronnée, suspendue à l'un des montants qui soutenaient la toiture, tenait lieu d'enseigne. »

Cependant l'auteur anonyme du *Magasin pittoresque* (3) nous apprend « qu'il avait aussi auprès de lui un homme avec un drapeau portant cette encourageante inscription : *Dentem si non maxillam.* » C'est elle qui très-probablement fit dire à l'auteur de la complainte que nous reproduisons plus loin, d'après M. A. Chevalier (4) :

Qu'il arrachait une mâchoire
Plus vite que vous une dent.

Ainsi que nous rencontrons encore de temps à autre dans certains quartiers de Paris quelques-uns de ces charlatans qui extirpent les dents, sans douleur..... parfois, même pour le patient, avec la pointe d'un sabre ou toute autre arme ou instrument et, dans la plupart des cas, avec une dextérité remarquable, de même le Grand Thomas arrachait aussi dents et chicots au bruit d'une musique plus ou moins assourdissante, dont les accords, à défaut d'autre mérite, avaient tout au moins celui d'étouffer les cris du sujet.

Certain *portrait du Gros Thomas*, au Cabinet des estampes, le représente debout, arrachant une dent, et l'on voit au bas le quatrain suivant (1) :

Grand Thomas avec son panache
Est la perle des charlatans ;
Il vous guérit le mal de dents
Quand il vous les arrache.

Les mauvaises langues ajoutent, et Gouriet avec eux (2), que « le Gros Thomas opérait sans efforts lorsque la dent tenait peu ; mais, lorsqu'elle se montrait opiniâtre, il faisait agenouiller son homme et jusqu'à trois fois le soulevait de terre avec la vigueur d'un taureau. » Toujours le *Dentem si non maxillam.* « Voilà, ajoute-t-il, pour la mâchoire inférieure. On ne dit pas comment il s'y prenait en pareil cas pour la mâchoire supérieure : peut-être employait-il un cabestan. »

« La dent était-elle arrachée, nous dit d'autre part l'auteur anonyme (3), le Grand Thomas envoyait le patient se rincer la bouche avec de l'eau-de-vie à la boutique d'une femme, *Madame Rogomme,* qui se tenait auprès de lui. *Allez, disait-il, allez boire un peu de rogomme ;* c'est ainsi qu'il appelait l'eau-de-vie du nom même de cette femme, et le nom s'est conservé jusqu'à nos jours, dans le langage vulgaire, avec l'acception qu'il lui a donnée. »

Ajoutons encore, avant d'en arriver à la mésaventure qui mit surtout le Grand Thomas en évidence, que, debout sur son char, il offrait aux passants son élixir décoré du nom pompeux d'*esprit solaire,* « baume précieux qui guérissait tous les maux et qu'il vendait six sous la fiole ».

Enfin, « se qualifiant lui-même, dit M. Chevalier (4), de ci-devant chirurgien des hôpitaux du roi, reçu à Saint-Cosme, il avait, pour débiter ses remèdes, le brevet et la permission de M. Dodart, premier médecin du roi, ainsi que des certificats délivrés par deux docteurs régents de la Faculté de médecine, M. Fermelhuys et M. Lemery. »

Cela dit sur notre personnage, parlons maintenant, d'après quelques-uns de ceux qui en furent témoins, de son aventure burlesque de 1729.

A l'occasion de la naissance du dauphin, un *Te Deum* devait être chanté à Notre-Dame ; aussi le Grand Thomas « était-il présent sur son espèce de trône lors du passage du roi sur le Pont-Neuf, en sorte que l'on dit que celui-ci lui a donné une pension (5) ».

« Au milieu de la joie universelle, ajoute M. Chevalier, il s'était fait remarquer par son enthousiasme, saluant Sa Majesté d'une fanfare de sa trompette et de son tambour, et criant : *Vive le Roi* d'une voix si forte qu'il s'était fait entendre par-dessus tout le monde ; enfin il avait illuminé son char pendant trois jours d'une façon singulière. »

Désireux de se signaler encore par un acte capable de répandre sa renommée aussi loin que possible, et aussi, comme le dit Barbier (6), « pour ne pas avoir le dernier en générosité », il résolut de fêter à sa manière l'évènement qui mettait si fort en liesse le peuple de Paris. C'est alors

(1) *Histoire véritable et divertissante de la naissance de Mie-Margot,* 1735, in-4°.
(2) *Extrait des Nouvelles à la main,* dans le *Bulletin du Bibliophile,* mars 1837 ; et *Lettres de Mme du Deffant,* t. II, p. 279.
(3) Loc. cit.
(4) Voir plus loin l'*Apothéose du docteur Gros Thomas.*

(1) *Mémoires,* t. VII, p. 77.
(2) Loc. cit.
(3) *Magasin pittoresque.*
(4) *Mémoires,* t. VII, p. 62.
(5) Barbier (E.-J.-F.), *Journal historique et anecdotique du règne de Louis XV,* édition de La Villegille, t. I, p. 297. — Paris, 1847.
(6) *Id.,* p. 297.

qu'il fit annoncer par son *Avis salutaire au public* (1), distribué et affiché dès le 12 septembre, « qu'il donnerait sur le Pont-Neuf un grand repas à tout le peuple le lundi 19. »

AVIS SALUTAIRE
AU PUBLIC

Par Brevet et Permission de M. Dodart, Premier Medecin du Roy.

Guerison radicale et assûrée pour toutes les Maladies secretes les plus caractérisées, sans garder le Lit ni la Chambre, par le Sieur GRAND THOMAS, cy-devant Chirurgien dans les Hôpitaux du Roy, expérimentée sous les yeux de Messieurs Fermelhuys et Lemery, Docteurs-Régens en Medecine de la Faculté de Paris, sans passer par la Friction et la Salivation.

Vû le Brevet, Permis d'imprimer et d'afficher, HÉRAULT.

Registré sur le Livre de la Communauté des Imprimeurs et Libraires de Paris, n° 1636, conformement aux Reglemens et notamment à l'Arrest de la Cour de Parlement du 3 Décembre 1705. A Paris le 13 Novembre 1727. Signé BRUNET *Syndic.*

LE GRAND THOMAS, reçû à Saint-Cosme, et fameux Opérateur pour la Partie qui concerne les Dents, donne Avis au Public qu'il arrachera les Dents, pendant Quinze jours, GRATIS, en Réjoüissance de l'heureuse Naissance de Monseigneur LE DAUPHIN ; et qu'à cette occasion il tiendra Lundy prochain, 19 du present mois de Septembre 1729, Table ouverte sur le Pont-Neuf, depuis le matin jusques au soir, et donnera pour le Dessert une petite Réjoüissance d'Artifice.

Sa demeure est Quay de Conty, proche l'Hôtel de Conty. On le trouve toûjours chez luy, ou à sa Place ordinaire sur le Pont-Neuf, vis à vis le Cheval de Bronze.

De l'Imprimerie de Louis Sevestre, Pont Saint-Michel, à Saint-Sylvestre.

Cette invitation par billets à la main ou par affiches était confirmée chaque jour par quelque harangue prononcée du haut de son char. L'une d'elles, « recueillie au vol par quelque badaud et imprimée par ses soins », a été publiée récemment par notre savant collègue de la Société de l'histoire de Paris, auquel M. Émile Campardon l'avait communiquée. Elle était ainsi conçue :

HARANGUE

Du Grand Thomas, Opérateur pour les Dents, sur le Pont-Neuf, en Réjouissance de l'heureux accouchement de la REINE *et de la naissance du* DAUPHIN.

Le Grand Thomas, ayant appris le 4 de ce mois, sur les cinq heures du matin, que la Reine venoit d'accoucher d'un Dauphin, fit conduire sur-le-champ son Char sur le Pont-Neuf ; il monta dessus et ordonna à son valet de battre la Caisse pour assembler le Peuple ; là, comme un Empereur sur son Thrône qui revient de la Victoire dans l'excès de sa joye, il parla au Public en ces termes :

Petits et Grands, Ecoutez-moi,

Puisque la Reine vient de donner à la France un Dauphin que nous souhaitions tant, il est plus que naturel que chacun fasse dilater sa joye et prenne des pilules de rejouissances infusées dans une Pinte ou deux de divertissemens Bachiques, et comme chacun, mes chers Amis, doit montrer sa satisfaction en ce jour, je ne saurois dans mon état la mieux faire paroistre et mon zèle que par quelque chose qui interesse. Or est-il que je vous donne avis, à tou tant que vous estes, que pendant quinze jours consecutifs j'arracherai *gratis* les dents, les laverai, les nettoyerai et les rendra blanches comme du Lait, plus, que je distribuerai mes paquets et mes phioles aussi *gratis*, le tout en réjoüissance de l'heureuse naissance du Dauphin ; ceux de vous qui voudront l'eprouver n'ont qu'à s'approcher à l'instant. Il finit là son éloquent discours par un applaudissement general de Laquais, Servantes, Savoyards, Crocheteurs et autres gens de cette espece qui se disoient les uns aux autres qu'on pourroit prendre un jour cet homme pour avoir soin des dents du Dauphin ; cela fut suivi de plus de cent mille Vive le Roi, accompagnez d'une fanfare de sa Trompette et de son Tambour qui, joints au Tocsin de la Samaritaine, firent un concert mélodieux sur le Pont-Neuf. Ce grand homme, non content de cela, fit illuminer pendant les trois jours de rejouissance son Char d'une façon singulière, et parut le jour que le Roi vint à Notre-Dame comme un second Phaëton sur son Char, dans un habit richement galonné quoique fait à l'Antique ; la plume de son chapeau, qui d'ordinaire n'a qu'un demi-pied, en portoit deux ce jour-là, le bord pesoit six onces, et la dragonne de son épée étoit si forte qu'elle cachoit entierement à ceux qui etoient derriere lui le cheval de bronse ; son valet etoit à côté de lui qui distribuoit ses paquets, jusqu'au moment de l'arrivée de Sa Majesté qu'il salüa d'une fanfarre de sa Trompette et de son Tambour, en criant Vive le Roi d'une voix si forte qu'il se fit entendre par-dessus tout le monde.

Permis d'imprimer et distribuer ce 13 Septembre 1729. HÉRAULT.

De l'Imprimerie de L. Coignard, Place du Pont S.-Michel.

Tout semblait marcher à souhait; le Grand Thomas, hâtant les préparatifs du festin, « avait, à cet effet, acheté un bœuf, des moutons, fait provision de vin », comme le rapporte Barbier dans son *Journal historique et anecdotique*, « lorsque le conseil de police, ayant réfléchi sur les inconvénients d'un pareil festin au milieu du Pont-Neuf, lui fit faire défense, le dimanche au soir, d'exécuter son repas. »

La fête ne put donc avoir lieu, et le mécontentement des invités ainsi que l'émeute populaire qui s'ensuivit sont choses trop aisées à comprendre pour qu'il nous soit nécessaire d'insister. Nous nous bornons donc à donner de cette journée le récit, humoristique mais véridique, d'un témoin oculaire, le célèbre Piron, qui dès le lendemain, c'est-à-dire le mardi 20 septembre 1729, écrivait, à ce sujet, la lettre suivante au marquis de Senas d'Orgeval :

A Monsieur le Marquis
de Senas d'Orgeval.

. . . .

Depuis mon autre lettre écrite, il est arrivé quelque chose d'assez nouveau à Paris.

Le grand Thomas,

Si bien connu de vous et de toute la terre,

a voulu se mettre des magnificences qu'on fait en réjouissance du Dauphin. Il fit distribuer des billets à la main avant-hier par lesquels il donnoit avis au public, qu'il arracheroit, quinze jours durant, les dents *gratis*, et qu'il tiendroit, un jour entier, table ouverte sur le Pont-Neuf. Il avoit marqué la salle à manger dans le préau grillé où est la statue d'Henri IV. Il avoit fait entre autres provisions celle de six cents cervelas. Plusieurs honnêtes gens avoient retenu des fenêtres, pour voir servir un si noble repas. Mais l'homme propose et Dieu dispose. M. le lieutenant de police, on ne sait pourquoi (on dit que c'est parce que les billets d'avis étoient imprimés sans sa permission), a envoyé saisir le repas, hier, jour de l'invitation, avec défense au Grand Thomas de se montrer de la journée sur le Pont-Neuf. Cependant arrivèrent les conviés, n'ayant pour toute robe nuptiale que leurs chemises

(1) Nous la donnons ici d'après M. A. Chevalier. Elle est tirée de la *Collection Clairambault*, vol. 1159. En tête, dit notre savant confrère, est l'écu de France, timbré de la couronne royale et entouré des colliers des ordres du roi.

sales, des bonnets gras, des tabliers de cuir et des sabots. Ces Messieurs n'ayant trouvé sur le Pont-Neuf ni pot-au-feu, ni écuelles lavées, se rabattirent au quai de Conti, où demeure l'Amphitryon, ils frappèrent insolemment et dirent que le public étoit sacré, et qu'on ne se moquoit pas ainsi de lui; qu'ils avoient mis cuire sur cela, et qu'on eût à servir. Le Grand Thomas, se présentant à une fenêtre, comme sur une tribune, crut pacifier ces affamés par l'aspect de son auguste visage, et cette éloquence publique, dont il a depuis si long-temps l'usage. Ventre à jeun n'a point d'oreilles. Les convives se mutinèrent à tel point, que le Grand Thomas fut contraint, dans cette extrémité, de tirer dehors le seul plat que lui avoit laissé l'inspecteur de police; il sortit avec un gourdin dont il régala les plus pressés. Je vis servir ces entrées-là, j'eus même le plaisir d'offrir un cure-dent à un crocheteur, qui se plaignoit des épaules. Amphitryon passa la journée à voir casser ses vitres, et à faire de ces sorties de temps en temps, au grand plaisir de ceux qui étoient loin des miettes de la table. Grebert et moi, présens à ce festin, en avons tant ri, que les reins nous en font presque aussi mal qu'aux convives. Cela valoit-il pourtant la peine de tenir deux pages? Tout coup vaille. »

Cette curieuse lettre, qui fut publiée pour la première fois en 1826 dans les *Mélanges*, où nous l'avons trouvée, mérite d'être complétée par les quelques lignes suivantes que nous empruntons au journal de Barbier :

« On a été obligé, dit-il, d'aller chercher la garde pour la sûreté de la personne du grand Thomas et pour chasser cette populace. Le Pont-Neuf, la place Dauphine et les quais étaient remplis à ne pouvoir passer. Cela suffit pour montrer qu'on a fort bien fait d'empêcher ce repas, mais il fallait le défendre à la première réquisition sans attendre que Thomas eût fait ses provisions (1). »

Quelques jours plus tard paraissait un pamphlet imprimé qui, sous le titre de *Désolation du festin du Grand Thomas*, cherchait à donner le change au public sur les motifs pour lesquels le repas n'avait pas eu lieu et à en rendre responsable celui-là même qui avait tout fait, au contraire, pour qu'il pût réussir. Cette pièce que nous donnons ici est extraite de la notice de M. Chevalier et provient, comme la première, de la *Collection Clairambault*, vol. 1159.

DÉSOLATION

DU FESTIN DU GRAND THOMAS.

Il n'y a rien de solide dans la félicité humaine, et la joye la plus sensible n'est pas exempte de traverses; celle du Grand Thomas nous en fournit un exemple rescent, ce fameux Opérateur, la terreur des machoires humaines, monté sur son char mobile caparaçonné d'accoutremens dorez, à la manière des Elephans de Darius, son chef magistral chargé d'une rotonde plus propre à faire un Matelat qu'un ornement de tête et d'un feutre jadis neuf relevé par la dépoüille de plusieurs paons, et arrangez à diverses étages, ressemblant plus par sa face enluminée au bonhomme Silene qu'à des hommes de nos jours, s'imaginoit deja estre quelque demi-dieu; l'honneur qu'il avoit eu de saluer dans cette posture l'Auguste Monarque qui nous gouverne, la joye qu'il avoit fait paroître à la naissance du Dauphin et la genereuse gratification de quinzaine en faveur du public l'avoient aussi enflé qu'un des grabens (*trabans?*) d'Eole destiné pour quelque esclande maritime; dans ce gonflement d'honeur, de joye et d'applaudissement, voulant faire monter sa joye à son dernier periode, il ordonne un festin général pour tout le monde, il le publie, le fait afficher avec assignation d'un jour pour une si grande feste, où chacun devoit avoir place sans acceptation (2) de personnes, je crois bien que les Tritons et les Nymphes de Seine avoient des titres particuliers pour honorer le Banquet de leurs Deïtez : mais les réflexions vinrent à ce grand homme, et, prevoyant qu'il pourroit rendre quelque mécontens, il resolut de ne rien faire; ce cas inopé (1) jetta la consternation dans l'esprit des conviez benevoles, qu'il ne faut pas prier deux fois, comme sont les gens nés sous la contestation (2) de Saturne, telles que sont les parasies (3), savetiers, Crocheteurs, Gagne deniers, Decroteurs, chercheurs de franches lipées, oisifs, fainéans, qui sont obligez de dire Benedicité fort près des grâces, et gens ne sçachant de quel bois faire fleches, qui sont par cette catastrophe bien éloignez de leurs espérances. Par bonheur, comme c'étoit le Lundi, la Guinguette a pû suppléer au funeste accident.

Permis d'imprimer et distribuer, ce 22 septembre 1729. HÉRAULT.

De l'Imprimerie de Louis Coignard, Place du Pont Saint-Michel.

Néanmoins le crédit de notre héros n'en fut point atteint et, six semaines après la naissance du Dauphin : « il réparait brillamment sa mésaventure par une visite de félicitations qu'il allait faire au roi et à la reine » (à Versailles) dans le plus superbe apparat, comme le témoignent les deux pièces suivantes, la première empruntée à l'auteur anonyme de la petite notice du Magasin pittoresque, la seconde à la *Collection Clairambault*.

La première est ainsi conçue :

« Au-dessous d'une gravure qui représente notre opérateur se rendant à Versailles on lit les quelques lignes de texte suivantes qui donnent une idée de la magnificence du singulier personnage : Le superbe cheval qui avoit l'honneur de porter l'incomparable Thomas étoit orné d'une prodigieuse quantité de dents enfilées les unes avec les autres. Un valet avoit soin de le traîner par la bride de peur que la joie et les acclamations du peuple ne le fissent sortir du sérieux qui convient à une pareille cérémonie. Les ajustemens du grand Thomas étoient nouveaux et extraordinaires. Son bonnet d'argent massif et d'un travail achevé avoit à son sommet un globe surmonté d'un coq chantant. Le bas de ce couvre-chef étoit terminé par un retroucy au milieu duquel on voyoit les armes de France et de Navarre, et sur le côté gauche un soleil et ces mots : *Nec pluribus impar* (4). Son habit d'écarlate fait à la turc étoit garni de dents, de mâchoires et pierreries du Temple; de plus il avoit un plastron d'argent qui représentoit un soleil, mais si lumineux que l'on ne pouvoit le regarder que de côté (5). Son sabre étoit long de 6 pieds. Sa suite étoit composée d'un tambour, d'un trompette et d'un porte-drapeau qui marchoient devant lui; à ses côtés il avoit un tisanier et un pâtissier. »

Quant à la seconde pièce, qui a trait au retour de Versailles du grand Thomas, la voici :

L'ordre et la marche de l'entrée du Grand Thomas en habit de Cérémonie.

Le Grand Thomas, Illustre Opérateur sur les machoires humaines et si connu par les faits extraordinaires dont il s'est signalé en toute occasion, aïant conçû le dessein d'aller complimenter le Roy et la Reine sur la Naissance du Dauphin, fera son entrée dans Paris, au retour de la Cour, dans l'habit et la manière qui suit. Il sera monté

(1) Barbier (E.-J.-F.). — Loc. cit., p. 297.

(2) Pour « acception ».

(1) Pour « inopiné ».

(2) Pour « constellation ».

(3) Pour « parasites ».

(4) M. Chevalier nous dit aussi dans son excellente notice que le bonnet du grand Thomas « avait la forme d'une tiare; il était semé de fleurs de lis, décoré des armes de France et de la devise du roi, ombragé sur le devant par une aigrette volumineuse et surmonté d'une boule d'où s'élançait un coq, le bec ouvert, les ailes épanouies. »

(5) Il avait 8 pouces ou 23 centimètres de diamètre.

sur son Bucéphale de parade, natif de Mirebalais, et dont la douce allure, l'encolure aisée, la croupe rebondie, la finesse des jambes et l'étalage des oreilles prouvent l'excellence de ce Haras. Sa monture équipée à la Houzarde aura sur le front, entre les deux yeux, la terrible dent molaire de Gargantua; elle sera revêtue d'un Caparasson brodé de Dents humaines avec des Daviers passez en sautoir aux quatre coins de la Housse; l'amplitude de son chef sera couverte et ombragée du fameux Bonnet dont tout le monde est prévenu et qui d'argent d'Orphevrerie pese 6 marcs 7 onces, de la hauteur de 16 pouces sur 7 de diametre, sur le haut duquel est un Cocq les ailes épanouies, le bec ouvert et imitant si bien le naturel qu'il n'y manque que la voix et l'accent, avec une aigrette des plus fournies pour égaler le volume de sa Perruque, et sur son estomac une Égide representant le Soleil dans tout son éclat. Ce Heros Dentiste sera precedé d'un drapeau émaillé de goutes de sang avec des dents en étoiles; ensuite viendra un Tambourg de Basque avec une Trompette marine, au milieu de deux Flustes à l'Oignon, et par derriere douze Savoyards jouans de la Bombarde. Deux Crocheteurs chargez de petits Patez seront aux cotez de notre Rodomont, qui en jettera au Public, et six vendeurs de ptissanne ouvriront sans cesse le Robinet de leurs Fontaines pour désalterer les curieux. Son Dogue suivra le Bucephale, mordant de tems en tems la queue de ce fier Animal pour luy faire faire des Courbettes et pour empêcher par ses aboyements réiterez et menaçans que personne n'atrape quelques ruades; la populace, dont la plus grande partie sera composée de Laquais et d'Ecoliers, fermera cette brillante cavalcade.

Permis d'imprimer et distribuer, ce 19 *Octobre* 1729. HÉRAULT.

De l'Imprimerie de Louis Coignard, Place du Pont Saint-Michel.

Plus tard, l'arracheur de dents du Pont-Neuf fit encore de temps à autre parler de lui, notamment en 1736, où parut l'épître en vers que nous donnons ci-dessous, à titre de document, d'après le travail de M. Chevalier.

ÉPITRE.

A MONSIEUR THOMAS,

Des Empyriques du siècle le plus illustre et le seul charitable.

Digne fils d'Esculape, au temple de memoire,
Ma muse se hasarde à chanter votre gloire,
Et dans ce haut dessein trop longtemps suspendu
Elle va vous donner l'encens qui vous est dû.
Phœbus, viens seconder mon zele témeraire ...
Et daigne me prêter ton flambeau salutaire.
L'illustre GRAND THOMAS, l'honneur de l'Univers,
Est enfin aujourd'hui le sujet de mes vers.
Tu sçais bien qu'autrefois, aux rives de la Seine,
La Mort, la sombre Mort vivoit en souveraine,
Et prevenant toujours la lente guérison,
Elle portoit partout son funebre poison.
D'un deuil continuel elle faisoit parade,
Et tout enfin mouroit avant qu'être malade.
Mais l'illustre THOMAS, par ses divins secrets,
Paroît sur ce rivage, arrête ses progrès:
La Mort est désolée et s'excite à la rage;
Elle change vingt fois de couleur, de visage;
Elle redouble en vain ses vigoureux efforts;
Confuse, elle se plonge au Royaume des Morts.
Alors le GRAND THOMAS triomphant, plein de gloire,
Nous invite à goûter l'effet de sa victoire;
Et loin de ravilir son secours genereux
Par un sordide gain, ainsi que nos ayeux,
Par un soin libéral autant que charitable
Il donne le remède au mal du misérable;
La fièvre devant lui disparoît en tremblant,
La goutte pour jamais s'enfuit en clopinant,
Et tous les maux bannis par son art salutaire
Laissent goûter en paix les plaisirs de la terre.
Enfin tout l'Univers l'admire et le bénit,
Et ma Muse à chanter, manquant de voix, finit.

Vû l'Approbation du S[r] Paget. Perm. d'Imp. Colp. Ce 15 décembre 1736. HÉRAULT.

De l'Imprimerie de la veuve VALLEYRE, rue de la Huchette.

Enfin, dit Édouard Fournier (1), « lorsque le gros Thomas crut avoir assez fait pour sa gloire et pour l'humanité souffrante, il se retira. Il était riche, mais non pas autant que ses bénéfices quotidiens l'eussent pu faire croire; ce grand homme avait toujours eu la manie », — manie, ajoutons-le, qui lui fait le plus grand honneur, — « d'être plus philanthrope qu'économe. *Il s'est borné,* d'après Dupuis Demporte, *à* 12,000 *livres de rente pour lui et son gros chien.* Loin du Pont-Neuf, sa vie fut triste et ne se prolongea pas longtemps, mais il fut jusqu'au bout digne de lui-même, intrépidement fidèle à ses convictions. Il est mort sans avoir reconnu la Faculté. »

M. Chevalier dit, de son côté, « que c'est la maladie qui l'éloigna de son cher Pont-Neuf en 1754 et qu'il mourut le 19 mars 1757, ainsi que l'indique certain procès-verbal de *scellé après décès*, dressé par messire Aignan-Philippe-Michel de Rochebrune. Le Grand Thomas, de son vrai nom Jean Thomas, logeait alors dans l'Isle Notre-Dame, sur le quai d'Orléans, vis-à-vis le Pont-Rouge.

. . . .

« Alité depuis vingt-huit mois, il était soigné par deux garde-malades, sous la haute direction de messire Paul Respons, ancien chirurgien des camps et armées du roi. D'après l'inventaire qui fut dressé par M[e] Bioche, notaire au Châtelet, on voit que le Grand Thomas, après quarante ans d'exercice, laissait à ses héritiers, un neveu et une nièce, 55,900 livres d'argent comptant, une maison et quelques mauvais meubles. »

En guise d'oraison funèbre, on fit sur lui, trois ans plus tard, en 1760, une complainte dont les onze couplets se chantaient sur l'air du malheureux Lysandre. Elle figure dans le *Chansonnier français* (2), où Gouriet regrettait de n'avoir pu la retrouver. Édouard Fournier, plus heureux, l'y a découverte et en a donné plusieurs passages dans son *Histoire du Pont-Neuf.* M. Chevalier la publie en entier dans sa notice, sous le titre d'*Apothéose :*

Nous la reproduisons aussi *in extenso :*

APOTHÉOSE DU DOCTEUR GROS THOMAS.

AIR : *Un jour le malheureux Lysandre.*

C'est fait, le grand Thomas est mort,
Il a déjà passé la barque.
Mortels, apprenez par son sort
Que tout est soumis à la Parque.
La cruelle a sçu se venger
Ou plutôt se dédommager
En terrassant un si grand homme,
Qui depuis longtemps par hasard,
Comme un disciple de saint Côme,
Guérissoit vos maux tôt ou tard.

Allez en corps, Chirurgiens,
De vos pleurs arroser sa tombe;
D'étrangers et de citoyens
Vous lui devez une hécatombe.
Ce docteur expérimenté

(1) Loc. cit., p. 260.
(2) XII[e] Recueil. Paris 1760, p. 117 à 122.

A tout Paris a répété
Que ses boles (*sic*) sudorifiques,
Ptisannes, baume, et cetera,
Vous fournissoient plus de pratiques
Que le quartier de l'Opéra.

Habile à prévoir le danger
Où l'exposoit la noire envie,
Lui-même apprêtoit son manger,
Par lui sa table étoit servie.
Toujours la crainte est donc l'effet
Du vrai mérite et du forfait.
Pour condamner sa méfiance,
Pleurez, empirique troupeau,
Et pour désabuser la France
Enterrez-vous dans son tombeau.

Et vous, partisans du Séné,
Illustres enfants d'Hypocrate,
Sous le chaperon herminé
Endossez Robbe d'écarlate;
Allez demander à Pluton
L'hôte nouveau de l'Achéron.
Le prince du Royaume sombre
Vous exhaussera (*sic*) sans courroux:
C'est le moins qu'il vous rende une ombre
Pour tant d'autres qu'il tient de vous.

Hélas, je vous implore en vain,
A mes cris vous fermez l'oreille,
Vous n'avez que des cœurs d'airain
Où toujours la pitié sommeille;
Je cesse enfin de l'exciter
En vous entendant marmoter
Qu'il devoit être la victime
D'un art qu'il ne connoissoit pas,
Et que chez vous c'est un grand crime
D'arracher une âme au trépas.

D'accord, et j'en conviens aussi,
Lorsque c'est un homme ordinaire:
Mais chacun sçait que celui-ci
Aux autres ne ressembloit guère.
C'étoit un gros homme de poids,
Qui, je soutiens, en valoit trois,
Buvoit et mangeoit comme quatre,
S'étendoit, dormoit et ronfloit
Dix-huit heures, sans en rabattre,
Si la soif ne le réveilloit.

Environ mil sept cent dix-neuf,
Peut-être dès mil sept cent onze,
Il s'établit sur le Pont-Neuf,
Vis à vis du Cheval de bronze;
Il y figuroit avec lui
En opérateur d'aujourd'hui,
Vêtu l'hiver comme en automne,
Et l'automne comme en été,
Au Spectateur qui l'environne
Il annonçoit sa qualité.

Sur un char ceint de gardefoux,
Construit d'une forme nouvelle,
Il y debitoit pour cinq sous
La medecine universelle.
Le foie et les reins entrepris
Par son remede étoient guéris,
Et par une secrette cause
Qu'il connoissoit dans tous les maux,
Il ordonnoit la même dose
Pour les hommes et les chevaux.

Sa main surpassoit son conseil,
J'en atteste l'expérience,
Et le titre de Sans-Pareil
Lui fut acquis par sa science.
Dentistes, qui suivez ses pas,
Bientôt vous n'en douterez pas.
Lisez sa mémorable histoire:
Elle annonce pour évident
Qu'il arrachoit une machoire
Plus vite que vous une dent.

Un homme avec tant de vertus
Devoit-il rester sur la terre?
Ah! nos regrets sont superflus:
Il doit monter jusqu'au Tonnerre.
Mais comment faire? Mon Heros
Étoit si puissant et si gros!
Des chemins si peu praticables
Conduisent au séjour des Dieux
Qu'il fut contraint d'aller au Diable,
Ne pouvant pas grimper aux Cieux.

Muni du baume précieux
Qu'il composa pour la brûlure,
Il habite les sombres lieux,
Y suspend tourmens et torture;
Il tire au patron du Bachot
De temps en temps un vieux chicot,
Aiguise les dents de Cerbère,
Et près du trône, en liberté,
Il exerce son ministère
En dépit de la Faculté.

En terminant les quelques notes que nous venons de donner, à seule fin de continuer la série des documents pour servir à l'histoire de tous ceux qui de près ou de loin touchent à la médecine ou à la chirurgie, voire même à l'art dentaire, nous dirons encore avec Édouard Fournier que:

« Le Gros Thomas, dans son beau temps, n'avait pas été indifférent aux galanteries dont le séjour du Pont-Neuf offrait tant d'occasions. Il s'était en toutes circonstances montré bon diable et même patron de bonne humeur pour les *Infants du Roi de cuivre*, comme on appelait alors les filles du Pont-Neuf.

..... Pour la nymphe et le *gonze*
De la Cour de Miracle et du Cheval de Bronze,

comme disait La Fontaine (1).

« Mal de dent et mal d'amour sont presque la même chose, dit le proverbe, et maître Thomas ne le démentait pas. Il était compatissant pour l'un comme pour l'autre et tout-à-fait au service de ceux qui en souffraient (2). »

Émile Rivière.

MM. les médecins-inspecteurs: Legouest, président du conseil de santé des armées, L. Didiot, directeur de l'École du Val-de-Grâce, sont nommés membres de la commission chargée de la révision et de la coordination des lois militaires.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Jules Lolliot, ancien interne des hôpitaux de Paris, décédé à Suresnes, le 12 février 1882, à l'âge de quarante-deux ans.

(1) La Fontaine. *Comédie de Ragotin*, acte IV, sc. III.
(2) Barbier. Loc. cit., p. 262-263.

Le Directeur-gérant: Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 12417.

121

Médecin, souvent malade, demande confrère âgé, capable, avec références, n'exerçant plus (conditions de rigueur) pour le remplacer, au besoin, à son cabinet. Pas de visites en ville. — M. Shrubb, 40, rue des Martyrs, Paris.

104

Pilules de Podophylle Coirre

Contre la Constipation habituelle, les Hémorrhoïdes et la Colique hépatique.

« Un grand nombre d'accidents
« morbides dont la cause paraît
« ignorée sont dus à un état de
« constipation habituelle.

. . . .

« Loin de modifier heureuse-
« ment la constipation, les pur-
« gatifs l'augmentent et la ren-
« dent presque invincible.
« Professeur Trousseau. »

Les expériences nombreuses faites depuis sept ans dans les hôpitaux ont démontré l'efficacité de la *Podophylle* dans la constipation habituelle, ainsi que dans les hémorrhoïdes internes et la colique hépatique.

Ces pilules régularisent les fonctions digestives et procurent tous les matins une garde-robe naturelle. Elles peuvent être employées sans aucun inconvénient, même chez les femmes enceintes et les enfants. — En guérissant la constipation, elles évitent les nombreux accidents dont elle est si souvent la cause.

Une pilule le soir en se couchant, sans qu'il soit nécessaire de rien changer au régime.

Prix : *3 fr. la boîte* dans toutes les pharm.

Phosphure de Zinc (GRANULES TROIS CACHETS)

4 milligr. (1/2 milligr. de Phosphore actif).

Ces Granules sont faits exclusivement avec du Phosphure de Zinc cristallisé. On peut donc être assuré de la pureté du produit et des effets qu'on est en droit d'en attendre.

Nous rappelons que le Phosphure de Zinc a été administré avec le plus grand succès en France, en Angleterre, en Allemagne et en Amérique, où l'on en fait le plus grand usage dans la chlorose, les anémies, les hémorrhagies utérines, etc., où il agirait beaucoup mieux que le fer, quoique au même titre d'excitant général de la nutriton. — Dans les névralgies et les névroses en général, dans l'hystérie, dans la scrofule, c'est-àdire dans un très-grand nombre de manifestations.

Prix : *3 fr. le flacon* dans toutes les pharmacies.

122

Vin et Sirop de Dusart

AU LACTOPHOSPHATE DE CHAUX.

(Exempt d'acide chlorhydrique.)

Les recherches de M. Dusart sur le phosphate de chaux ont montré que ce sel, loin d'être inactif comme on le supposait, est au contraire doué de propriétés physiologiques et thérapeutiques très-remarquables.— Physiologiquement, il se combine aux matières azotées des aliments et les fixe en les transformant en tissus; de là, développement de l'appétit et augmentation du poids du corps. — Thérapeutiquement, ces propriétés en font un reconstituant de premier ordre.

Le Sirop dans la médication des enfants, le Vin chez l'adulte, dans les affections de l'estomac et comme analeptique, sont généralement admis.

Indications : Croissance, rachitisme, dentition, affections des os, plaies et fractures, débilité générale, phthisie, dyspepsie, convalescences.

Dose: 2 à 6 cuillerées par jour. Pharmacie, 113, rue du Faubourg-Saint-Honoré.

57

Farine lactée Nestlé

Dont la base est le bon lait. 3 *Diplômes d'honneur* et 5 *Médailles d'or.* — 10 ans de succès. C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel et facilite le sevrage; avec lui, pas de diarrhée, pas de vomissements, la digestion en est facile et complète. Exiger la signature Henri Nestlé. — Gros : Christen frères, 16, rue du Parc-Royal. — Détail : Pharmacie Christen, 31, rue du Caire, Paris, et tous les pharmaciens.

11

Rhumes, Grippes, Bronchites.

Sirop et Pâte de P. Lamouroux

45, rue Vauvilliers, et toutes pharmacies.

35

Capsules Mathey-Caylus

Au Copahu et à l'Essence de Santal,
Au Copahu, au Cubèbe et à l'Essence de Santal,
Au Copahu, au Fer et à l'Essence de Santal.

« Les CAPSULES MATHEY-CAYLUS à enveloppe mince de Gluten constituent le moyen le plus parfait pour administrer certains médicaments à odeur et à saveur désagréables.

« L'ESSENCE DE SANTAL associée au Copahu ou autres balsamiques possède une efficacité réelle et est employée avec succès dans la Blennorrhagie, la Blennorrhée, la Cystite du Col, et les affections des organes génito-urinaires. »

En prescrivant les Capsules MATHEY-CAYLUS, MM. les Médecins seront certains de procurer à leurs malades des médicaments purs et parfaitement dosés.

Gros : **Clin & Cie**, 14, rue Racine, Paris

Détail : 3, Carrefour Odéon, et Pharmacies.

37

Névroses. — Sirop Collas

au BROMURE double de POTASSIUM et de LITHIUM. — Dose : 2 à 3 cuillerées par jour.

Le *Bromure de Lithium* est un des plus puissants sédatifs dans le traitement des maladies nerveuses, car il contient 91,95 de Brôme pour 100 parties.

Diathèse urique. Pilules Collas

au BROMURE de LITHIUM. — Dose : 4 ou 6 pilules par jour.

Le *Bromure de Lithium* est un des meilleurs modificateurs de la *diathèse urique*, puisque un gramme de ce *Bromure* neutralise quatre grammes d'acide urique.

Dépôt pharmacie Collas, 8, r. Dauphine, Paris.

46

Hématosine *de TABOURIN et LEMAIRE*

FERRUGINEUX PHYSIOLOGIQUE ASSIMILABLE.

L'**Hématosine** est la matière organique la plus riche **en fer** et, **point capital**, en **fer assimilable.**

Elle n'est pas attaquée par le suc gastrique, qui conserve intactes toutes ses propriétés pour les aliments, et elle passe comme une matière inerte de l'estomac dans l'intestin. — Elle se dissout seulement dans l'intestin en présence des sucs alcalins, et elle y est rapidement absorbée. — Arrivée dans le torrent circulatoire, elle se fixe sur les globules sanguins, se transforme immédiatement en hémoglobine et enrichit toute la masse du sang.

Dépôt dans toutes les Pharmacies.

54

Le phosphate monocalcique

CRISTALLISÉ DE BARBARIN

C'est le phosphate de chaux à son maximum de puissance et de pureté.

Le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.

Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. p. 30.
Vin id, id. à 1 — 60.

Paris, 163, r. de Belleville, et bonnes pharmies.

50

Etablissement orthopédique

28, rue Lauriston (place de l'Étoile). Médecin en chef : E. Duval, fils du docteur *Vincent Duval*, lauréat de l'Institut, directeur pendant plus de quarante ans des traitements orthopédiques dans les hôpitaux civils de Paris, etc.

Traitement des difformités de la taille, du pied-bot, de la fausse ankylose du genou, des torticolis, des tumeurs blanches, de la hanche, des gibbosités, etc., etc. — Jardin, gymnase. — Consultations tous les jours de deux à quatre heures.

51

Dragées QUINO-BALSAMIQUES Balmelle

(BAUME DU BRÉSIL ET EXTRAIT DE QUINA)

Préparation **tonique** et **anticatarrhale** prescrite avec le plus grand succès dans les affections aiguës et chroniques de la muqueuse urinaire (*blennorrhagie, blennorrhée, uréthrite, prostatite, cystite, catarrhe vésical, pyélonéphrite*). — Dose : de 8 à 16 par jour.

Paris, 41, fg Poissonière, et princip. pharmies.

55

Sirop Balsamo-diurétique

(à l'extrait de Buchu)

Contre toutes les *Maladies des voies urinaires*, spécialement le *Catarrhe chronique de la vessie*, l'*Irritation du canal de l'urèthre*, les *Maladies de la prostate*, l'*Incontinence de l'urine*, la *Gravelle urique*, etc. — Prix : 5 francs le flacon.

SWANN, ph.-chim., r. Castiglione, 12, Paris.

34

Solution de Salicylate de Soude

DU DOCTEUR CLIN

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris

(PRIX MONTYON)

La **Solution du Docteur Clin**, toujours identique dans sa composition et d'un goût agréable, permet d'administrer facilement le *Salicylate de Soude* et de varier la dose suivant les indications qui se présentent.

Employée dans le traitement des Rhumatismes aigu et chronique, de la Goutte, de la Gravelle, etc., cette Solution contient très-exactement :

2 grammes *Salicylate de Soude* par cuillerée à bouche.
0,50 centigr. *Salicylate de Soude* par cuillerée à café.

Détail : *Dans les bonnes Pharmacies.*

Gros : chez **Clin & Cie**, rue Racine, Paris

122

Pastilles de Burin du Buisson

AUX LACTATES DE SOUDE ET DE MAGNÉSIE.

Le professeur Pétrequin, qui a étudié l'action des lactates alcalins dans les maladies fonctionnelles de l'appareil digestif, les prescrit dans les conditions suivantes :

1° *Pastilles simples aux lactates de soude et de magnésie* contre les digestions mauvaises, difficiles ; le gonflement de l'estomac et des intestins avec sécheresse de la bouche, de l'arrière-gorge, avec ou sans irritation; douleurs, aigreurs ou vomissements après les repas.

Dose : 6 à 8 après le repas.

2° *Pastilles aux lactates de soude et de magnésie avec pepsine*, dans les cas particuliers où la pepsine est indiquée, alors que les facultés digestives sont altérées, languissantes et quelquefois nulles, ou à la suite d'affaiblissement général.

Dose : 6 à 8 avant ou après les repas.

Lyon, Gavinet; Paris, dans les principales phies.

93

Dragées et Sirop dépuratifs

DU DOCTEUR GIBERT,

Ancien secrétaire de l'Académie de médecine, ancien médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Ces deux préparations sont inaltérables. Elles sont employées avec succès, depuis 1841, dans le traitement des **Affections syphilitiques,** des **maladies rebelles de la peau,** et dans tous les cas où l'emploi des iodiques est indiqué.

Chaque cuillerée à bouche contient 0,50 d'iodure de potassium et 0,01 de bi-iodure. Deux dragées équivalent à une cuillérée à bouche de sirop.

Exiger les signatures Gibert et Boutigny.

Paris, pharmacie Boutigny, Deslauriers uccesseur, 31, rue de Cléry.

44

Vichy, Pastilles digestives

Fabriquées à Vichy, avec les Sels extraits des Eaux. Elles sont d'un goût agréable et sont prescrites contre les aigreurs et les digestions difficiles.

Boîtes de 1, 2 et 5 fr.

SELS DE VICHY POUR BAINS

Le rouleau pour un bain, 1 fr. 25.

SUCRE D'ORGE DE VICHY

Excellent Bonbon digestif. Boîtes de 1, 2 et 3 f.

Exiger sur les produits ci-dessus les marques de la Compagnie.

A Paris, 22, boulevard Montmartre; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré, où se trouvent à prix réduits toutes les eaux minérales naturelles sans exception.

97

Pelletiérine de Tanret

Lauréat de l'Institut.

C'est le tænifuge le plus sûr et le plus facile à prendre. Elle ne se délivre que par doses préparées pour adultes et avec le mode d'emploi.

LA PELLETIÉRINE TANRET EST ADOPTÉE PAR LA MARINE ET LES HOPITAUX DE PARIS.

Paris, phie Tanret, 64, rue Basse-du-Rempart.

64

Elixir alimentaire Ducro très-agréable au goût.

VIANDE CRUE ET ALCOOL.

Phthisie, anémie, convalescence, épuisement.

Env. fo d'échon par poste. Paris, 20, pl. des Vosges.

N° 23. — JEUDI 23 FÉVRIER 1882. 55e ANNÉE. JEUDI 23 FÉVRIER 1882. — N° 23.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.



AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Pour expliquer les hallucinations les plus complexes, celles, par exemple, qui font entendre des mots suivis ou des phrases entières ayant un sens déterminé, M. Ball en est arrivé à formuler une théorie qui est certainement ingénieuse, mais dont la grande hardiesse étonne.

Suivant lui le point de départ en pourrait être périphérique.

Tel serait le cas chez un malade dont M. Ball a raconté l'histoire, et dont le jugement serait resté absolument sain, bien que des actes de fureur et de violence, tout impulsifs, l'aient fait admettre à l'asile Sainte-Anne.

Ce malade, que M. Ball nous a fait voir, âgé de vingt-deux ans, paraît beaucoup plus jeune. Il a cessé de se développer depuis une fièvre typhoïde qu'il a eue à l'âge de seize ans. Antérieurement déjà, à la suite d'un soufflet, raconte-t-il, il avait été atteint d'une otite très-aiguë du côté gauche, avec suppuration de l'oreille moyenne et perforation du tympan. Lors de la fièvre typhoïde cette affection s'est encore aggravée : la surdité est aujourd'hui complète.

Or c'est cette oreille absolument sourde qui entend des bruits et des voix.

Ces voix le plus souvent profèrent des injures, et, dans les premiers temps, le malade, croyant à la réalité des phrases ou des mots qu'il entendait très-distinctement, cherchait querelle aussitôt aux personnes présentes.

Aujourd'hui il se rend bien compte de l'inanité de ses perceptions, et il s'est dit que la maladie de son oreille, qui pouvait lui faire entendre le son des cloches, pouvait tout aussi bien, de la même manière, lui faire entendre des conversations non moins imaginaires.

Le raisonnement du malade est donc conforme de tout point à la théorie de M. Ball, qui n'est elle-même pas très-éloignée des doctrines de M. Luys.

En effet, c'est toujours, au fond, la théorie de l'automatisme par souvenir dans la production du langage, soit perçu, soit articulé. Ici seulement cet automatisme, provoqué occasionnellement par une excitation externe, aboutit à une sensation, tandis que, dans la maladie que M. Luys appelle la chorée du langage, et dont nous avons publié une observation très-détaillée dans une de nos Revues cliniques, le même automatisme aboutissait à l'émission d'un flux de paroles involontaires.

Seulement M. Luys indique une région des centres nerveux où l'impression reçue du dehors (ou transmise par la volonté) prend sa forme définitive. M. Ball se borne à parler d'une prédisposition psychique ou cérébrale dont il n'indique pas la nature, et qui laisserait le jugement intact. Les centres cérébraux eux-mêmes ne seraient nullement affectés, et ce serait en pleine raison qu'on pourrait devenir le jouet de ces conceptions décevantes.

Sur la demande de M. le ministre du commerce, l'Académie va discuter de nouveau la question de la trichinose et de l'importation des viandes américaines. Déjà quelques observations ont été échangées à l'occasion d'un rapport de M. Chatin sur un mémoire de M. le docteur Decaisne; mais on n'en était encore cette fois qu'aux escarmouches, et les orateurs se sont réservé de reprendre leurs arguments d'une façon plus détaillée, quand la commission aura proposé une réponse à faire à M. le Ministre.

La question de la visite des médecins qui sont autorisés à donner des médicaments à leurs malades est loin d'être aussi simple qu'elle semble le paraître au rapporteur de la Société de médecine légale. On lira avec intérêt l'article suivant qu'un de nos plus éminents collaborateurs M. le docteur A. Foucart consacrait, le 5 juin 1856, à cette question qui nous était soumise pour la première fois.

VISITE DES MÉDICAMENTS CHEZ LES MÉDECINS.

LÉGISLATION PROFESSIONNELLE.

Nous avons reçu, il y a quelques jours, d'un de nos abonnés la lettre suivante. Elle a trait à une question d'autant plus intéressante qu'elle n'a pas encore été soulevée ; la voici :

« 1° Le médecin qui tient un dépôt de médicaments pour l'usage exclusif de ses malades, là où il n'y a pas de pharmacie ouverte, est-il astreint à la visite du jury médical, et en conséquence est-il obligé de payer les frais de cette visite ?

« La raison semble répondre que le médecin n'étant responsable de ses remèdes comme de ses actes qu'envers sa conscience, et ne devant d'autre garantie à l'autorité que son titre de médecin, et à ses malades que son savoir et la confiance qu'il leur inspire, nul n'a le droit de s'enquérir de la qualité de ses médicaments

pas plus qu'on n'a celui de critiquer ses ordonnances. A quoi bon dès lors venir les visiter? quelle est la partie du public qu'on se propose de rassurer par ce contrôle? Les clients du médecin n'en ont pas besoin, et les étrangers ne vont pas chez lui.

« La visite des pharmacies ordinaires a un but très-facile à comprendre. Les pharmaciens sont obligés de suivre le *Codex*; car, lorsqu'un médecin leur demande telle substance ou telle préparation, il doit savoir au juste ce qu'on lui donnera, et être assuré en même temps que les médicaments demandés seront de bonne qualité.

« Quant au malade, il agit en aveugle ; il est forcé de s'en rapporter à l'habileté de son médecin et à la probité du pharmacien.

« Mais, lorsque le malade reçoit le remède des mains de son médecin, il croit y trouver une double garantie ; il ne peut supposer, en effet, que celui qui met tous ses soins à le guérir puisse lui administrer des remèdes propres à contrarier sa guérison. A quoi bon, dès lors, vouloir chercher à lui donner des garanties sur la bonne qualité des médicaments de son médecin ? Le jury aurait beau les déclarer mauvais : si le malade a confiance en son médecin, il n'en croira rien.

« Voici une autre difficulté.

« 2° Si l'expérience m'apprend qu'il y a avantage — pour les malades — à modifier telle ou telle préparation, le jury médical, qui ne doit connaître que le *Codex*, me fera-t-il un crime de m'en être écarté ? »

Nous avons reproduit les réflexions dont notre confrère fait suivre les questions qu'il nous adresse. Ces réflexions nous semblent, en effet, très-justes, et nous approuvons fort les raisons qu'il développe. Cependant des raisonnements, si logiques et si honorables qu'ils soient, n'étant pas d'un grand poids devant la justice, qui doit s'en tenir à la loi, c'est par la citation de la loi, que nous allons essayer de résoudre la difficulté qui nous est soumise.

L'article 27 de la loi du 21 germinal au XI est ainsi conçu :

« Les officiers de santé (on sait que par cette dénomination les lois de ventôse et de germinal an XI désignent tous ceux qui ont légalement acquis le droit d'exercer l'art de guérir), les officiers de santé établis dans des bourgs, villages ou communes où il n'y aurait pas de pharmacien ayant officine ouverte, pourront fournir des médicaments simples ou composés aux personnes près desquelles ils seront appelés, mais *sans avoir le droit de tenir officine ouverte*. »

Cet article ne nous semble pas avoir besoin d'interprétati on, et il suffit de s'en tenir strictement à la lettre pour être convaincu que la loi, en accordant au médecin placé dans des circonstances exceptionnelles et déterminées l'autorisation de fournir des médicaments à ses clients n'a nullement eu l'intention de l'assimiler au pharmacien. Ce n'est pas l'intérêt du médecin qu'a eu en vue le législateur, mais uniquement celui du malade, qui, à son grand préjudice, serait obligé d'envoyer chercher au loin des médicaments dont l'administration doit quelquefois être immédiate. La preuve de cette intention se trouve dans cette disposition, qui *défend au médecin de tenir officine ouverte*, de délivrer des médicaments à tous venants, et veut qu'il borne la délivrance de ces remèdes *aux personnes près desquelles il sera appelé*, ou qui viendront le consulter chez lui.

Ce point une fois bien établi, passons aux articles relatifs aux visites.

« Art. 29. — A Paris et dans les villes où seront placées les Écoles de pharmacie, deux docteurs et professeurs des Écoles de médecine, accompagnés des membres des Écoles de pharmacie et assistés d'un commissaire de police, visiteront, au moins une fois l'an, *les officines et magasins des pharmaciens et droguistes*, pour vérifier la bonne qualité des drogues et compositions qu'ils auront dans leurs *magasins*, *officines* et *laboratoires*. Les drogues mal préparées ou détériorées seront saisies à l'instant par le commissaire de police, et il sera ensuite procédé conformément aux lois et règlements actuellement existants.

« Art. 31. — Dans les autres villes ou communes, les visites indiquées ci-dessus seront faites par les membres des jurys de médecine réunis aux quatre pharmaciens qui leur seront adjoints. »

Ici encore, il est bien évident que la loi n'a entendu parler que des pharmaciens, droguistes, de tous ceux qui ont *officine ouverte*, *laboratoire* ou *magasin*, et peuvent délivrer les médicaments ou drogues à tous venants.

Du médecin autorisé à fournir des médicaments à ses clients, il n'en est pas fait mention ; il est tout à fait en dehors de la question, et il ne pouvait en être autrement, puisqu'il n'est ni *assimilé* ni *assimilable* au pharmacien.

Et que l'on ne vienne pas nous dire que c'est un oubli de la loi; la loi n'oublie rien, ou du moins est censée ne rien oublier. Il y a plus : nous affirmons que c'est de dessein prémédité que le législateur a refusé de faire peser sur le médecin la charge dont il grève le pharmacien.

En regard d'une *charge*, il y a toujours un *droit*. Le pharmacien doit subir la visite, l'inspection de ses médicaments : c'est là la *charge*; mais il a le *droit* de vendre ses médicaments, et il l'a seul; ce que fait le médecin auquel il est permis de fournir des médicaments à ses clients n'est que le résultat d'une *tolérance* dans l'intérêt du malade, et la preuve encore de ce que nous affirmons, c'est que d'un jour à l'autre cette tolérance peut lui être retirée, si un pharmacien, par exemple, vient s'établir dans sa commune; c'est qu'il ne peut porter ses médicaments chez un malade habitant une commune où existe une pharmacie. S'il n'a pas le *droit*, il ne peut subir la *charge*.

Les dispositions de la loi à cet égard nous semblent péremptoires. Nous pensons donc, nous le répétons ici, qu'*aucune disposition de la loi n'assujettit le médecin à la visite et à l'inspection des médicaments;* que, partant, il peut, il doit s'y refuser ; la loi ne la lui imposant pas, il est de sa dignité, de son devoir de résister.

Mais comment s'y prendre pour arriver à ce résultat ? Il est évident que ce n'est pas par la force que le médecin doit procéder. A notre avis, il doit déclarer aux membres de la commission, au fonctionnaire public qui les accompagne, qu'il refuse de se soumettre à la visite, et même de les laisser pénétrer dans son domicile pour cet objet ; il doit exiger, si l'on insiste, qu'on dresse procès-verbal constatant son refus et la contrainte dont il a été l'objet ; cela fait, il portera sa plainte devant les tribunaux, et, s'il est condamné en première instance, il devra épuiser tous les degrés de juridiction. La chose en vaut la peine, et nous pouvons répondre à notre confrère qu'il trouvera appui dans tout le corps médical.

La réponse que nous venons de faire à cette première question nous dispense de répondre à la seconde. Il est évident que, si l'on n'a pas le droit de faire la visite des médicaments chez un médecin, on ne pourra censurer ni blâmer ses préparations, ne fussent-elles pas conformes au Codex. Dr A. Foucart.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Hardy.

Insuffisance aortique, hypertrophie et dilatation du ventricule gauche du cœur.

Le malade, que je fais venir à l'amphithéâtre pour vous faire mieux juger de son état, est un garçon restaurateur, âgé de vingt-neuf ans, d'apparence délicate, un peu pâle, assez bien portant néanmoins, nous dit-il, sauf une certaine faiblesse.

Sa mère est morte d'une pleurésie il y a dix-huit mois ; il a perdu aussi un frère et une sœur de phthisie pulmonaire. Quant à lui, il a été exempté du service militaire pour faiblesse de constitution.

En 1876 il a été atteint d'un rhumatisme articulaire aigu généralisé, et a été traité à Lariboisière dans le service de M. Raynaud. A ce moment il eut en même temps quelques

accidents du côté du cœur, dont il ne sait pas la nature, mais dont il entendit dire qu'il conserverait désormais une certaine susceptibilité cardiaque. Il fut assez long à se rétablir et resta deux mois à l'hôpital et un mois environ à l'asile de convalescence de Vincennes, d'où il dut rentrer de nouveau passer deux autres mois à Lariboisière.

Enfin il put reprendre ses occupations, mais en conservant toujours quelques battements de cœur, une douleur, de temps à autre, dans la région sternale, irradiant quelquefois vers l'épaule gauche et le bras du même côté, douleur accompagnée d'étouffements et d'un sentiment de constriction de la poitrine. Il éprouva aussi plusieurs fois des étourdissements, des éblouissements, surtout depuis un an, au point de croire qu'il allait tomber. Enfin, il y a deux mois, il a eu un crachement de sang assez considérable, et depuis lors il s'est mis à toussailler, sans expectoration il est vrai, et, sa faiblesse augmentant, il s'est décidé, il y a huit jours, à entrer dans nos salles.

Si, ces antécédents étant connus, nous procédons à un examen attentif de ce malade, nous constatons les phénomènes suivants :

Le pouls ne dit pas grand'chose; il n'est pas très-fréquent, soixante-huit battements par minute ; il n'est pas très-fort, il est régulier, et le sphygmographe nous donne un tracé qui, à lui seul pour ainsi dire, permet de diagnostiquer nettement la maladie, c'est-à-dire une ligne ascendante très-prononcée, une pointe, un crochet et une ligne descendante particulière sur laquelle nous reviendrons tout à l'heure.

Le cœur présente une légère voussure de la région précordiale plus prononcée à gauche qu'à droite.

La pointe du cœur descend à 1 cent. 1/2 au-dessous de son niveau habituel, c'est-à-dire sous la sixième côte, et à ce niveau on remarque une impulsion très-grande des battements cardiaques.

La percussion dénote un cœur volumineux occupant un espace plus étendu qu'à l'état normal, soit un diamètre vertical de 11 centimètres sur un diamètre transverse de 8 centimètres, en apparence du moins, car en réalité il est certainement plus considérable.

A l'auscultation on entend : en bas, un bruit très-sourd et très-fort ; en haut, sous le sternum et en dehors, on distingue deux bruits, un premier à peu près normal, un deuxième soufflé, doux et un peu aspiratif. D'autre part les veines superficielles sont assez dilatées, cependant il n'y a pas de pouls veineux. L'artère cubitale ne présente pas de battements bien prononcés, mais ceux-ci sont un peu exagérés dans la sous-clavière. Dans les carotides on entend un souffle très-marqué ; dans la crurale le souffle est simple. Enfin, dernier phénomène à relever, les ongles sont alternativement blancs et roses, blancs pendant la diastole, roses pendant la systole cardiaque. C'est ce qu'on appelle le pouls des capillaires, phénomène transitoire que l'on observe surtout lorsque le malade a fait quelque marche, qu'il a éprouvé quelque fatigue.

Tous les autres organes sont sains ; dans la poitrine on entend seulement au sommet du poumon gauche un peu de rudesse du murmure respiratoire, un peu d'augmentation du bruit expirateur, et c'est tout.

Il n'y a ni œdème des extrémités, ni bouffissure ; les digestions sont bonnes et régulières.

De tous ces phénomènes morbides, quel diagnostic devons-nous tirer ?

Tout d'abord, par l'ensemble des symptômes que je viens de tracer, nous devons conclure à une affection cardiaque, à une lésion bien plutôt aortique que mitrale ; ils se rapportent, en effet, à ce qu'on appelle l'angine de poitrine, laquelle est le plus souvent liée à une affection de l'aorte, à quelque aortite ou à quelque névrite du plexus qui entoure ce vaisseau.

Les battements signalés à la pointe du cœur indiquent aussi une contraction énergique de cet organe, signe certain d'une hypertrophie portant principalement sur le ventricule gauche. L'abaissement de la pointe du cœur, la matité beaucoup plus étendue qu'à l'état normal, prouvent aussi une dilatation plus grande, dilatation que confirme encore la voussure du thorax par un soulèvement continu plus considérable des arcs costaux du côté gauche.

En résumé, nous voyons donc là un épaississement du muscle cardiaque, une contraction plus énergique et une dilatation du ventricule gauche. Cette dernière nous est encore prouvée par le sens dans lequel la matité est surtout plus étendue, c'est-à-dire de haut en bas, tandis qu'une matité plus grande dans le sens transversal nous indiquerait, au contraire, une dilatation du ventricule droit.

L'hypertrophie du genre de celle que nous constatons chez notre malade n'est jamais simple, elle n'existe jamais seule, mais elle est toujours consécutive soit à une néphrite interstitielle, soit, le plus souvent, à une lésion de l'orifice aortique (rétrécisssement ou insuffisance). Elle est alors la conséquence d'un afflux de sang plus considérable dans le ventricule gauche, ainsi forcé de se dilater, et, par suite, d'une contraction plus énergique de l'organe cardiaque pour se débarrasser d'une masse sanguine plus grande. De là épaississement des parois, hypertrophie. Il se passe là, pour le muscle cardiaque, ce qui se passe pour telle partie du système musculaire, selon les efforts continus auxquels elle se trouve soumise en raison de la profession que nous exerçons ou des exercices auxquels nous nous livrons ; ainsi les muscles de la jambe pour les danseuses et les acrobates, ainsi les muscles des membres thoraciques pour les boulangers, etc., etc.

Cela dit, si nous voulons arriver à un diagnostic absolu, il est d'autres éléments que nous devons étudier, notamment ceux qui nous sont fournis par le sphygmographe. L'examen du tracé que nous avons obtenu nous donne une ligne ascendante correspondant à la systole du cœur et à la diastole artérielle, sa longueur et sa direction indiquent une contraction énergique de l'organe cardiaque ; une pointe correspondant au retrait de l'artère, revenant sur elle-même ; un crochet ou ressaut dû au reflux du sang ; enfin une ligne descendante lente. Ainsi donc nous avons là cinq caractères : longueur, verticalité, pointe, crochet et régularité, qui permettent d'affirmer une insuffisance des valvules de l'aorte.

De plus, le premier trait, très-fort et très-sourd, perçu à la pointe par l'auscultation, est en rapport avec l'intensité de la contraction cardiaque ; le bruit de souffle, doux et aspiratif au second temps, au niveau du sternum, indique aussi une insuffisance aortique.

Nous arrivons donc par ces différents signes à une précision pour ainsi dire mathématique dans notre diagnostic.

Quelquefois on observe encore en pareil cas une flexuosité plus ou moins marquée des vaisseaux artériels, en rapport avec leur état athéromateux. Ce phénomène n'existe

pas chez notre malade, il est vrai que cet homme n'a encore que vingt-neuf ans, tandis qu'il est à peu près constant chez les vieillards. Nous n'avons pas non plus chez lui le pouls bondissant que l'on rencontre assez fréquemment dans cette affection; ces deux signes négatifs nous démontrent que les artères sont restées saines jusqu'à présent.

Enfin une dernière question que nous ayons encore à nous poser, est la suivante : En même temps que nous constatons une insuffisance aortique chez notre malade, existe-t-il aussi chez lui un rétrécissement? Je ne le crois pas, le premier bruit n'étant pas râpeux, la ligne ascendante étant longue, tandis qu'elle devrait être d'une certaine brièveté et d'une verticalité moins prononcée s'il y avait rétrécissement. Je crois donc simplement à une insuffisance et à une lésion valvulaire sans rétrécissement.

Nous signalerons encore l'intégrité de toutes les fonctions et de tous les organes, la persistance d'une santé générale bonne, sauf les palpitations, malgré la gravité de l'affection du cœur. Quant au crachement de sang, l'absence à peu près complète de tous signes pulmonaires me donne quelque droit de la considérer, non comme le phénomène primordial d'une affection du poumon, mais bien comme un phénomène cardiaque. Les hémorrhagies, du reste, ne sont pas chose rare dans l'insuffisance aortique.

Le pronostic, dans l'état actuel, n'est pas absolument mauvais; mais, peu à peu et avec le temps, le cœur se fatiguant, l'hypertrophie protectrice contre la dilatation du ventricule sera remplacée par une dégénérescence graisseuse progressive de l'organe cardiaque, qui amènera certainement des accidents d'asystolie comme dans le cas d'une lésion mitrale.

De plus, il faut savoir aussi que ces malades sont sujets à la mort subite; c'est même leur fin assez ordinaire, soit dans l'asystolie, soit dans une syncope, bien qu'avec la lésion dont ils sont atteints ils puissent vivre longtemps.

Malheureusement nous n'avons aucun traitement à opposer à la maladie qui nous occupe ici, et toute médication est purement hygiénique; elle réside dans l'emploi des toniques et consiste surtout à éviter toute fatigue.

HOPITAL DE LA CLINIQUE. — M. Depaul.

Un nouveau cas d'accouchement prématuré artificiel.

Parmi les cas intéressants qui se trouvent actuellement dans nos salles, il en est un tout récent sur lequel je veux attirer votre attention. Il s'agit de la femme du lit n° 8, chez laquelle nous avons provoqué avant-hier matin l'accouchement prématuré. Elle est âgée de vingt-neuf ans et demi; elle était déjà venue dans le service l'an dernier, le 8 avril, et je retrouve son observation sur nos registres.

A cette époque, elle était entrée un matin, vers cinq heures et demie, étant depuis trente-sept heures en travail. Rachitique dans son enfance, elle avait commencé à marcher seulement à l'âge de quatre ans. Elle était de petite taille, et, sur les os des membres inférieurs, on retrouvait les traces indélébiles de son état infantile. Elle nous racontait alors qu'elle était accouchée pour la première fois en 1876, accouchement naturel et spontané sans le secours d'aucun médecin ou chirurgien. L'enfant, très-petit, né à terme, était mort à l'âge de dix-sept jours.

Lorsque, devenue enceinte pour la seconde fois en 1879, le travail se déclara, elle était à terme, et, comme son premier accouchement avait été spontané, cette femme n'avait eu aucun souci du rétrécissement dont son bassin était affecté et elle était restée parfaitement confiante. Cependant, à cette seconde grossesse, l'enfant avait été plus gros, il pesait à terme 3,330 grammes. Le travail s'étant déclaré, elle alla chez une sage-femme; puis, l'accouchement n'avançant pas, celle-ci fit appeler un médecin qui fit une application infructueuse de forceps. Malgré de violents efforts pendant plus de vingt minutes, la femme n'étant pas chloroformisée, il ne put parvenir à extraire l'enfant. C'est dans ces conditions qu'elle entrait à la Clinique le 8 avril 1880, à cinq heures du matin. A ma visite de huit heures, je l'examinai et trouvai un col incomplètement dilaté, je constatai une présentation du sommet en position droite transversale. L'état général n'était pas mauvais, le cœur de l'enfant battait un peu plus fort que d'habitude. A neuf heures et demie, je fis chloroformiser la femme et tentai à mon tour une application de forceps; mes efforts furent également inutiles, je ne pus parvenir à engager la tête davantage. Pendant ce temps, les contractions du cœur de l'enfant diminuaient considérablement, sa vie était plus que compromise et celle de la mère pouvait être menacée.

C'est en présence de ces faits que, cessant mes tractions sur l'enfant, je dus faire le sacrifice de ce qui lui restait encore de vie et pratiquer la perforation du crâne. Autrefois cet acte eût paru téméraire aux yeux d'un certain nombre de chirurgiens; aujourd'hui, mieux compris, il est considéré en pareil cas comme d'une sage pratique. Je crois, en effet, l'accoucheur parfaitement autorisé à agir comme je l'ai fait, bien qu'il entende encore les battements du cœur de l'enfant, lorsque la vie de celui-ci lui paraît certainement compromise et lorsque celle de la mère se trouve sérieusement menacée. Je me fais fort encore du résultat que j'obtins cette fois, car la femme était parfaitement guérie douze jours après son accouchement.

Tel est le passé tocologique de cette femme, passé toujours important à connaître.

Elle nous est donc revenue il y a six jours. L'année dernière, lorsqu'elle quitta la Clinique, je lui recommandai expressément, au cas où elle deviendrait de nouveau enceinte, d'arriver à la Clinique quelque temps avant d'être à terme afin que l'on pût pratiquer l'accouchement prématuré artificiel dans les conditions voulues pour obtenir, autant que possible, un enfant ayant chance de vie, ce à quoi elle tenait vivement.

C'est ainsi qu'elle est entrée le 11 de ce mois, et nous avons constaté, comme la première fois, un diamètre antéro-postérieur du bassin de 8 centimètres 1/2 environ, à 2 millimètres près. Elle était enceinte de huit; l'enfant ne paraissait pas excessivement développé, ses dimensions semblaient à peu près normales. J'ai laissé cette femme se reposer dans nos salles pendant quatre jours pour la faire accoucher devant vous le jour de réouverture de ces leçons.

Elle était alors dans de bonnes conditions pour l'opération; j'ai eu recours à un procédé qui n'est pas toujours employé, je veux parler de l'éponge préparée, qui me paraît préférable au ballon Tarnier dans les cols largement ouverts à leur orifice externe, en forme d'éteignoir, comme il l'était ici. L'expérience m'a appris, en effet, qu'en pareils cas les tubes et ballons Tarnier étaient insuffisants et qu'après avoir donné lieu à quelques contractions utérines, ils retombaient sou-

vent dans le vagin et que par suite le travail se trouvait arrêté.

J'ai donc pris une petite éponge préparée de la longueur du petit doigt, je l'ai introduite assez facilement, ce qui n'a pas toujours lieu chez les femmes qui ont accouché déjà plusieurs fois, à cause des brides cicatricielles résultant de certaines déchirures produites par l'expulsion de l'enfant. Dès que l'éponge préparée a pénétré dans le col utérin, il faut immédiatement introduire derrière elle l'éponge vaginale qui la maintient en place et évite que les rétractions de l'utérus ne la fassent glisser et retomber dans le vagin. Le tout est ensuite fixé par un bandage en T, et l'on attend.

Qu'est-il arrivé dans le cas actuel? Cette femme a déclaré qu'elle avait eu quelques contractions douloureuses très-peu de temps après l'introduction de l'éponge, ce qui n'a rien d'étonnant et tient au degré d'irritabilité de la matrice, irritabilité qui varie comme la contractilité utérine chez certaines femmes. Pendant toute la journée, les douleurs n'ont pas été très-fortes; elles ont commencé à s'accentuer seulement le soir. A trois heures du matin, la rupture des membranes s'est faite spontanément après quelques efforts qui avaient amené l'expulsion des deux éponges utérine et vaginale. La première, du volume du petit doigt lorsqu'elle avait été introduite, était devenue grosse comme le poing lorsqu'elle fut expulsée. La dilatation était assez grande; on constata une présentation de la face, la tête un peu renversée.

Ici je dois faire une simple observation : c'est que la présentation de la face et les vices de conformation du bassin marchent ensemble ; il y a là une relation de cause à effet.

Lorsque je vis cette femme quelques heures plus tard, à ma visite du matin, je constatai avec satisfaction que la tête avait franchi l'obstacle redouté, c'est-à-dire le rétrécissement, et que la face plongeait assez profondément dans l'excavation pelvienne. Le plus grand danger n'existait donc plus, nous n'avions plus comme complication que la présentation de la face — mento-iliaque droite postérieure, — qui est toujours d'un pronostic moins favorable que celle du sommet.

On disait autrefois, et cela était passé pour ainsi dire à l'état de règle absolue, qu'il y avait pour l'accoucheur quelque chose à faire dans ces cas de présentation de la face. Paul Dubois nous a montré, au contraire, que la plupart des accouchements de ce genre se terminaient seuls, spontanément, et qu'il n'y avait qu'une simple surveillance à exercer. Mme Lachapelle a même été jusqu'à dire que ces présentations de la face étaient plus heureuses; mais ceci est exagéré.

Telle était donc, à huit heures du matin, la situation de cette femme, et, comme il n'y avait nul péril en la demeure, je conseillai d'attendre encore un peu, recommandant cependant que l'on me prévînt si l'on voyait s'écouler un peu de méconium. Ma visite dans les salles terminée, je revins auprès d'elle; le travail n'avait fait aucun progrès, si ce n'est que la présentation de la face était un peu plus franche, l'extension plus complète; il y avait une bosse séro-sanguine sur la région frontale, ce qui nous indiquait bien que cette présentation de la face n'était pas complète au début du travail.

A neuf heures et demie, je me demandai s'il fallait intervenir; l'enfant était alors bien vivant, mais les membranes étaient rompues depuis six heures ; aussi, afin d'éviter toute complication qui aurait pu modifier désavantageusement les résultats obtenus jusque-là, je fis une petite application de forceps, sagement conduite, pour extraire directement l'enfant, sans attendre davantage. Cette opération eut un plein succès ; il ne se produisit aucune déchirure, aucune lésion. L'enfant, engourdi, fut ranimé par quelques frictions faites avec de l'eau-de-vie. Il est aujourd'hui dans un état très-satisfaisant. Il pesait à sa naissance 3250 grammes, c'est-à-dire 80 grammes environ de moins que celui dont la femme était accouchée en 1880. Il était dans de bonnes conditions de vie, et le diamètre bipariétal de la tête était à peu près en rapport avec le diamètre antéro-postérieur du bassin de sa mère. Il mesurait 9 centimètres, de telle sorte que la tête, un peu comprimée par l'utérus, a pu franchir un bassin de 8 centimètres 1/2, à 2 ou 3 millimètres près, comme je vous le disais en commençant. Quant à la bosse frontale séro-sanguine, elle a déjà beaucoup diminué; demain elle aura complètement disparu.

La mère est, elle aussi, dans de très-bonnes conditions; elle est aussi bien que s'il s'était agi d'un accouchement naturel.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 février 1882. — Présidence de M. Gavarret.

CORRESPONDANCE

M. le ministre de l'instruction publique consulte l'Académie sur la question de savoir s'il a été fait à Paris une enquête touchant les dangers et les inconvénients des hôpitaux de varioleux pour les quartiers environnants.

Il résulte des renseignements donnés par MM. Hillairet, Larrey, Fauvel, Bouchardat, etc., qu'il n'y a jamais eu d'enquête sur ce sujet.

La correspondance non officielle comprend : 1° une lettre de M. le docteur Simorre sur le traitement de l'angine ;

2° Un travail manuscrit de M. le docteur Richard, médecin-major de première classe à l'hôpital de Philippeville, sur le *parasite de la malaria.* (Commissaires : MM. Pasteur, Léon Collin et Laboulbène.)

3° Une lettre de M. Bruel, pharmacien à Paris, accompagnant l'envoi d'un pli cacheté. (Accepté.)

4° Un travail du docteur Picot (de Bordeaux), intitulé : *Note sur le traitement de la colique de plomb aiguë par l'extrait de belladone et l'huile de croton tiglium.*

5° Un mémoire manuscrit de M. le docteur Pommay, médecin en chef de l'hôpital de Teniet-el-Haad, intitulé : *Étude sur le rôle de la fatigue dans les épidémies de fièvre typhoïde.*

6° Un travail de M. Fouilhoux, ancien médecin de la marine, intitulé : *La fièvre jaune à bord de la frégate-hôpital l'Amazone, devant Vera-Crux, en* 1862.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

M. TARNIER présente une pièce d'anatomie pathologique, moins intéressante, dit-il, par elle-même que par les conditions cliniques au milieu desquelles elle a été recueillie.

Le 19 février, une femme accouchait à la Maternité d'un enfant vivant qui s'était présenté par le sommet. L'accouchement avait été normal, et, un quart d'heure après la naissance de l'enfant, le placenta descendait dans le vagin et apparaissait à la vulve.

Quelques efforts de la femme et quelques légères tractions pratiquées sur le cordon amenèrent ce placenta au dehors. Quand la sage-femme qui procédait à la délivrance voulut éloigner le placenta de la vulve, elle s'aperçut qu'une portion des membranes résistait aux tractions douces faites sur elles. Dans ces cas, M. Tarnier recommande à ses élèves de ne jamais tirer avec force et

d'appliquer sur les membranes adhérentes un fil, comme on le ferait sur le cordon ombilical. Ce fil, dans les heures ou dans les jours qui suivent, sert à extraire le reste des membranes.

L'aide sage-femme de la Maternité se conforma à ces préceptes. Mais bientôt une hémorrhagie survint, et, au milieu d'un flot de sang, un placenta supplémentaire fut expulsé. On voit sur la pièce présentée le placenta principal dont le poids est de 410 grammes, et un placenta accessoire du poids de 140 grammes. Entre les deux placenta il existe un pont membraneux ; le pont membraneux aurait pu se rompre, et, le placenta principal étant expulsé, le médecin le plus instruit aurait pu croire que la délivrance était complète, alors que l'utérus aurait retenu le placenta accessoire. On peut donc supposer que des faits analogues pourraient se produire, et, quand une femme meurt de septicémie par putréfaction d'un cotylédon placentaire, il faut se rappeler ces faits et ne pas trop se hâter de déclarer que la délivrance a été faite avec négligence.

Mais ne serait-il pas possible de reconnaître l'existence de ces placenta accessoires ?

Après l'expulsion du placenta hors de la vulve, il est fréquent d'observer un prolongement membraneux restant dans l'utérus, que retient une partie des membranes de l'œuf. M. Tarnier attribue cette rétention des membranes à trois causes principales :

1° L'adhérence anomale des membranes, qui, de toutes les causes, est la plus fréquente ;

2° L'entortillement des membranes autour d'un caillot qui ne peut pas facilement traverser l'orifice interne de l'utérus rétracté ;

3° L'existence d'un placenta accessoire.

Lorsqu'il s'agit d'adhérences anomales ou de caillots entortillés dans les membranes, le pont membraneux qui s'étend de l'utérus au placenta expulsé ne contient pas de vaisseau. Au contraire, quand il s'agit d'un placenta accessoire, on trouve dans ce pont membraneux des rameaux qui relient le placenta principal au placenta accessoire. Avec de l'attention, de bons yeux, et en prenant la précaution d'étaler les membranes qui sortent par la vulve, on peut donc diagnostiquer ces placenta accessoires, quand les membranes qui pendent à la vulve contiennent quelques vaisseaux sangins.

M. BLOT ne partage pas l'opinion de M. Tarnier sur la très-grande fréquence de l'adhérence des membranes à la cavité utérine. Pour lui, le plus souvent l'adhérence apparente est réellement une rétention due à une contracture du col.

LECTURE

M. BALL, candidat à la place vacante dans la section de pathologie médicale, lit un travail intitulé : *Considérations sur un cas d'hallucination de l'organe de l'ouïe, consécutive à une inflammation chronique de l'oreille moyenne.*

Il s'agit d'un jeune homme dont l'intelligence a été affaiblie, mais non pervertie, par l'effet d'une fièvre typhoïde, et chez lequel on a vu se produire des hallucinations de l'ouïe sans aucun trouble du jugement. Ces phénomènes se manifestent exclusivement du côté gauche. Ils coïncident avec une otorrhée purulente déterminée par des lésions anatomiques parfaitement définies. Ils tendent à disparaître sous l'influence du traitement local.

M. Ball rappelle d'abord que M. Luys et son élève, M. Ritti, ont cherché dans les couches optiques le siège des hallucinations, et que M. le professeur Tamburini (de Madère) attribuait les mêmes phénomènes à l'irritation des centres sensoriaux de l'écorce cérébrale. Puis il ajoute que, suivant lui, pour qu'une hallucination se produise, il faut une excitation dont le point de départ se trouve sur une partie quelconque du territoire nerveux, à la condition qu'il existe une prédisposition cérébrale ou psychique.

Ainsi donc, lésions de l'écorce cérébrale, des couches optiques et des centres sensoriels, lésions des fibres de transmission qui les relient aux parties voisines et à la surface extérieure du corps, lésions de la moelle épinière et des nerfs périphériques, maladies des organes des sens, ce seraient là autant de causes qui, réagissant sur un terrain déjà prédisposé, pourraient donner naissance à des hallucinations.

« A l'état normal, dit M. Ball en terminant, les organes des sens sont des serviteurs dociles chargés d'apprêter le festin de l'intelligence ; à l'état pathologique, ce sont des convives importuns qui viennent s'asseoir à ses côtés et réclamer énergiquement leur part. »

RAPPORT

M. CHATIN, au nom d'une commission composée de MM. Bouley, Proust et Chatin, lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Decaisne relatif *à la prohibition des viandes américaines.*

Après avoir rappelé les avantages de l'examen microscopique, pour lequel, dit-il, il suffirait de cent experts au maximum, il conclut en proposant de remercier l'auteur de la communication qui a motivé ce rapport et de déposer son travail aux archives de l'Académie.

Après quelques observations de **MM. PROUST, BOULEY, FAUVEL, LEBLANC, ROCHARD**, etc., **M. JULES GUÉRIN** fait remarquer que, postérieurement à la rédaction du rapport de M. Chatin, M. le ministre du commerce a officieusement demandé à l'Académie son avis sur la prohibition des viandes américaines, question au sujet de laquelle deux projets de loi viennent d'être déposés à la Chambre des députés. Or, dans ces conditions, il est indispensable de formuler des conclusions qui puissent répondre directement à la demande du ministre, et être l'objet d'un vote après discussion approfondie. En conséquence, M. Jules Guérin propose de renvoyer le rapport à la commission, qui en modifierait la rédaction dans ce sens.

Cette proposition est adoptée.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1882.

58. M. Le Lièvre. De l'ulcère de l'estomac dans la tuberculose. — 59. M. Servolles. Étude comparative de la fièvre typhoïde chez l'homme et le cheval. — 60. M. Harel. Des crises gastriques dans l'ataxie locomotrice. — 61. M. Bourny. Des abcès ossifluents du grand trochanter. — 62. M. Vaisson. Du début de la fièvre typhoïde par une angine. — 63. M. Tayac. De l'emploi de la pilocarpine contre la diphthérie. — 64. M. Chauffard. Étude sur les déterminations gastriques de la fièvre typhoïde. — 65. M. Béchard. Contribution à l'étude de quelques troubles trophiques dans l'ataxie locomotrice. — 66. M. Heurtault. De la péritonite tuberculeuse. — 67. M. Rostan. Des névralgies saturnines.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le préfet de la Seine vient de prendre l'arrêté suivant :

Les médecins de l'état civil, dans chaque arrondissement, seront désormais nommés par le préfet, sur la proposition du maire. Lorsqu'une circonscription deviendra vacante, le maire transmettra sans délai, au secrétariat général, service du personnel, la liste des candidats qu'il croira devoir présenter. Cettte liste comprendra quatre noms, dont deux choisis parmi les médecins attachés au bureau de bienfaisance et deux parmi les médecins inspecteurs des écoles communales et des écoles maternelles de l'arrondissement.

Le médecin du bureau de bienfaisance ou le médecin inspecteur des écoles qui aura été nommé médecin de l'état civil, devra être remplacé dans son premier emploi.

— Les élèves stagiaires ayant au moins dix inscriptions qui voudraient remplir les fonctions d'externes provisoires dans les

hôpitaux, sont priés de s'inscrire au secrétariat de l'administration de l'Assistance publique, bureau de la santé.

— Dans sa séance du 12 février 1881, la Société protectrice de l'enfance a décerné à M. le docteur A. Legendre, de Saint-Léger-sous-Beuvray (Saône-et-Loire), son prix annuel de 500 francs. La question qui avait été mise au concours était : De l'industrie nourricière; de son influence sur les nourrissons et sur les populations qui se livrent à cette industrie.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Ballet, docteur en médecine, est nommé chef de clinique des maladies du système nerveux (emploi nouveau).

M. Richer, docteur en médecine, est nommé chef de laboratoire attaché à la chaire de clinique des maladies du système nerveux (emploi nouveau).

M. Féré (Charles), né à Auffray (Seine-Inférieure), le 13 juin 1852, est nommé préparateur de la chaire de clinique des maladies du système nerveux (emploi nouveau).

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les exercices pratiques de médecine opératoire commenceront, sous la direction de M. Farabœuf, chef des travaux anatomiques, le lundi 20 mars 1882. Ils auront lieu dans les pavillons de l'École pratique, ancien collège Rollin, tous les jours de une heure à quatre heures.

Ces exercices sont obligatoires pour les étudiants de quatrième année, ils sont facultatifs pour les élèves qui ont seize inscriptions.

Les étudiants de quatrième année sont admis en présentant : 1° la carte des travaux pratiques qui leur a été délivrée lors de la prise de l'inscription de janvier 1882 ; 2° la quittance détachée du registre à souche attestant le paiement des droits.

Les élèves justifiant de seize inscriptions et qui voudraient prendre part aux exercices de médecine opératoire, devront obtenir préalablement l'autorisation du doyen. A cet effet ils déposeront une demande au secrétariat de la Faculté où il leur sera donné connaissance des conditions qu'ils auront à remplir.

Les élèves indiqués dans les deux paragraphes qui précèdent devront se faire inscrire à l'École pratique, dans les bureaux du chef du matériel, de midi à quatre heures, du 1er au 15 mars prochain. Passé cette date, nul ne pourra être admis.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Bouisson, professeur de médecine opératoire, est autorisé à se faire suppléer, à partir du 1er février jusqu'à la fin de l'année scolaire 1881-1882, par M. Roustan, agrégé à ladite Faculté.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Croux (Auguste), né le 16 juillet 1861 à Plantières (Moselle), est nommé aide de clinique en remplacement de M. Ganzinotti, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté des sciences de Bordeaux.* — M. Pinchenat, licencié ès sciences physiques, chargé des fonctions de préparateur de physique, est nommé préparateur de physique, en remplacement de M. Debrun, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté des sciences de Clermont.* — M. Girod, docteur en médecine, et docteur ès sciences naturelles, est autorisé à faire, du 1er août février au 1er 1882, deux conférences par semaine sur les sciences naturelles.

— Un concours pour la nomination d'un professeur suppléant d'anatomie et de physiologie s'ouvrira le 20 juin 1882 à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen. Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'École un mois avant l'ouverture dudit concours.

— Le cours de M. le professeur Gavarret est suspendu jusqu'au lundi prochain 27 février exclusivement.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 12424.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Des lésions rénales consécutives aux suppurations prolongées.

Dans une précédente Revue nous avons exposé quelques-uns des faits intéressants que renferme le travail de M. le docteur Bruchet, sur les rapports des affections rénales avec les maladies chirurgicales ; nous avons insisté surtout sur les faits qui révèlent l'influence des affections rénales sur le traumatisme. Il nous reste aujourd'hui, pour compléter cette étude, à dire un mot du rapport inverse, c'est-à-dire de l'influence du traumatisme sur la détermination de lésions rénales secondaires ; c'est surtout à la suite des suppurations prolongées, et plus particulièrement des suppurations osseuses, que l'on voit survenir les altérations dont il va être question.

Le fait en lui-même, sans doute, n'est pas nouveau ; l'observation en a été faite depuis longtemps et se trouve consignée dans la plupart des auteurs modernes qui ont traité des maladies des reins, mais le fait y est, en général, signalé seulement, ou bien relaté dans ses principales conditions cliniques, sans le contrôle nécessaire de l'examen anatomique. C'est cette lacune que M. Bruchet s'est proposé de remplir en partie dans la deuxième division de son travail.

Un des rares cas complets qui aient été publiés jusqu'ici est celui qui a été rapporté dans le traité de Rosenstein et qui a été observé dès son origine, dans toutes ses phases jusques et y compris l'examen nécroscopique. Il s'agit d'un homme de vingt-huit ans, atteint de fracture compliquée de la jambe, avec épanchement sanguin considérable, suivie d'hémorrhagie et de gangrène, qui nécessita l'amputation ; laquelle à son tour fut suivie d'hémorrhagies, de lymphangites et d'ostéite suppurée, avec dépression profonde de l'organisme, albuminurie et présence dans les urines de cylindres fibrineux recouverts d'épithélium granuleux, accidents thoraciques, etc. Le malade ayant succombé à l'état de marasme dans lequel il était tombé, on constata, à l'autopsie, la dégénérescence granuleuse et en partie graisseuse des deux reins.

Ce sont des cas de ce genre que M. Bruchet a observés, étudiés et réunis dans le travail que nous analysons.

La première de ses observations est celle d'un jeune homme de dix-huit ans, entré dans le service de M. Verneuil pour une ostéo-arthrite du genou. L'articulation ayant suppuré et s'étant ouverte, il survint une infiltration purulente de la cuisse et de la jambe ; le pauvre malade s'épuisant rapidement, on pratiqua l'amputation de la cuisse presque *in extremis*. A l'autopsie, on trouva les reins volumineux; leur substance corticale était pâle, un peu jaunâtre et manifestement épaissie ; la substance pyramidale avait conservé sa coloration à peu près normale.

Bien qu'on n'eût pas noté, pendant la vie, la présence d'albumine dans les urines, la coloration et l'épaississement évident de la substance corticale des reins semblaient indiquer assez qu'elle était le siège d'une lésion commençante dont il s'agissait de déterminer la nature par l'étude histologique. De l'examen auquel s'est livré M. Bruchet, il est résulté que, d'une manière générale, les cellules épithéliales étaient granuleuses et les tubuli dilatés et remplis de coagulations et de granulations plus ou moins irrégulières, toutes altérations caractéristiques du début de la néphrite parenchymateuse ou épithéliale.

La deuxième observation rapportée par M. Bruchet est celle d'un homme de soixante-trois ans, entré à la Pitié pour une affection du coude (ostéo-arthrite) datant de plusieurs mois. La maladie faisant des progrès incessants malgré l'immobilisation et les pansements antiseptiques mis en usage, M. Verneuil se proposait de pratiquer la résection du coude, lorsque, un matin, le malade fut trouvé mort dans son lit.

La veille, il s'était plaint d'un peu de malaise et de mal de tête ; dans la nuit il avait eu de l'agitation, puis du coma. A l'autopsie, on ne trouva pour expliquer la mort qu'une lésion très-apparente des reins ; les deux reins étaient volumineux, à surface lisse, de couleur grisâtre, avec des points de congestion violacés. A la coupe, la surface corticale, également lisse, très-épaisse, d'apparence translucide, avait une teinte généralement violacée, avec fond gris blanchâtre.

L'examen histologique a montré des lésions très-analogues à celles du fait précédent : élargissement considérable du calibre des tubuli, occupé par des exsudats de forme variable ; par suite de cette dilatation de tous les tubes, espacement plus grand et raréfaction des glomérules ; état pres-

que tout à fait normal du tissu interstitiel ; endartérite et périartérite très-marquées des artères droites, etc.

Ce qui n'était qu'à des phases initiales et à des degrés peu avancés dans ces deux cas, on va le trouver à une phase beaucoup plus complète dans le cas suivant : Un homme de trente-quatre ans entre à la Pitié atteint d'une coxalgie déjà ancienne, avec destruction probable, plus ou moins avancée, de la tête fémorale et de la cavité cotyloïde, ayant déjà donné lieu à des abcès ossifluents, fistule, œdème généralisé, mais surtout prononcé à la cuisse du côté malade, diarrhée, etc. ; les urines, examinées, contiennent 7 grammes d'albumine par litre. Au bout de quelques jours de séjour à l'hôpital, il survient des frissons, de l'abattement, du délire ; la température s'abaisse ; il meurt assez brusquement au milieu de la nuit.

Ses reins, examinés, sont excessivement volumineux et friables, d'un blanc-grisâtre, bosselés avec des points violacés de congestion veineuse ; à la coupe, la substance corticale, d'un gris sale, est excessivement épaissie au-dessus des pyramides ; la substance pyramidale est rouge, mais peu atteinte, la muqueuse des calices et du bassinet est très-congestionnée.

L'examen histologique décèle des lésions très-complexes, une dégénérescence amyloïde qu'on retrouve sur tous les glomérules et sur les artères interlobulaires ; cylindres hyalins nombreux dans presque tous les tubes droits ; îlots de néphrite interstitielle disséminés ; infiltration de granulations graisseuses dans les cellules des tubes plus altérés et en bien des points dans le tissu interstitiel ; en maints endroits des globules sanguins extravasés dans ce tissu conjonctif interstitiel.

En un mot, on voit dans ce cas toutes lésions semblant indiquer qu'il a dû y avoir une néphrite parenchymateuse à marche lente.

De ces faits, M. Bruchet a cru pouvoir conclure : qu'au point de vue anatomique, ils démontrent que, sous l'influence de la suppuration prolongée, il peut se produire une véritable néphrite parenchymateuse. La première observation a montré cette affection tout à fait à son début, ne consistant qu'en des lésions épithéliales minimes, n'ayant même pas entraîné d'albuminurie notable ; dans la deuxième, la néphrite était plus avancée et plus généralisée.

Enfin la troisième a fait voir un exemple d'altérations anatomiques beaucoup plus avancées et beaucoup plus complexes, rentrant dans la classe de ce que l'on a appelé des néphrites mixtes, c'est-à-dire à la fois parenchymateuses et interstitielles.

Ces cas de lésions rénales, survenant à la suite de suppurations étendues et prolongées, présentent en clinique un très-grand intérêt. En effet, ainsi que M. Bruchet en fait très-justement la remarque, l'altération anatomique secondaire du rein, à peine constituée, va avoir à son tour, sur l'état général du blessé et sur son affection locale, la même influence qu'on a vu exercer, dans les faits précédents, par la néphrite primitive. Ce sera donc un élément tout à fait défavorable à la guérison de l'affection première, qui continuera, du reste, à son tour, à agir sur le rein ; de sorte qu'il y aura entre ces deux états, comme le dit M. Bruchet, « un échange de mauvais procédés ». La lésion traumatique, qui a déjà, par elle-même, si peu de tendance à la réparation, ne prendra sous cette influence réactive nouvelle qu'une direction plus mauvaise encore. Enfin, l'affection rénale une fois déclarée, rien n'autorise à espérer qu'on puisse jamais parvenir à la faire rétrograder ou même à l'enrayer.

La conclusion pratique qui ressort le plus clairement de ces considérations, c'est l'importance et l'urgence qu'il y a à reconnaître les complications rénales tout à fait à leur début ou à leur période de préparation en quelque sorte, c'est-à-dire au moment où il est encore possible d'en prévenir le développement et les conséquences désastreuses, si l'on est assez heureux pour pouvoir encore alors délivrer les malades de leur foyer de suppuration. Plus tard, il ne serait plus temps, et, la complication nouvelle une fois en pleine évolution, toute tentative opératoire est d'avance condamnée. C'est par une surveillance attentive et un examen fréquent de l'état des urines qu'on peut arriver à saisir, en temps opportun, l'indication d'agir énergiquement, ou qu'on est averti de la contre-indication de toute manœuvre opératoire, désormais inutile et dangereuse. C'est, comme l'a dit très-justement M. Verneuil, l'état constitutionnel qui est la meilleure source des indications et des contre-indications opératoires.

Réveil d'un état diathésique palustre par l'application d'un séton à la nuque.

Le fait suivant, qui s'est passé récemment dans le même service de M. le professeur Verneuil, à la Pitié, est un nouvel exemple de cette réciprocité d'influence d'un traumatisme et d'un état diathésique, qui devient de plus en plus manifeste à mesure qu'on l'étudie de plus près.

Un jeune homme fort, robuste, est entré dans le service pour un phlegmon profond du cou, dont nous allons tout à l'heure faire connaître l'origine. Ce jeune homme, ayant été pris un jour de vertige, avec céphalalgie intense et douleurs névralgiques, auxquels il paraissait être sujet, un médecin, consulté, lui avait prescrit un séton à la nuque, médication un peu démodée [illegible] peut-être trop abandonnée, vu les [illegible] qu'elle peut rendre dans certaines circonstances. Nous ne dirons pas que ce n'était pas le cas ici ; mais, si le médecin avait obéi dans cette circonstance à une indication rationnelle, il avait méconnu ou plutôt ignoré une condition qui contre-indiquait cette application, ou, tout au moins, la rendait inopportune.

Il faut dire qu'en questionnant ce jeune homme sur ses antécédents, on a appris qu'il était récemment libéré du service militaire, qu'il avait fait une partie de son service à Saïgon, où il avait contracté une fièvre intermittente, à type tierce au début, puis quotidienne et qui avait fini par devenir octane. Depuis son retour en France il n'avait jamais été complètement guéri ; il était repris de temps en temps de ces accès. Cependant, sans en être complètement exempt, il n'en avait pas eu depuis quelque temps ; lorsque, à l'occasion ou, du moins, à la suite de l'application de ce séton, il a été repris de ses accès de fièvre, revenant tous les jours ; en même temps est survenu le phlegmon profond du cou, pour lequel il est entré à l'hôpital. Le séton a été enlevé, le phlegmon a été traité par les moyens appropriés.

Il est évident que, si l'on avait connu les antécédents de ce malade, on eut dû y regarder deux fois avant de provoquer un traumatisme artificiel, qui a réveillé un état diathésique assoupi, mais resté en puissance, et qui paraît avoir réagi à son tour sur le traumatisme provoqué, en l'aggravant.

Ce fait peut être rapproché de ces cas que M. Duboué a qualifiés d'accidents tertiaires du paludisme. M. Verneuil serait disposé, en effet, à ranger les accès de vertige et de

névralgie que ce malade paraissait avoir éprouvés à diverses reprises, sans périodicité bien régulière, dans le groupe des accidents paludiques tertiaires de M. Duboué.

Lorsque le phlegmon sera guéri, M. Verneuil se propose de prescrire à ce malade l'usage d'une médication arsenicale et de l'hydrothérapie, pour tâcher de modifier, sinon de faire cesser complètement, sa diathèse paludique.

Des injections sous-cutanées de peptone mercurique dans le traitement de la syphilis.

Dans une importante communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans le courant de l'année dernière, M. Martineau concluait, d'un très-grand nombre d'observations recueillies dans son service de l'hôpital de Lourcine, que le sublimé associé à la peptone sèche, injecté sous la peau, possède une action plus prompte, plus rapide, sur les accidents syphilitiques, que le sublimé donné par la voie stomacale ; que, sur le plus grand nombre de malades, cette injection n'occasionne aucune douleur, ou tout au plus une douleur passagère à la suite des premières injections et qui ne se montre plus dans les suivantes ; qu'elle ne provoque aucune irritation locale ; enfin que, à la dose de 4 milligrammes de sublimé, il ne survient aucun phénomène d'hydrargyrie.

Il n'en fallait pas davantage pour rappeler l'attention sur la méthode des injections mercuriques sous-cutanées déjà tentées à plusieurs reprises et à peu près délaissées depuis quelques années parmi nous. Aussi, à la suite de la communication de M. Martineau, plusieurs de ses confrères des hôpitaux, s'étant déterminés à essayer de nouveau la méthode d'après la formule et le *modus faciendi* du médecin de Lourcine, notamment MM. Besnier et Dujardin-Beaumetz, ont-ils apporté à l'appui le témoignage favorable de leurs propres observations. Dans la dernière séance de la Société de thérapeutique, M. Vidal a informé ses collègues qu'il avait fait des expériences d'injections sous-cutanées de peptone mercurique dans son service de l'hôpital Saint-Louis, et que les résultats en avaient été des plus encourageants. Le procédé permet en effet, dit-il, d'administrer le mercure chez les dyspeptiques ; il a de plus cet avantage d'être d'une action rapide. Trente malades ont été soumis par M. Vidal à ces injections : chaque injection contenait 5 milligrammes de sublimé. Voici sa formule :

Eau distillée.	25	grammes.
Glycérine.	5	—
Peptone mercurique ammonique.	50	centigr.

Il a employé en moyenne de 20 à 30 injections. Il a pu ainsi guérir très-rapidement un cas grave de syphilome lingual. En général, la méthode lui a paru inoffensive. Cependant, dans quelques cas, les injections, tout en étant pratiquées avec le plus grand soin dans le tissu cellulaire sous-cutané, ont déterminé une vive douleur ; mais, ajoute-t-il, en ayant le soin de veiller à la préparation de la solution et en la renouvelant souvent pour éviter toute altération, les injections ne sont accompagnées que d'une sensation de cuisson, qui disparaît en quelques secondes.

Dans aucun cas, il n'y a eu d'abcès, mais très-souvent des nodosités qui persistent plus ou moins.

Pour prévenir la salivation, M. Vidal conseille de faire frotter plusieurs fois dans la journée (10 ou 12 fois) les gencives avec la poudre suivante, fréquemment usitée par M. Panas :

Poudre de quinquina	3	parties.
Poudre de ratanhia.	1	—
Chlorate de potasse pulvérisé.	1	—

REVUE DE LA PRESSE

Antilaiteux. — M. le docteur Lœvenich adresse la communication suivante au *Bulletin de thérapeutique :*

« Mon attention sur les propriétés du persil avait été appelée, il y a quatre ans, lors d'un voyage en Asie Mineure, où cet ombellifère est du domaine des remèdes domestiques et fait partie du bagage médical traditionnel des vieilles femmes. Dans ces parages les médecins sont très-rares, la curation des maladies est confiée aux vieilles femmes, et l'un des remèdes que j'ai vu employer avec succès, c'est le persil comme antilaiteux. On s'en sert un peu différemment que le conseille M. Stanislas Martin (1) ; on prend les feuilles du persil, on en fait simplement de larges cataplasmes qu'on applique sur le sein, de manière à le recouvrir entièrement, cataplasmes qu'on renouvelle trois fois dans les vingt-quatre heures.

Depuis que mon attention avait été attirée sur le persil, j'ai eu l'occasion de m'en servir bien des fois, et toujours avec avantage ; ce n'est qu'une seule fois que j'ai vu le lait ne pas disparaître. Moi aussi, je signale le fait sans pouvoir m'expliquer comment agit cet agent ; mais, quoi qu'il en soit, le fait reste.

Je mentionnerai encore un autre agent antilaiteux que j'ai vu aussi employer avec succès en Mésopotamie, à Bagdad, à Bassorah, ainsi que dans les provinces persanes situées sur les bords du golfe Persique. Les indigènes de ces contrées se servent des fleurs de la pensée sauvage en application sous forme de cataplasmes sur les seins, et, si l'engorgement laiteux ne disparaît pas au bout de vingt-quatre heures, on continue les cataplasmes en donnant ultérieurement une décoction de parties égales de fleurs et de tiges de pensée sauvage (30 grammes environ pour 500 grammes d'eau). Cette décoction est un purgatif très-doux en même temps qu'un diurétique efficace qui communique à l'urine une odeur *sui generis*.

Kyste hydatique du cœur. — Il s'agit de l'observation, rapportée par M. le docteur J. Arnould, d'un garçon de vingt et un ans qui, depuis quelques années, était sujet à des lypothymies assez fréquentes se rapprochant plus ou moins de la syncope. Il était soldat dans un bataillon de chasseurs depuis sept mois environ, lorsque, dans les dernières semaines qui précédèrent sa mort, le docteur Blanc constata chez lui deux pertes de connaissance assez complètes, mais de peu de durée, survenues au retour d'une marche un peu longue. Ces lipothymies se terminaient régulièrement par un sommeil profond et prolongé.

Enfin, un jour, à la suite d'une nouvelle marche militaire, les accidents lipothymiques durèrent et s'accentuèrent de telle façon que cet homme fut envoyé à l'hôpital. Il y succombait une heure et demie plus tard, après avoir présenté les phénomènes suivants : état demi-syncopal entrecoupé de retours incomplets de la connaissance, aspect cyanotique de presque tout le tégument, sans anxiété ni malaise respiratoire véritables, battements du cœur normaux et réguliers, un peu énergiques, tendance manifeste au refroidissement, éruption d'urticaire généralisée et confluente.

L'autopsie a montré l'existence : 1° de trois kystes hydatiques au sommet du poumon gauche ; 2° dans l'artère pulmonaire, de nombreuses hydatides libres, de toutes dimensions, depuis le volume d'une tête d'épingle jusqu'à celui d'une grosse aveline ; 3° d'hydatides plus nombreuses encore dans le ventricule droit du cœur,

(1) Voir la *Gazette des hôpitaux* du 29 octobre 1881, page 997.

dont on peut dire qu'il est encombré ; des échinocoques petits et grands y étaient libres ou enchevêtrés à un caillot assez ferme, rouge-brun d'un côté, gris-jaunâtre de l'autre et du poids de 20 à 25 grammes ; 4° dans l'oreillette droite, qui était un peu ample, on apercevait une tumeur kystique demi-affaissée, avec une large ouverture en fente élargie, regardant l'orifice tricuspide et remplie d'hydatides généralement très-petites. Cette tumeur était encore de la grosseur d'une noix de Saint-Jacques, et il n'est pas certain qu'elle n'eût trois à quatre fois ce volume alors qu'elle contenait les centaines d'hydatides qui s'en sont échappées.

Le foie et la rate ne renfermaient aucun kyste hydatique. (*Bull. méd. du Nord.*)

Arthrite traumatique des doigts. — Après la contusion, l'entorse et la luxation des articulations digitales, il se produit, dit M. Lagrange, très-fréquemment, que le sujet soit ou ne soit pas rhumatisant, une arthrite sèche d'une longue durée.

Cette arthrite, outre les symptômes ordinaires, s'accompagne d'un gonflement considérable des extrémités osseuses. Ce gonflement est double dans la contusion ; dans l'entorse et la luxation, il ne porte que sur l'une des extrémités osseuses. Le gonflement unique tient aux désordres produits par la déchirure des ligaments au niveau de leurs insertions ; dans les traumatismes qui portent sur les quatre derniers doigts, il y a toujours arrachement d'une parcelle osseuse à la face antérieure de l'os situé au-dessus de l'articulation lésée.

En ce qui concerne l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce, le gonflement dans l'entorse ou la luxation porte toujours sur la tête du métacarpien. Ce fait s'explique non par un arrachement osseux, mais par un décollement très-étendu du périoste, particulièrement sur la face interne de l'extrémité articulaire.

L'immobilisation est le seul traitement utile. On devra la prolonger longtemps. D'ailleurs on n'a pas à redouter l'ankylose ; c'est la terminaison par articulation flottante, de polichinelle, qu'on doit surtout craindre et éviter. (*Revue de chirurgie.*)

De la transplantation conjonctivale. — M. le docteur Marc Dufour (de Lausanne) termine une note très-intéressante sur la transplantation conjonctivale, avec plusieurs observations à l'appui, par les conclusions suivantes :

1° La conjonctive humaine peut être remplacée par la conjonctive animale, par une autre conjonctive humaine, ou par une autre muqueuse, celle de la bouche par exemple ;

2° Il faut que la plaie avivée ne présente plus aucune hémorrhagie ; elle peut être avivée déjà depuis un certain temps, un quart d'heure tout au moins ;

3° Il est important de fixer les sutures d'avance au lambeau à transplanter. Pour plus de facilité, on peut circonscrire par une première incision la surface choisie et faire passer les fils par cette incision ;

4° La muqueuse, même absolument décolorée, peut encore reprendre pied à sa nouvelle place ;

5° Il a paru que le lambeau transplanté avait une tendance à diminuer à mesure qu'on s'éloignait de l'opération ; cependant je n'ai rien vu, dit l'auteur, qui autorisât à craindre sa disparition lente;

6° Il est favorable de laver la plaie avivée et le lambeau suturé à l'acide salicylique. (*Rev. méd. de la Suisse romande.*)

Côlotomie. — M. Poncet, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, a présenté dernièrement à la Société de médecine de cette ville un malade auquel il avait pratiqué avec succès la côlotomie pour une obstruction complète du rectum datant de dix-huit jours. Le procédé auquel il a eu recours a été celui d'Amussat entouré des précautions de la méthode de Lister. L'opération a été facilitée, quant à la suture, par l'aiguille de Reverdin qui a un chas sur le côté s'ouvrant pour recevoir le fil et se refermant par un mécanisme très-simple avant d'être retirée à travers les tissus. Cette aiguille, employée depuis assez longtemps déjà par quelques chirurgiens de Paris, et modifiée par M. Trélat, n'était pas encore usitée à Lyon.

Le malade est actuellement dans un état assez satisfaisant pour compléter lui-même les renseignements fournis par M. Poncet ; il le fait aussi avec d'autant plus de compétence que c'est un de nos confrères habitant auprès de Lyon. Aujourd'hui la fistule tend à se boucher et le gros intestin reprend en partie ses fonctions. (*Lyon méd.*)

Lavage de la vessie avec le siphon. — M. le docteur Taillefer, de Châteauneuf en Thymerais (Eure-et-Loir), pratiquant dernièrement le lavage de l'estomac par le procédé du siphon, chez un de ses clients, avec le tube en caoutchouc et l'entonnoir, eut l'idée d'employer également le même procédé pour le lavage de la vessie chez un autre malade, lavage qu'il avait fait jusque-là avec la sonde à double courant et la seringue.

La seule dépense à faire, dit-il, est d'acheter un tube en caoutchouc de 60 millimètres de longueur environ. Un entonnoir se trouve dans tous les ménages. Point de seringue, point de sonde à double courant.

Après avoir vidé la vessie avec la sonde ordinaire, M. Taillefer abouche sur l'orifice de sa sonde, sans la sortir de l'organe vésical, l'extrémité du tube en caoutchouc. Il remplit l'entonnoir en le tenant au-dessous du niveau de la vessie, puis il l'élève pour faire pénétrer le liquide et l'abaisse ensuite avant que le tube se soit désamarré. On fait passer ainsi par la vessie un courant continu. De cette façon, dit l'auteur, on supprime un arsenal assez embarrassant, et l'on évite cet ébranlement qu'il est impossible de ne pas communiquer aux parois de la vessie dans le fait d'adapter le bec de la seringue à l'orifice de la sonde. C'est là ce qu'il considère comme le plus grand avantage du procédé.

Il ajoute enfin que rien n'empêchait, du reste, d'adapter le tube à la sonde avant de pratiquer le cathétérisme ; le siphon servirait également dans ce cas à vider la vessie de l'urine qu'elle contient. (*Journ. de méd. et chir. prat.*)

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 18 février 1882. — Présidence de M. Paul Bert.

COMMUNICATIONS

Altérations des nerfs cutanés chez les ataxiques au niveau des points anesthésiés. — M. DÉJÉRINE fait connaître l'existence d'altérations des nerfs cutanés chez les ataxiques au niveau des points anesthésiés, dont il vient d'observer un cas très-net, et il insiste sur l'importance de ces altérations au point de vue de la physiologie pathologique des troubles de la sensibilité chez ces malades.

État des nerfs optiques et de la rétine dans un cas de cécité remontant à dix ans, chez un ataxique. — M. PONCET (de Cluny). La question des altérations nerveuses périphériques dans l'ataxie, résolue par la précédente communication de M. Déjérine, laisserait penser que peut-être la cécité des ataxiques est de même nature. On discute aussi depuis longtemps sur l'étiologie de cette sclérose. Est-elle primitive ? est-elle secondaire ou relative et liée à la dégénérescence parenchymateuse primitive ?

J'ai eu l'occasion, dans ces derniers temps, d'examiner deux yeux appartenant à un ataxique aveugle depuis dix ans, mort à Bicêtre, dans le service de M. Debove, qui a bien voulu me livrer ces pièces importantes.

Voici l'état du nerf optique et de la rétine :

Nerf optique entre le trou optique et le bulbe. — A l'œil nu, la substance propre du nerf paraît déjà trop lâche et flottante dans sa gaine. Sur des coupes perpendiculaires, on constate un épaississement de la gaine et du tissu sous-arachnoïdien ; les travées qui plongent dans le nerf sont hypertrophiées, contour-

nées, enclavant des espaces nerveux, sinueux et de forme tout à fait anomale. Chaque îlot de ces faisceaux connectifs porte au centre un petit capillaire à peine visible, atrophié. De fibres nerveuses à cylindre axe à myéline, il n'existe pas trace : c'est une masse granuleuse amorphe, formant des plaques irrégulières et sinueuses. L'hématoxyline révèle dans ces loges nerveuses une quantité peut-être trop grande de cellules de la névroglie ; le tissu fibrillaire si délicat de la névroglie y est à peine reconnaissable.

Cette description est applicable aussi bien aux coupes perpendiculaires qu'aux coupes parallèles; seulement, dans celles-ci, nous avons encore rencontré quelques vestiges de fibres nerveuses altérées, mais non réduites en granulations.

Cet état pourrait faire croire à une sclérose primitive de la substance connective du nerf. Nous ne pouvons l'accepter, parce que l'examen des parties postérieures ne la confirme pas.

Nerf optique en arrière du trou optique jusqu'au chiasma. — Les coupes ne démontrent qu'un amas de vacuoles incolores. Plus trace de fibrilles nerveuses; mais, là, il n'y a pas de sclérose; les cellules et le tissu névrogliques n'y sont pas plus abondants que d'habitude; le nerf est à l'état de fines granulations graisseuses ou de vésicules sans autre altération appréciable. C'est précisément cette dégénérescence parenchymateuse de cette portion postérieure du nerf optique qui nous fait juger que l'atrophie de la partie antérieure est de même nature. Si les cellules névrogliques sont un peu plus abondantes en avant, c'est qu'elles ont été tassées sur une plus petite étendue; si le tissu conjonctif émanant des gaines s'est hypertrophié, c'est que la substance nerveuse faisait défaut. Le processus scléreux péricapillaire n'est pas inflammatoire; il est compressif, scléreux, secondaire.

Rétine. — Ici la scène est très-nettement tranchée dans deux régions de la rétine. Les fibres propres du nerf optique n'existent plus, non plus que les cellules ganglionnaires. Ces deux parties sont remplacées par des vacuoles entre les fibres de soutien.

Le plexus cérébral de Ranvier (couche granuleuse interne) est dissocié par des vésicules d'œdème ou de dégénérescence. La couche des grains internes (cellules unipolaires de Ranvier et cellules bipolaires) est absolument saine.

Le plexus basal est très-net et sain.

La couche des grains externes (cellules visuelles de Ranvier) était parfaitement saine.

Enfin des coupes multiples, surtout dans la région de la macula, nous permettent de dire que les cônes étaient conservés.

Ainsi cette rétine d'un ataxique, aveugle depuis dix ans, n'était privée que de ses fibres optiques et des cellules ganglionnaires. Les couches externes, propres de la rétine, étaient saines.

Cet examen confirme en tous points les lésions que nous avions figurées en 1879. Nous y ajoutons aujourd'hui quelques données plus précises sur l'état de la névroglie dans le nerf optique et sur celui des différentes cellules rétiniennes d'après la classification et les derniers travaux de Ranvier.

Mais, de cet examen, un fait se dégage : c'est que, 1° l'altération n'est point périphérique; au contraire, la partie terminale de l'appareil sensoriel est intacte; 2° la sclérose du trajet intra-orbitaire du nerf optique est secondaire à l'atrophie parenchymateuse; 3° le tissu et les cellules névrogliques ne présentent pas d'hypergenèse.

La cécité des ataxiques paraît donc bien liée à une lésion nerveuse centrale.

Production expérimentale de lésions cardiaques. — M. FRANÇOIS FRANCK présente un chien sur lequel, à l'aide d'un instrument spécial, il a pu pénétrer dans le ventricule droit, puis, en accrochant et en coupant le rebord valvulaire, déterminer une insuffisance tricuspidienne des plus nettes. Ce chien, traité par les moyens antiseptiques, a survécu à cette opération, et présente tous les signes de l'insuffisance tricuspidienne. M. Franck pense pouvoir arriver à produire de même une insuffisance mitrale avec ou sans insuffisance aortique préalable.

Sur la capacité respiratoire du sang des animaux habitant les hauts plateaux de l'Amérique du Sud. — M. PAUL BERT. Les médecins, les voyageurs et les savants qui ont fait des observations dans les régions les plus élevées des Cordillères sont unanimes à signaler l'existence, dans ces régions, d'accidents qui atteignent spécialement les Européens récemment arrivés. Les animaux domestiques ne sont pas épargnés, tandis que les animaux sauvages ne présentent rien de semblable, non plus que les Indiens depuis longtemps établis dans ces contrées.

Les accidents observés consistent en une anhélation extrême, résultat du moindre effort, et en des syncopes complètes, qui peuvent provenir de la persistance même de la marche ou de la course. Cela constitue un ensemble de symptômes que les habitants des Cordillères ont nommé *soroché* ou encore *puna*.

L'Européen récemment arrivé à la Paz, disent les frères Grandidier, éprouve les effets d'un violent *soroché;* quand il parcourt la ville, il est obligé de s'arrêter souvent pour reprendre haleine, tant est grande la difficulté de respiration et l'oppression de sa poitrine. J'ai donné, dans mes travaux antérieurs, une analyse et une explication complètes de ces accidents.

Les Indiens, au contraire, courent sans perdre haleine, suivent à pied un cheval lancé au trot, et étonnent d'autant plus l'Européen que celui-ci ne peut, comme l'indigène, vaincre l'oppression que lui cause la raréfaction de l'air, et courir à cette altitude sans tomber aussitôt.

Il résulte, de plus, d'un séjour prolongé sur les hauts plateaux, une anémie ou mieux une *anoxhémie* profonde, que la moindre maladie ou le moindre traitement malencontreux vient pousser à l'extrême. Ce fait curieux a été découvert et mis hors de doute par M. le docteur Jourdanet.

Il semblerait qu'un séjour, même prolongé, ne provoquât que difficilement l'acclimatement des hommes ou des animaux nés dans les régions situées plus près du niveau de la mer.

Le point dont nous voulons nous occuper aujourd'hui se rapporte principalement à la différence qu'on observe entre les indigènes (hommes et animaux) et les autres êtres importés dans le pays. Pourquoi, les mêmes causes d'anoxhémie existant pour les uns et pour les autres, voyons-nous les premiers résister et les seconds succomber ?

Cela pourrait s'expliquer par ce fait que les indigènes auraient dans leur sang une quantité d'hémoglobine plus grande, et qu'ils absorberaient par conséquent, sous la même pression, plus d'oxygène que les Européens. Ou bien encore, mais cela est moins vraisemblable, ils auraient une hémoglobine particulière ayant un pouvoir absorbant plus considérable.

Peu importe d'ailleurs; ce qu'il était intéressant de connaître expérimentalement, c'est ce que le raisonnement nous avait déjà amené à soupçonner, à savoir, que le sang de ces êtres des hauts plateaux pouvait, sous un même volume, absorber plus d'oxygène que celui des êtres vivant dans les régions basses.

Pour arriver à résoudre ce problème, je me suis adressé à un certain nombre de voyageurs, et je viens de recevoir enfin quelques flacons remplis de sang d'animaux vivant normalement à 200 ou 300 mètres au-dessus de la Paz et, par conséquent, à plus de 4,000 mètres au-dessus de la mer. Ils me sont envoyés par M. Eug. Guinault, qui habite depuis longtemps la Paz.

Ce sang m'est arrivé à l'état de putréfaction complète. Mais peu importe : les expériences de M. Jolyet ont démontré que le sang putréfié absorbe juste autant d'oxygène que quand il était frais.

Voici, ramené à 0°, le chiffre maximum d'oxygène que 100^{cc} de ces sangs pouvaient absorber. Ils ont été agités avec de l'air à la température de 11° et analysés ensuite à la pompe :

Vigogne, $19^{cc}3$; cochon d'Inde, $15^{cc}8$; viscache, $16^{cc}2$; mouton mâle, $17^{cc}0$; lama mâle, $21^{cc}6$; vigogne, $19^{cc}0$; poule, $18^{cc}8$; alpaca, $17^{cc}0$; cerf à pelage gris, $21^{cc}4$; jeune poule, $15^{cc}0$; porc, $21^{cc}6$.

Ces chiffres sont considérables, car le sang des herbivores de nos pays n'absorbe guère au maximum que 10 à 12 p. 100 d'oxygène.

Il faudrait, pour que le problème fût complètement résolu, savoir encore si ces animaux des hauts plateaux utilisent dans les mêmes proportions que nous l'oxygène qu'ils absorbent; il faudrait aussi connaître la quantité totale de leur sang : ce sont là des recherches bien difficiles dans l'espèce, mais il sera peut-être possible de les tenter un jour.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 février 1882. — Présidence de M. L. Labbé.

COMMUNICATIONS

Statistiques. — M. MONOD, à l'occasion de la statistique de M. Desprès qui a pour but de démontrer qu'on obtient d'aussi bons résultats avec les anciens pansements qu'avec les pansements dits antiseptiques, fait observer que, si l'on tient compte du *consensus* universel des chirurgiens d'Allemagne, d'Amérique, d'Angleterre, et des chirurgiens français eux-mêmes, il est impossible de nier que l'application des pansements antiseptiques constitue un très-réel progrès dans la thérapeutique chirurgicale. Il suffit, en effet, de comparer la mortalité actuelle dans les services de chirurgie avec celle des anciens chirurgiens, de Boyer, par exemple, dans le service duquel la mortalité était de 75 p. 100, de Dupuytren qui, dans la même année, sur 11 amputations perdait 11 malades, de Broca, dont M. Monod a été l'interne, etc. Enfin, M. Monod a pu trouver, chez les étrangers, des statistiques intégrales et portant sur plusieurs années. Ces statistiques sont, au point de vue des avantages des pansements antiseptiques, des plus instructives. Elles sont empruntées à Busch, Max Scheede, Volkmann, partisans du pansement de Lister, à Bruns, Bardeleben, Billroth, partisans des anciens pansements, puis, comparées aux statistiques de Malgaigne, Trélat, Paul, Simpson, etc. On trouve pour les partisans des pansements antiseptiques :

Cas simples, 321 ; décès, 14;
Cas compliqués, 96; décès, 57.
Soit, en totalité, sur 417 cas; décès, 71.
Pour les partisans des anciens pansements :
Cas simples, 377; décès, 110;
Cas compliqués, 84; décès, 68.
Soit, pour la totalité, sur 461 cas; décès, 178.

Ces chiffres en disent plus que toutes les réflexions que l'on pourrait faire. Si l'on supprime de part et d'autre la pyohémie comme cause de mort, on trouve des deux côtés 3 p. 100 de mortalité, ce qui prouve bien que c'était, chez nos maîtres, surtout la pyohémie qui entraînait cette mortalité considérable, et que les pansements antiseptiques, en supprimant la pyohémie, sont la principale cause des succès de la chirurgie moderne. M. Monod ajoute, en terminant, que M. Desprès fait, pour ainsi dire, de l'antisepsie sans le savoir. Il apporte, en effet, un tel soin dans les pansements qu'il fait lui-même que l'on peut dire que c'est surtout guère à ces soins, et malgré le cérat et les cataplasmes, qu'il obtient d'aussi bons résultats.

M. THÉOPHILE ANGER demande à M. Desprès des renseignements sur une malade entrée d'abord à Cochin pour un kyste uniloculaire de l'ovaire, à laquelle M. Anger a pratiqué une ponction et fait un lavage du kyste avec une solution chlorurée et qui serait venue succomber peu de temps après dans le service de M. Desprès à la Charité.

M. DESPRÈS. Cette malade a été apportée à la Charité dans un état lamentable. Elle a succombé à une péritonite chronique de forme purulente. On a trouvé, à l'autopsie, non pas dans la poche kystique elle-même, mais en avant d'elle, une poche purulente contenant une demi-bouteille de pus ainsi que plusieurs abcès, du volume d'une noix.

A M. Monod M. Desprès répond qu'il a encore présente à la mémoire la manière de faire de Broca qui lavait toutes les plaies avec une éponge trempée dans l'eau et qui avait des résultats déplorables. Quant à moi, dit-il, je respecte le pus, qui, comme l'a dit un ancien, est le topique naturel des plaies; je touche le moins possible aux plaies, et me contente d'y appliquer un linge fenêtré cératé, et de la charpie pour les couvrir. Je me souviens des magnifiques résultats qu'obtenait Nélaton à la Clinique, bien avant les pansements dits antiseptiques. Dans la thérapeutique des plaies il y a autre chose qu'un pansement spécifique: il y a la manière de soigner les malades, de saisir les indications, etc. La question du pansement est secondaire; il faut pour le prouver de la contradiction, je m'en charge.

M. THÉOPHILE ANGER, quoique ayant recours aux pansements antiseptiques, a obtenu cette année à Cochin des résultats au moins aussi bons que ceux de M. Desprès : 28 décès seulement sur 1179 malades. Il a eu cependant une sorte de petite épidémie de tétanos qui, dans l'espace de moins d'un mois, a emporté 4 malades sur 4 atteints. Ces 4 cas se sont suivis de si près qu'il semblait véritablement y avoir là un fait de contagion. Pendant qu'il était prosecteur à Clamart, M. Anger a pu observer quelque chos d'analogue chez les animaux. Dans l'écurie de Clamart se trouvaient deux chevaux, une chienne et ses quatre petits; tous ces animaux sont morts du tétanos en quelques jours. M. Anger a présenté deux de ces petits chiens à la Société anatomique. Une injection de chloral dans le sang avait produit une résolution immédiate, mais non durable.

M. TERRIER, comme M. Anger, fait une excursion dans le domaine de la médecine vétérinaire pour rappeler que, chez les animaux, particulièrement chez les chevaux, on observe de véritables épidémies de tétanos. Ces épidémies tiennent évidemment au *modus faciendi* des vétérinaires. Dans les haras de l'État on fait par exemple la castration aux chevaux à sept heures du matin et on les vend à dix heures, après les avoir promenés au grand air pendant trois heures. Ce règlement, car c'en est un, explique les insuccès véritablement extraordinaires que donne parfois la castration chez les chevaux. M. Terrier croit que le froid peut être pour quelque chose aussi dans les cas de tétanos observés par M. Anger à l'hôpital Cochin. Il faut aussi bien distinguer le tétanos traumatique, presque toujours mortel, du tétanos spontané, beaucoup moins grave.

M. VERNEUIL, pour en revenir à la comparaison des anciens pansements avec les pansements antiseptiques, tient à ce que cette opinion soit hautement exprimée à la Société de chirurgie : Du temps de nos anciens maîtres, une maladie terrible décimait les blessés et les opérés, la pyohémie. Or la pyohémie a complètement disparu dans les services où l'on a recours à la méthode antiseptique.

Section sous-cutanée des adhérences pour réduire les anciennes luxations de l'épaule. — M. POLAILLON. On sait que ce sont les adhérences qui constituent le principal obstacle à la réduction des anciennes luxations. Un homme de vingt-quatre ans, atteint depuis cinq mois d'une luxation de l'épaule qui avait été méconnue se présente dans le service de M. Polaillon. Les tractions les plus énergiques, sous l'influence du sommeil chloroformique, ne parviennent qu'à transformer une luxation intra-coracoïdienne en luxation sous-coracoïdienne; les mouvements demeuraient impossibles. C'est pourquoi, le 24 décembre, cinq mois environ après l'accident, M. Polaillon, après s'être entouré de toutes les précautions antiseptiques, ponctionne la peau et le deltoïde, introduit un ténotome boutonné et coupe contre l'os même tout le tissu fibreux; il fait la même manœuvre au dedans, après quoi de légères tractions suffirent pour obtenir la réduction. Le malade a été guéri en quelques jours. M. Polaillon l'a présenté dans la dernière séance à ses collègues.

LECTURES

M. GUERMONPREZ lit un travail sur les lésions traumatiques des centres nerveux rachidiens et l'influence des mouvements artificiels dans le traitement de ces lésions.

M. BLUM lit une note sur la résection du nerf sous-orbitaire.

M. HUMBERT communique un cas de gangrène foudroyante

guérie par les cautérisations au fer rouge avec conservation du membre.

M. RECLUS lit un travail sur la réunion immédiate des tissus divisés par le thermocautère.

PRÉSENTATION DE MALADES

M. BERGER présente deux malades. L'un est un malade d'une cinquantaine d'années sur lequel il a enlevé, il y a quatorze mois, un épithélioma du plancher de la bouche dont le point de départ était dans les glandes sous-maxillaires et sublinguales. Il a sectionné la langue d'avant en arrière, sectionné et écarté les deux moitiés du maxillaire inférieur, réséqué une partie du rebord alvéolaire, enlevé le plancher de la bouche, les glandes sous-maxillaires et sublinguales et tous les ganglions. Ce malade semble aujourd'hui bien définitivement guéri.

Le second malade est un amputé de jambe dont la cicatrice présentait une ulcération adhérente dont aucun traitement n'avait pu venir à bout. M. Berger l'a recouverte d'un lambeau emprunté à la jambe saine, et encore adhérent à cette jambe par son pédicule, pendant vingt-trois jours ; cette autoplastie, par la méthode italienne, a donné un très-bon résultat.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

M. THÉOPHILE ANGER présente une tumeur qui est une sorte d'éléphantiasis, tumeur qu'il a enlevée sur la jambe d'une petite fille de quinze mois. Cette tumeur était congénitale ; elle occupait la face externe de la jambe ; il s'en trouvait une semblable, mais beaucoup plus petite, sur le pied. La peau était adhérente à cette tumeur. Autour se trouvait un certain nombre de petits kystes.

M. BERGER pense que ces kystes n'étaient autre chose que des ectasies lymphatiques, ce qui confirme l'idée d'une tumeur éléphantiasique.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — A partir du 1er mars 1882, les conférences de médecine légale, à la Morgue, auront lieu les mardis, mercredis et samedis à quatre heures.

— M. le docteur Galippe, chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Paris, est chargé d'une mission en Angleterre, à l'effet d'étudier l'enseignement de l'odontologie dans ce pays.

— M. le docteur Guibert est nommé médecin-adjoint au lycée de Saint-Brieuc.

— La commission sanitaire d'Alexandrie a décidé avant-hier, 22 février, de ne plus soumettre à la quarantaine les navires venant des ports asiatiques. Il est fait à cette mesure une seule exception, savoir que les provenances de Bombay ne seront reçues encore en libre pratique que si elles ont déjà fait quarantaine à Aden.

— *Muséum.* — M. le professeur Alphonse Milne-Edwards, membre de l'Institut, commencera son cours de zoologie (mammifères et oiseaux) le lundi 27 février 1882, à deux heures Il traitera cette année de l'histoire des oiseaux au point de vue de leur organisation comparée à celle des mammifères, de leurs mœurs et de leur distribution géographique.

Les leçons auront lieu les lundis, mercredis et vendredis, à deux heures, dans la salle des cours de zoologie, et elles seront complétées par des conférences faites dans le laboratoire, dans les galeries ou dans les ménageries à des jours et heures qui seront ultérieurement indiqués.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 12434.

N° 25. — MARDI 28 FÉVRIER 1882. 55e ANNÉE. MARDI 28 FÉVRIER 1882. — N° 25.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Desprès.

Fractures de côtes par contraction musculaire.

(Leçon recueillie par M. Ladroitte, interne du service.)

Les fractures de côtes sont excessivement fréquentes, mais il en existe une variété qu'on a très-rarement occasion d'observer et dont je dois dire ici un mot, quoiqu'il ne s'agisse pas d'une malade de l'hôpital. Je veux parler des fractures de côtes par contraction musculaire pendant un effort de toux.

Il s'agit d'une dame de la ville, près de laquelle j'ai été appelé ces jours-ci. Elle jouit d'une bonne santé relative ; un peu névropathique, sauf des accès passagers de bronchite chronique avec toux quinteuse qui lui surviennent de temps à autre, elle se portait assez bien. Un de ces accès la forçait de garder le lit depuis douze ou quinze jours, quand, pendant une quinte plus forte, le 1er février, la malade ressentit au côté gauche une douleur très-vive avec sensation et déchirure.

La respiration provoqua ensuite de la douleur qu'exagérait encore la toux.

L'exploration du thorax permit de diagnostiquer une fracture de côtes, reconnaissable à la mobilité anomale et à la crépitation que l'on percevait au niveau de la onzième côte gauche vers sa partie antérieure, à quatre travers de doigt de l'union de la côte avec son cartilage. Ce n'était point, on le voit, une simple disjonction de l'articulation chondrocostale, car la malade était âgée de cinquante-trois ans, et on sait qu'à cet âge les cartilages sont en partie ossifiés au voisinage de la côte.

Je me contentai, comme traitement, d'appliquer le bandage de corps en diachylon de Malgaigne, qui réussit toujours et qui amena un prompt soulagement.

La malade ne présentait aucune trace d'affection locale ou générale qui pût expliquer cette fracture : pas de lésions nerveuses, pas de traumatisme ; d'autre part, les circonstances dans lesquelles l'accident était survenu nous indiquaient nettement que nous nous trouvions en face d'une fracture par contraction musculaire, produite sous l'influence des efforts de toux.

Des cas analogues, bien que peu fréquents, ont été observés.

Malgaigne n'en a réuni que huit, et, sur ces huit cas, on doit éliminer celui de Broussais ; dans celui-ci, en effet, l'os était altéré avant de se fracturer.

Parmi les sept qui restent, six cas proviennent de l'étranger ; un seul a été observé en France. Il est dû à Bérard. (*Gaz. des hôp*,. 1841.)

Une malade de cinquante-quatre ans, atteinte de bronchite chronique, sous l'influence d'un effort de toux violent se casse une côte (la dixième gauche). Moins d'un mois après, à la suite d'une nouvelle quinte, la neuvième côte du même côté se fracture. Huit mois après, la onzième se rompt à son tour ; toujours par le même mécanisme.

Dans ces sept observations, sept fois la fracture siégeait du côté gauche et avait lieu en avant au niveau de l'union du cartilage avec la côte, ce qui fait que Malgaigne avait cru pouvoir conclure que les fractures de côtes par contraction musculaire siègent toujours du côté gauche, près de l'extrémité antérieure. On voit que le cas qui nous occupe concorde avec cette opinion.

Mais, depuis 1847, époque du *Traité des fractures* de Malgaigne, six cas nouveaux ont été publiés, et, contrairement à cette règle, deux fois la fracture aurait siégé à droite.

Mais, sur ces six cas relatés par M. Paulet (*Dictionnaire encycl.*, art. *Côtes*), deux seulement ont été observés en France ; les quatre autres proviennent de l'étranger et ne sont pas suffisamment explicites pour nous autoriser à les rattacher au cas qui nous occupe. Et même, parmi les deux faits observés en France, nous devons éliminer celui de Denonvilliers (*Union méd.*, 1853). Il s'agissait en effet d'un homme qui, antérieurement, à la suite d'un traumatisme, avait eu une fracture de la neuvième côte gauche, et qui, sept mois après, en se retournant dans son lit, se cassa de nouveau la côte précédemment rompue.

Le deuxième fait, qui date de 1855, est dû à M. Hérard (*Union méd.*), et se rapproche beaucoup de celui que nous publions en tête de cette leçon. On y voit une jeune femme de vingt-deux ans, enceinte, se casser, à la suite d'une quinte de toux, la onzième côte gauche à 3 centimètres en avant de l'angle costal, lésion qui fut contrôlée à l'autopsie, la mort étant survenue peu de temps après, à la suite de l'accouchement et d'une fièvre puerpérale.

Dans les différentes observations publiées, on voit que les

côtes atteintes ont été les quatrième, cinquième, sixième, septième, huitième, neuvième, dixième et onzième; la dixième plus souvent que les autres. La douzième, ou côte flottante, n'a jamais été fracturée.

Le sexe des malades paraît indifférent. Quant à l'âge, il a varié de vingt-deux à soixante-trois ans. Dans presque tous les cas la fracture était unique; deux fois seulement elle a porté sur deux ou trois côtes.

C'est presque toujours pendant une violente quinte de toux que la fracture s'est produite; on l'a observée cependant aussi à la suite d'un effort d'éternument.

Il n'est pas possible de donner le mécanisme exact de cette fracture et de dire quel est le muscle qui la produit à l'exclusion des autres; mais, comme on l'a vue survenir jusqu'ici seulement à la suite d'efforts brusques d'expiration, on est conduit à invoquer comme cause déterminante l'action des muscles expirateurs isolés ou associés entre eux.

Nota. — La malade, dix-huit jours après l'accident, pouvait se lever, le bandage de diachylum était tombé et était remplacé par un simple bandage de corps; la malade même peut se coucher sur le côté de la fracture. On voit que, dans ce genre de fracture, la consolidation se fait rapidement.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. Jules Simon.

De la diphthérie et de son traitement médical.

Je suis aujourd'hui porté à vous parler de la diphthérie en raison des nombreux cas signalés actuellement un peu partout, soit en ville, soit à l'hôpital, en raison surtout aussi de la petite malade que nous avons vue ce matin dans la salle Sainte-Élisabeth.

Cette affection n'a pas été comprise dans tous les pays comme elle l'est en France, où nous la considérons comme une maladie générale caractérisée par des fausses membranes de nature contagieuse, voire même épidémique, se développant sur une muqueuse non ulcérée ni détruite et s'accompagnant d'une altération profonde de nos tissus.

C'est à M. Bergeron que l'on doit d'avoir montré l'erreur dans laquelle Bretonneau et Trousseau étaient tombés, malgré leur grand savoir, en confondant la stomatite et l'angine ulcéro-membraneuse avec la diphthérie; confusion aujourd'hui impossible, grâce aux recherches du savant secrétaire annuel de l'Académie de médecine.

D'autre part, les Allemands se sont complu dans une autre confusion en prenant le mot croup comme synonyme de toute affection caractérisée par la présence des fausses membranes. C'est ainsi qu'ils ont établi une pneumonie croupale, une néphrite croupale, tandis que cette dénomination doit rester exclusivement réservée à la maladie accompagnée de suppuration et que nous désignons en France sous le nom de croup.

Au point de vue anatomo-pathologique, la diphthérie est caractérisée par la présence sur une muqueuse non ulcérée d'un produit grisâtre, quelquefois coloré par du sang, de nature fibrineuse et présentant deux surfaces : l'une, libre, couverte de sinuosités plus ou moins abondantes; l'autre, adhérant à la muqueuse par des fibrilles, par des tractus nombreux tels que celle-ci, boursouflée, semble comme enchatonner la couenne. Cette fausse membrane est élastique, adhérente, et apparaît sous le microscope comme un feutrage de fibrilles dépourvu de toute vascularisation et nullement organisée, ce qui la distingue des fausses membranes qui se développent à la surface des séreuses pleurale, péritonéale, etc. Si, dans leur contexture, entre les cellules, on a trouvé des spores, celles-ci existent sans parasites.

Au-dessous de la fausse membrane la muqueuse a conservé son derme intact, au moins superficiellement. Dans les cas très-graves, elle est quelquefois infiltrée d'éléments plastiques et de matières grasses, mais elle n'est jamais ulcérée. Ce dernier caractère, je le répète, est d'une haute importance, car, tant qu'il existe, vous êtes en présence de la diphthérie, c'est-à-dire d'une affection maligne; au contraire, s'il y a quelques ulcérations, nous avons affaire à une maladie bénigne.

Dans le voisinage des parties atteintes par la diphthérie, nous trouvons toujours les ganglions pris à des degrés divers, tuméfiés, leur atmosphère congestionnée, puis de l'œdème se manifeste, et tous les tissus congestionnés à leur tour s'infiltrent de sérosité de mauvaise nature. Quelquefois même le ganglion se ramollit et suppure.

Concomitamment on trouve de la bronchite pseudo-membraneuse, des noyaux de broncho-pneumonie, de la congestion pulmonaire, des noyaux apoplectiques, de l'atélectasie des poumons. Du côté du cœur c'est une inflammation séreuse, tandis que son tissu, devenant graisseux, peut déterminer quelquefois la mort subite. Les reins présentent aussi parfois cette même altération. La substance nerveuse peut être aussi le siége d'une dégénérescence de même nature, qui explique alors la paralysie diphthéritique. J'ai vu cette paralysie généralisée, atteignant surtout les muscles de la respiration, déterminer la mort.

Le sang, comme l'a démontré la thèse de M. Millard, est noirâtre, poisseux; ses éléments albumineux sont transformés. Les expériences de M. Regnard, le préparateur de M. Paul Bert, ont démontré que cet empoisonnement par la diphthérie ne laissait plus au sang les mêmes capacités d'absorption de l'oxygène que dans l'état normal. De là cette déchéance générale et rapide de l'individu, de là la longueur de la convalescence quand la guérison a pu être obtenue.

Au point de vue de la symptomatologie, la diphthérie constitue trois groupes particuliers qui sont : la diphthérie localisée ou maladie locale en apparence; la diphthérie infectieuse, présage de l'empoisonnement général; la diphthérie toxique.

Le premier groupe est très-important à bien fixer, car, jusqu'en 1860, bien des petites angines couenneuses passaient pour une angine commune et non pour de la diphthérie. Aujourd'hui on est heureusement revenu à une plus juste appréciation des faits.

La diphthérie localisée est caractérisée au début par une amygdalite plus ou moins inflammatoire, avec un ou deux tout petits points pseudo-membraneux sur les amygdales. De plus, il y a un petit ganglion pris, ainsi qu'un mouvement fébrile, de l'embarras gastrique. La marche de la maladie est d'une durée de huit ou dix jours et se termine ordinairement par la guérison.

Cependant elle peut devenir infectieuse; aussi devez-vous rester dans le doute vis-à-vis des parents, quant au pronostic, toute surprise étant possible, alors même qu'au début

vous avez pu croire à sa bénignité. De là aussi la nécessité de visites fréquentes à votre malade.

Dans la diphthérie infectieuse il ne s'agit plus seulement d'un ou de deux petits points blancs; mais bien de fausses membranes étendues, développées rapidement; les tissus sous-jacents sont tuméfiés, les glandes sous-maxillaires acquièrent un volume plus considérable, leur atmosphère est congestionnée, il y a de la douleur, les fausses membranes gagnent la voûte palatine et surtout les fosses nasales et le larynx, dans la moitié des cas. Le visage devient plombé, pâle; l'enfant est fatigué, les forces diminuent; la température, élevée tout d'abord, non-seulement ne continue pas à monter, mais souvent elle s'abaisse, et il y a une tendance générale au refroidissement. La couenne s'exfolie, son odeur est fétide; en un mot, toute la symptomatologie indique un empoisonnement profond. La maladie se complique bientôt de bronchite, de broncho-pneumonie, souvent de diarrhée, d'inappétence, de répulsion pour tout ce qui est aliment, et la maladie, progressant rapidement, marche vite vers la mort. Celle-ci survient dans la proportion de 8 sur 10.

Un fait digne de remarque, c'est que les individus qui ont le croup succombent moins souvent que ces derniers; ainsi l'extension des fausses membranes vers le voile du palais et les fosses nasales est d'un pronostic beaucoup plus grave que leur propagation au larynx. Dans le croup, en effet, la guérison est de 4, 5, ou 6 sur 10 selon les séries.

Dans la forme toxique, la couenne fétide envahit tout l'isthme du gosier, le pharynx, les fosses nasales; la fibrine pourrit en place et donne lieu à une odeur gangreneuse. Tout le tissu cellulaire sous-muqueux de la gorge, des joues, du cou, est œdématié; la face est bouffie, luisante et plombée. Le cou est tendu, les forces déprimées; il y a tendance à la syncope, le sujet étouffe par la paralysie des muscles. Souvent on observe des hémorrhagies nasales ou amygdaliennes. Toute partie irritée de la peau se recouvre de pseudo-membranes; enfin il se forme parfois des eschares rapides, et la mort survient entre deux et cinq ou six jours.

Dans la convalescence on observe souvent une paralysie plus ou moins prononcée, au bout de deux ou trois semaines, soit une voix nasonnée, soit de la paralysie, quelquefois une paralysie oculaire ou bien des muscles du cou.

En résumé, la diphthérie est rapidement mortelle lorsqu'elle revêt la forme toxique; elle est souvent mortelle aussi dans la forme infectieuse. Elle passe quelquefois à l'état chronique, et l'on voit des malades forcés de conserver leur canule après l'opération pendant plusieurs semaines, voire même des mois entiers. Enfin, lorsque la diphthérie est localisée, elle guérit le plus souvent en huit ou dix jours.

La diphthérie est surtout commune entre trois et sept ans. Certaines familles y sont plus sujettes que d'autres; dans certains cas, il semble même qu'il existe comme des droits héréditaires, tandis que d'autres familles paraissent jouir, au contraire, d'une immunité parfaite. Le froid humide, les pays bas et humides, favorisent le développement de la maladie.

Le traitement médical de cette affection est assez difficile à décider; chacun croit avoir trouvé une panacée; chacun, de là, tient à sa médication.

Avant de vous dire ce que vous devez faire contre la diphthérie, je veux vous apprendre ce qu'il ne faut pas faire: c'est-à-dire pas de sangsues, pas d'émissions sanguines, qui ne peuvent que déprimer davantage les forces; pas de vésicatoires, la peau dénudée se recouvrant aussitôt de fausses membranes. Ni mercuriaux qui dépriment également, ni opium qui diminue la résistance nerveuse.

Voilà pour les moyens contre-indiqués. Quant aux agents que l'on peut employer, ce sont : pour les uns le sulfure de calcium et le potassium sulfureux; pour quelques autres les alcalins, les sels de soude afin d'agir contre les produits fibrineux; pour d'autres encore les bromures, en raison de leur propriété de diminuer la sensibilité de la gorge, mais ils sont débilitants et facilitent les hémorrhagies. Quelques-uns encore préconisent le chlorate de potasse à haute dose, ou le poivre cubèbe en graines, ou bien une préparation de copahu ou de cubèbe, c'est-à-dire l'opiat anti-blennorrhagique, ou bien encore les vomitifs, le tartre stibié à haute dose, le sulfate de cuivre, les antiseptiques tels que l'eau phéniquée à l'intérieur.

Quant à moi, voici le traitement auquel j'ai recours :

A l'intérieur les toniques sous toutes les formes, l'alcool à haute dose, en même temps que le café noir, le bouillon, le jus de viande, etc. En outre, le perchlorure de fer à l'intérieur, toutes les deux heures, à la dose de deux à trois gouttes dans un peu d'eau, et jamais dans du lait, au moment où l'enfant prend du bouillon, du café ou de l'alcool. De plus, si l'enfant est un peu grand, cinq ou six grammes par jour de la préparation suivante :

Copahu	30 grammes.
Cubèbe	60 —
Sous-carbonate de fer . . .	4 —
Sous-nitrate de bismuth. . .	Q. S.

Localement vous agirez sur les parties malades, larynx, gorge, nez, en les touchant avec du jus de citron, ou de l'acide citrique dilué, ou du vinaigre aromatique étendu d'eau, ou bien encore du perchlorure de fer aussi étendu d'eau, ou du tannin, toutes les deux ou trois heures. Mais vous ne vous servirez ni de nitrate d'argent, ni d'acide chlorhydrique ou nitrique qui, détruisant le derme, faciliteraient la reproduction de la couenne sur une plus grande étendue. De plus, faire des irrigations dans la gorge et dans les fosses nasales avec l'eau phéniquée ou aromatique trois ou quatre fois par jour.

Enfin nous avons encore une ressource, mais qui demande certains ménagements : je veux parler des vomitifs avec l'ipéca, au début du croup, lorsqu'il existe des mucosités dans la gorge, que la voix est éteinte, voilée, rauque. On donnera aussi avec quelque réserve ce vomitif lorsque la couenne a quelque tendance à se détacher.

De plus vous entretiendrez dans la pièce habitée par le malade une atmosphère égale de 16° à 17°, rendue un peu humide par des pulvérisations phéniquées ou aromatiques. J'ajouterai aussi que, sans vouloir que l'on tourmente les enfants, j'exige cependant qu'on ne les délaisse pas, qu'on ne les laisse pas reposer trop longtemps sans leur administrer de temps en temps quelques toniques.

Tels sont les conseils généraux que j'ai cru devoir vous donner relativement au traitement médical de la diphthérie.

CLINIQUE DES VOIES URINAIRES. — M. Mallez.

De la fragmentation des gros calculs et de leur extraction par une ouverture artificielle.

(Leçon recueillie par M. G. Rohart.)

Vers 1860, MM. Civiale et Nélaton, presque simultanément, préconisèrent la fragmentation des gros calculs par une ouverture périnéale. Civiale pratiquait cette ouverture, qu'il avait dénommée taille médio-bilatérale, de la manière suivante : incision externe jusqu'au cathéter, médiane ; incision prostatique, directement transversale. C'était une sorte d'incision en T, par laquelle il introduisait, s'inspirant de l'instrument de ses débuts, c'est-à-dire de l'appareil instrumental droit, une sorte de mèche mise en mouvement par un archet, au moyen de laquelle il évidait le calcul tenu dans des tenettes. Après l'avoir évidé, il l'écrasait. Nélaton, lui aussi, saisissait le calcul et le pénétrait avec une pointe de taraud pour le faire éclater.

La situation des deux chirurgiens, leur grande renommée, et jusqu'au dissentiment qui s'éleva entre eux et qui fit grand bruit, tout contribua à appeler l'attention du monde chirurgical sur ce mode d'extraction de pierres volumineuses qu'ils avaient, l'un et l'autre, seules en vue.

Le procédé n'était pas nouveau ; mais tous les chirurgiens sentaient que la lithotritie avait trop promis en annonçant que les plus gros calculs ne pourraient lui échapper, et la tentative de Civiale et de Nélaton allait également au-devant de la crainte éprouvée par tous les opérateurs de pratiquer de grandes incisions périnéales, depuis qu'on avait abandonné la voie hypogastrique. En résumé, c'était, d'une part, un aveu implicite de l'insuffisance de la lithotritie dans un certain nombre de cas, aveu fait par le lithotriteur le plus en vue à cette époque, et, d'autre part, la tentative d'un esprit sage, éminemment chirurgical, d'allier la taille et la lithotritie.

A partir de ce moment, l'attention, une fois éveillée, provoqua des essais nombreux dans la même direction. Toutefois l'idée ne se formula en méthode générale que dans la « lithotritie périnéale » de Dolbeau.

Il ne s'agissait plus alors de fragmenter seulement les grosses pierres, mais, dans l'immense majorité des cas, d'abandonner les voies naturelles et de faire toujours pénétrer les instruments de pulvérisation par un canal artificiel pratiqué avec le bistouri sur le raphé en avant de l'anus jusqu'au cathéter et avec un dilatateur agissant de la portion membraneuse jusqu'à la vessie pour la dernière partie du trajet.

Nous savions déjà, en France, malgré l'enthousiasme éphémère qu'avait provoqué la « lithotritie périnéale », toutes les objections qu'on pouvait lui faire : la difficulté de l'extraction des fragments, dont quelques-uns même, comme le racontent des témoins oculaires, sortaient par l'ouverture faite au périnée deux ou trois jours après l'opération, la durée des manœuvres, la fréquence des récidives, que Dolbeau lui-même avouait être de 10 p. 100.

Mais sa position de chirurgien des hôpitaux, de professeur à l'École, et surtout de protégé particulier d'une sorte de petite église, expliquait facilement le bruit qui se faisait autour de l'opération et de l'opérateur.

Cependant les esprits sérieux, faisant la part de l'exagération, sentaient très-bien que la « lithotritie périnéale » se maintiendrait difficilement dans la pratique sous la forme absolue que lui donnait son auteur. En effet, depuis quelques années, la « lithotritie périnéale » est de moins en moins pratiquée ; ce qui ne l'empêche pas de faire de temps en temps des retours sous des formes plus ou moins pratiques, et c'est ainsi que nous l'avons retrouvée au congrès de Londres.

Les congrès devraient être plus favorables aux revues générales qu'à des discussions de détail, et, à la réunion de Londres, en août dernier, on avait sagement fait de rapprocher les communications semblables, de leur assigner une même journée et de faire précéder d'un exposé de l'état de la question celles qui étaient voisines les unes des autres et sensiblement pareilles quant au sujet. Nos confrères anglais s'étaient partagé la tâche de ce travail synthétique, chacun dans le domaine particulier de ses études. En chirurgie, M. Spencer Wells fut chargé de la partie abdominale ; M. Thompson, des voies urinaires.

Notre confrère en spécialité connaît son Paris. Il sait qu'ici l'on ne cite que les morts et lui. Il sait encore qu'il doit certainement à cela une bonne part de sa réputation ; aussi n'avait-il pas fait traduire son discours préliminaire en allemand, mais courtoisement, tout en le lisant en anglais, il le faisait distribuer en français dans la salle. Cette prévenance, dont nous remercions notre éminent confrère, nous permettra de le suivre plus facilement et sans risque de le mal interpréter par une traduction quelquefois délicate et discutable.

M. Thompson a dit, dès le début, qu'il s'occuperait très-peu des progrès de la taille. Il la considère comme une opération qu'on ne peut plus guère modifier. Nous reviendrons quelque jour sur ce sujet. Mais M. Thompson a ajouté que la taille latérale (c'est probablement *latéralisée* qu'il faut lire) était pratiquée dans la plus grande partie de l'Europe. Cette allégation n'est pas tout à fait exacte. Elle semble l'être seulement à Naples et à Moscou, villes dans lesquelles, on le sait, l'affection calculeuse est particulièrement fréquente chez les enfants. Il n'est pas rare, en effet, de voir pratiquer cent lithotomies en une année dans les hôpitaux de Moscou. Le procédé en usage est surtout celui de la taille latéralisée ; mais, nous le répétons, les opérés sont des enfants. De même à Naples et dans l'ouest de l'Angleterre. Pour le reste de l'Europe, on emploie diversement les autres procédés de la taille.

Nous ne nous arrêterons pas à cette question, qui demanderait de longs développements. Nous ne voulons que suivre M. Thompson dans ce qu'il a dit de divers projets de combiner la taille et la lithotritie, insistant particulièrement sur l'un d'eux, auquel il paraît attacher une préférence quasi paternelle. Ce projet consiste à broyer une pierre par les voies naturelles avec un puissant lithotriteur et à en extraire les débris par une incision de la portion membraneuse de l'urèthre.

Le sens commun, auquel il faut toujours faire une petite place, même dans les déductions les plus scientifiques, fait A PRIORI rejeter la pensée d'exposer le sujet aux chances de deux opérations au lieu d'une. De plus, dans le fait cité, on relève tout de suite une série de contradictions, que nous désirons noter.

« J'avais à opérer, dit notre confrère, un volumineux calcul, chez un homme de soixante-sept ans, porteur d'une énorme prostate, et qui, depuis des années, ne pouvait uri-

ner qu'au moyen d'une sonde... Je commençai par broyer la pierre et en retirer le plus possible par la lithotritie ordinaire. Je mis ensuite le patient dans la position de la taille; je fis une petite incision intéressant la partie membraneuse de l'urèthre, je la dilatai avec le doigt, et, au moyen de petites tenettes, je pus retirer les fragments qui restaient et vider complètement la vessie. » M. Thompson « n'hésite pas à considérer la combinaison de ces deux méthodes, dans de telles circonstances, comme un heureux perfectionnement ». Cela reste encore en question, comme de savoir, étant admis qu'il y a perfectionnement, si ce perfectionnement est heureux. Mais il n'y a plus doute, en tous cas, qu'il n'a pas le mérite de la nouveauté.

Depuis bien longtemps, la taille membraneuse a été proposée dans le but de pénétrer plus commodément dans la vessie et d'y manœuvrer plus à l'aise. Cependant l'on sait aujourd'hui que, s'il est facile de dilater le col chez les sujets jeunes, cela devient laborieux et impraticable chez les hommes âgés. Il y a dix-huit ans, M. Lee, de Saint-George's Hospital, avait eu la pensée de saisir dans un lithotriteur, dont la branche femelle portait une cannelure à sa face inférieure, les calculs petits ou de dimension moyenne, de leur faire franchir le col par des tractions répétées et de les amener ainsi dans la portion membraneuse dont on faisait l'incision sur la cannelure du lithotriteur faisant office de cathéter.

Je décrivis ce procédé dans la *Gazette des Hôpitaux*, et je me souviens qu'un mois après sa publication, l'excellent et regretté M. Jarjavay, qui était, à cette époque, à l'hôpital des Cliniques, tenta de la mettre en œuvre. Son malade était un homme d'une cinquantaine d'années. Il avait un calcul du volume d'une grosse noisette. M. Jarjavay échoua complètement, et fut contraint d'y renoncer.

Cependant la taille membraneuse a été longtemps en honneur, après qu'on se fut débarrassé des préjugés anatomiques qui faisaient craindre d'inciser sur le raphé ; mais, encore une fois, cette ouverture ne pouvait viser que de petits calculs : elle n'était, en outre, susceptible que de peu d'agrandissements.

Mais revenons à la fragmentation. Il semble tout naturel que le premier chirurgien qui a fait une incision périnéale trop étroite pour le calcul qu'il avait à extraire ait dû avoir tout de suite la pensée de faire plusieurs morceaux, qui franchiraient l'orifice où ne pouvait passer la pierre entière. Par accident, celui-là fut l'inventeur de la lithotritie périnéale.

Vous pouvez voir, dans notre musée d'instruments, une tenette de force ayant appartenu à Lecat, qui laisse bien loin derrière elle, comme puissance, tous les casse-pierres de Dolbeau. Dolbeau n'avait fait qu'ériger en méthode un accident de la lithotomie. Nous prétendons, en effet, que l'incision doit toujours être déterminée avec une précision mathématique, parce qu'un chirurgien digne de ce nom sait parfaitement à quel calcul il a affaire. Les erreurs sur le volume, lorsqu'elles se produisent, tiennent à des circonstances exceptionnelles telles, par exemple, que celles que nous avons rencontrées chez un malade du Petit-Ivry, porteur d'un calcul triangulaire, que vous voyez dans notre vitrine, et dont il avait été impossible de prendre la mesure d'angle en angle et dans le plus grand diamètre. Le tort de Dolbeau a été de vouloir faire de l'imprévu la règle, de l'accident le précepte.

M. Thompson attribue les dangers de la lithotritie périnéale à l'introduction des tenettes dans une vessie vide et « de haut en bas ». Mais, dans le cas cité par lui d'une lithotritie préalable par les voies naturelles et de l'extraction de tout ou partie des fragments par une incision de la région membraneuse, comment a pu faire M. Thompson pour ne pas introduire les tenettes de bas en haut, d'autant plus que le malade avait une « énorme prostate »?

Ce n'est pas tout encore. M. Thompson, qui connaît notre littérature chirurgicale, et qui lui a fait de fréquents emprunts, attribue à M. Bigelow la priorité de l'idée de l'emploi des instruments volumineux et de la dilatation de l'urèthre poussée à l'extrême avant leur introduction. Dans une précédente leçon, vous vous souvenez que je vous ai démontré quelle part il fallait faire aux chirurgiens français, et plus spécialement à Heurteloup et à Amussat, dans le procédé dit de lithotritie rapide avec extraction immédiate. Eh bien! l'invention de M. Bigelow ne paraît pas plus nouvelle dans ce cas que dans le précédent.

Il y a, en effet, bientôt cinquante ans que M. Guillon père, mort il y a quelques mois à peine, a préconisé cette pratique. M. Guillon insistait tellement, dans les vingt dernières années de sa vie, sur l'introduction des bougies de gros calibre, jusqu'au n° 30 de la filière Charrière et au delà, dans le traitement préparatoire de la lithotritie, sur l'utilité de l'emploi de son brise-pierre n° 3, à levier, qui était aussi volumineux que ceux de Bigelow, mais beaucoup plus ingénieux, M. Guillon, dis-je, insistait tellement sur ces deux points qu'il en était, j'en demande bien pardon à son fils, notre excellent confrère, devenu un peu fatigant. Il n'est aucun des médecins qui ont fréquenté cette clinique, où il venait souvent, qui ne l'ait entendu s'étendre avec complaisance sur cette question de pratique. Or, il y a sept ou huit ans, un jour que la discussion avait été un peu vive, nous le poussâmes sur la puissance de son brise-pierre à levier. Pour toute réponse, M. Guillon prit un silex du volume d'un petit œuf de poule, et, en quelques secondes, malgré son grand âge, il en fit six ou huit morceaux.

« Je suis disposé, dit encore M. Thompson, quand l'occasion se présente, à broyer les pierres grosses et dures avec un puissant lithotriteur et à extraire les fragments au moyen de tenettes à travers une boutonnière périnéale, plutôt que par la sonde évacuatrice uréthrale, surtout si le canal est petit, ou seulement d'un calibre moyen. » Mais comment M. Thompson peut-il introduire un « puissant lithotriteur », c'est-à-dire d'un calibre assez considérable pour broyer des calculs volumineux et résistants, lorsque le canal est petit? D'autre part, si un semblable instrument a pu être porté dans la vessie et arriver jusqu'à la pierre, pourquoi ne pas employer la sonde évacuatrice uréthrale? A quoi bon, dans cette circonstance, la boutonnière périnéale et l'introduction des tenettes de bas en haut dans une vessie vide? N'est-ce pas faire courir au malade un double danger et, après la lithotritie, l'exposer au péril superflu de la taille?

La haute compétence de M. Thompson nous avait fait espérer un instant qu'il éluciderait au moins cette grosse question de la fragmentation des calculs et de leur évacuation par une ouverture artificielle. Civiale, dans les dernières années de sa vie, et Nélaton l'avaient abordée sans la résoudre; Dolbeau l'a embrouillée en tentant d'ériger l'exception en règle; elle demeure l'un des points les plus délicats de la pratique, parce que, intimement liée

à celle des altérations de forme et de capacité de la vessie, elle se trouve ainsi dominée de tous côtés par des considérations anatomo-pathologiques importantes, qui exigent qu'on en tienne compte. M. Thompson aurait pu envisager ce sujet, non pas au point de vue mécanique, comme on l'a fait trop souvent, mais au point de vue clinique, le plus intéressant, et celui, pourtant, dont on s'est le moins occupé : malheureusement, notre très-éminent confrère s'est dérobé, et il ne nous a parlé que de sa pratique personnelle et de modifications de détail, qui ne nous ont paru toutes ni très-heureuses, ni très-nouvelles.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 25 février 1882. — Présidence de M. Laborde.

COMMUNICATIONS

Iodure de méthyltriéthylstibonium. — M. RABUTEAU fait une communication sur ce corps qui, d'après les expériences qu'il a faites, agit comme un véritable curare. C'est un sel blanc d'une saveur amère, soluble dans l'eau et dans l'alcool qui, chimiquement, se comporte comme les iodures, en particulier l'iodure de potassium. Si l'on en injecte 2 centigrammes sous la peau d'une grenouille, après deux à trois minutes l'animal ne peut plus bouger ; après dix minutes, il est comme mort, mais le cœur continue toujours à battre. En un mot, chez la grenouille comme chez le cochon d'Inde, cet iodure donne lieu aux mêmes effets que le curare.

Hypnotisme, somnambulisme. — M. DUMONTPALLIER communique les nouveaux faits qu'il a récemment observés chez plusieurs hystériques de son service.

Respiration artificielle. — M. LABORDE présente un appareil ingénieux destiné à pratiquer la respiration artificielle chez les animaux par le procédé du soufflet, sans l'intervention de la trachéotomie.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 24 février 1882. — Présidence de M. Dujardin-Beaumetz.

COMMUNICATIONS

Péricardite avec épanchement, ponction, guérison. — M. RENDU communique l'observation d'un jeune homme de dix-huit ans qui, à la suite d'un refroidissement, fut atteint d'une péricardite sèche. Il entra à l'hôpital présentant tous les caractères de cette affection. Bientôt apparurent tous les signes d'un épanchement péricardique qui, en moins de vingt-quatre heures, devint très considérable. Le malade présentait de la dyspnée, et déjà un commencement de cyanose, quand, bien convaincu de l'existence d'un épanchement, M. Rendu se décida à pratiquer une ponction dans le péricarde. Il fit cette ponction à 5 centimètres au-dessous du mamelon gauche et à 8 centimètres de l'axe du sternum. Il retira 950 centimètres cubes de liquide. Les suites furent aussi simples que possible. Le dyspnée disparaissait à mesure que le liquide s'évacuait. Il y eut, comme souvent à la suite de la thoracentèse, quelques phénomènes de congestion pulmonaire par suite de la décompression du poumon. Deux mois après l'opération, ce malade prit froid et fut atteint d'une pleurésie du même côté, pleurésie dont il est aujourd'hui presque complètement guéri.

En résumé, cette observation est intéressante à ces divers points de vue : péricardite d'emblée *à frigore* amenant un retentissement général sur l'économie, qui pendant un certain temps fit croire aux débuts d'une fièvre typhoïde ; épanchement péricardique, marche rapide de cet épanchement, ponction, congestion pulmonaire consécutive par suite de la décompression du poumon, issue favorable.

M. LABOULBÈNE a dans son service actuellement un malade, plus âgé que celui de M. Rendu, qui est également atteint de péricardite avec épanchement, compliquée de pleurésie. La thoracentèse a été pratiquée et a beaucoup soulagé ce malade. M. Laboulbène hésite à faire la ponction du péricarde.

M. RENDU est arrivé à diagnostiquer aussi sûrement que possible un épanchement péricardique chez son malade parce qu'il a pu le suivre depuis le premier jour de la péricardite sèche ; c'est en se basant surtout sur l'étendue de la sonorité de l'estomac qu'il est arrivé à reconnaître l'existence de cet épanchement. Mais, en général, il est extrêmement difficile de diagnostiquer un épanchement péricardique. Si, dit-il, je n'avais pas suivi jour par jour mon malade depuis le début de la péricardite, je n'aurais pas reconnu l'existence de l'épanchement.

M. CONSTANTIN PAUL. La paracentèse du péricarde est une opération devant laquelle on hésite habituellement, tant à cause des difficultés du diagnostic qu'à cause de l'insuccès presque constant de cette opération. Lorsqu'on a affaire à un jeune sujet, à un sujet maigre, et que l'on a assisté à toute l'évolution de la maladie, alors seulement on est en droit de tenter la ponction du péricarde. Il n'y a qu'une région où cette ponction ne soit pas dangereuse ; si on ponctionne à droite du sternum, on risque de pénétrer dans l'oreillette droite, ou dans la veine cave ; il faut donc ponctionner dans la région de la pointe du cœur dont il importe, par conséquent, de déterminer exactement le siège. Il faut bien se garder de prendre pour point de repère le mamelon qui est un point très-variable selon les individus et variable aussi sur le même individu selon telles ou telles conditions. C'est sur le squelette, sur les côtes elles-mêmes qu'il faut chercher un point de repère.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Faculté de médecine de Paris vient de décerner les récompenses suivantes aux docteurs en médecine qui ont subi leur thèse pendant l'année scolaire 1880-1881.

Médailles d'argent. — MM. 1. Ballet (Gilbert), né le 29 mars 1853 à Ambazac (Haute-Vienne). — 2. Bar (Paul-Jean), né le 5 novembre 1823 à Paris. — 3. Chambard (Ernest), né le 13 août 1851 à Paris. — 4. Crouzat (Eugène), né le 19 juin 1853 à Béziers (Hérault). — 5. Dubard (Louis), né le 1er octobre 1851 à Lille (Nord). — 6. Marchand (Gérard, né le 12 octobre 1850 à Toulouse (Haute-Garonne). — 7. Merklen (Pierre), né le 27 février 1852 à Mulhouse (Haut-Rhin). — 8. Roussel (Antoine), né le 16 avril 1851 à Lyon. — 9. Rousseau (Alfred), né le 7 février 1854 à Nantes.

Médailles de bronze. — MM. 1. André (Gustave), né le 27 août 1856 à Paris. — 2. Baratoux (Jean), né le 24 octobre 1855 à Saint-Brieuc (Côtes-du-Nord). — 3. Boulay (Élie), né le 17 février 1853 à Cloyes (Eure-et-Loir). — 4. M. Bruchet (Charles), né le 10 juin 1853 à Chaudenay (Saône-et-Loire). — 5. Brun (André), né le 14 juillet 1854 à Angoulême. — 6. Chamil-Ibrahim, né le 22 décembre 1854 à Alexandrie (Égypte). — 7. Chenantais (Jules), né le 10 janvier 1854 à Nantes. — 8. Doassans (Jacques), né le 15 mai 1853 à May (Basses-Pyrénées). — 9. Fauchet (Henri), né le 14 janvier 1848 à Paris. — 10. Ficatier (Jacques), né le 14 septembre 1854 à Courson (Yonne). — 11. Galissart de Marignac (Ernest), né le 22 mai 1851 à Gerthod (Suisse). — 12. Jagot (Léon), né le 1er décembre 1853 à Angers. — 13. Josias (Albert), né le 10 août 1852 à Saint-Maurice (Seine). — 14. Leroux (Henri), né le 29 novembre 1853 à Paris. — 15. Poulin (André), né le 29 septembre 1853 à Paris. — 16. Quenu (Édouard), né le 21 juillet 1852 à Marquise (Pas-de-Calais). — 17. Sabourin (Charles), né le 19 juin 1849 à Châtellerault (Vienne). — 18. Schwartzeff (Nadine), né le 30 juillet 1852 à Saint-Pétersbourg. — 19. Talamon (Charles), né le 22

juillet 1850 à la Nouvelle-Orléans. — 20. Vialanes (Henri), né le 25 avril 1856 à Dijon.

Nous publierons la liste des mentions honorables dans notre prochain numéro.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le prix Barbier est partagé entre MM. les docteurs Burq, pour ses travaux sur la métallothérapie, et Faucher, pour le procédé de lavage de l'estomac au moyen du tube qui porte son nom.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 12448.

N° 26. — JEUDI 2 MARS 1882. 55e ANNÉE. JEUDI 2 MARS 1882. — N° 26.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie de médecine vient de se prononcer contre toute espèce de prohibition ou même d'inspection des viandes trichinées, parce qu'une cuisson assez complète peut suffire pour tuer les trichines. Elle est d'avis qu'on laisse à chaque individu le soin de surveiller la cuisson de la viande qu'on pourra servir sur sa table, soit chez lui, soit au restaurant.

Ce n'est plus d'ailleurs des trichines qu'on se préoccupe surtout; la découverte des ptomaïnes rejette au second plan le monde parasitaire.

M. Gautier a mis sous nos yeux un échantillon de l'une de ces ptomaïnes, qu'il a obtenue cette fois en suffisante quantité pour la soumettre à un examen approfondi.

C'est une substance liquide, d'apparence huileuse, chimiquement bien définie, qui se combine avec les acides en donnant des sels cristallisables, et dont l'énergie toxique est telle qu'elle égale la nicotine ou l'acide prussique.

Or il s'en fait déjà des quantités minimes, même à l'état physiologique, chez l'homme bien portant; et, sous diverses influences qu'il resterait à déterminer, ces quantités pourraient s'accroître jusqu'à produire l'empoisonnement de l'individu par lui-même.

En médecine légale, c'est une révolution, car c'en est fait de la méthode qui, employée d'abord dans le procès Bocarmé, l'a été si souvent depuis. On ne pourra plus affirmer qu'il y ait eu absorption d'un poison végétal quand on isolera dans un cadavre une substance chimique capable de causer la mort des animaux auxquels on la fera absorber. Comment donc pourra-t-on s'y prendre en l'absence d'une réaction nette capable de déterminer dans son espèce, d'une facon précise, la substance isolée ainsi?

Voici qu'une nouvelle discussion vient de s'ouvrir sur la manière dont il convient d'administrer le chloroforme. M. Gosselin en est arrivé à une formule aussi précise pour le nombre d'inspirations d'air chloroformé ou d'air pur, que M. Bouillaud autrefois pour le nombre de saignées à faire chaque jour dans les maladies. Nous donnons plus loin cette formule.

Quant à M. Labbé, il s'attache à réduire le plus possible la quantité de chloroforme que l'on dépense, et parvient à des résultats qui sont réellement surprenants.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. GOSSELIN.

I. Varicosités et épistaxis. — II. Arthrite blennorrhagique et ankylose.

I. Le jeune malade, âgé de dix-huit ans, qui est couché au n° 20, est un exemple rare, en raison des années, de varices très-développées aux membres inférieurs, et d'ulcère variqueux à la jambe droite. De plus, ce qu'il y a aussi d'intéressant dans son état, c'est qu'il vient d'avoir pour la seconde fois une épistaxis très-abondante. A son âge, celle-ci pourrait, à la rigueur, s'expliquer par une congestion momentanée. Mais nous devons chercher encore une autre explication, c'est-à-dire une certaine aptitude aux hémorrhagies par la dilatation et la rupture des capillaires se congestionnant avec la plus grande facilité, c'est-à-dire une hémophilie.

Il se pourrait donc chez lui que, en outre d'une congestion due à un changement de régime, au séjour au lit, au défaut d'exercice au grand air, il existât aussi un certain degré d'hémophilie que nous ayons à combattre par des moyens généraux, et, comme il est très-variqueux, n'y aurait-il pas ailleurs que sur les membres une tendance à des dilatations variqueuses anomales du système veineux?

Quoi qu'il en soit, la première indication thérapeutique est d'arrêter immédiatement l'hémorrhagie nasale par tous les moyens appropriés : élévation des bras, *affusions froides*, introduction dans la narine saignante d'un rouleau d'amadou imprégné de perchlorure de fer étendu de moitié ou de deux tiers d'eau. La seconde indication est de prévenir le retour des accidents soit par l'eau de Pagliari administrée à l'intérieur à la dose de deux ou trois cuillerées par jour, soit par quelque autre eau hémostatique telle que l'eau de Léchelle, l'eau de Tisserand, ou par la limonade sulfurique, l'eau de Rabel, etc., dont on continue l'usage pendant quelque temps.

Nous employons aussi en pareil cas les préparations de seigle; et, comme il ne conviendrait pas de les donner con-

curremment par les mêmes voies avec une des eaux hémostatiques que nous venons de citer, nous les prescrivons en injections par la méthode hypodermique.

C'est ce que nous faisons encore chez ce jeune garçon, ainsi que chez un autre malade dont je dois vous signaler aussi les épistaxis extrêmement abondantes qui l'ont amené ces jours derniers dans notre service.

Il s'agit cette fois d'un adulte, presque d'un vieillard, d'un homme de cinquante-neuf ans, qui est couché au nº 12, et que l'abondance du sang perdu a rendu anémique presque jusqu'à la suffocation.

Ce qu'il y a de particulier chez lui, c'est que cet homme, qui paraissait jusqu'alors se bien porter, si ce n'est qu'il toussait un peu depuis quelques jours et qu'il avait peut-être aussi un peu d'emphysème, a été pris tout-à-coup, la veille de son entrée à l'hôpital, d'hémorrhagies nasales extrêmement abondantes.

De pareilles affections sont rares, même à cet âge, lorsqu'elles ne se lient à aucune affection particulière ; elles le sont cependant moins que chez les jeunes sujets, à moins que, chez ces derniers, elles ne soient symptomatiques d'une fièvre typhoïde.

Nous avons également pratiqué chez cet homme le tamponnement antérieur des fosses nasales.

Il existe, — et je profite de l'occasion qui se présente pour vous en parler, — deux procédés de tamponnement des fosses nasales : 1º le tamponnement simple ou antérieur ; 2º le tamponnement complet.

Le tamponnement antérieur se pratique de diverses façons, avec ou sans addition de perchlorure de fer étendu d'eau, de façon à faire la clôture hermétique d'une narine, car il est rare que toutes deux donnent du sang. On y ajoute la position du malade que l'on tient assis le plus possible la tête penchée en avant, afin que le sang puisse se coaguler de proche en proche sans s'écouler par l'orifice postérieur des fosses nasales.

Le tamponnement complet se fait à la fois en avant et en arrière par deux gros bourdonnets de charpie placés de façon à boucher les orifices antérieur et postérieur de la narine par laquelle le sang s'écoule. Ces deux bourdonnets sont rattachés l'un à l'autre par un fil solide, tandis qu'ils ont l'un et l'autre également un fil spécial qui permette de les retirer séparément, l'un par la bouche, l'autre directement en avant, lorsqu'ils sont devenus inutiles.

Je fais rarement ce tamponnement complet, si rarement même que je ne me rappelle pas l'avoir appliqué plus d'une seule fois. C'était chez un jeune sujet atteint de fièvre typhoïde, dont l'épistaxis, des plus sérieuses, menaçait la vie, et chez lequel, par suite du décubitus dorsal, l'écoulement du sang se faisait tout autant par la bouche que par le nez.

Mais, en dehors d'un cas semblable, je considère le procédé du tamponnement complet comme inutile. J'aurais pu songer un instant à y recourir chez notre vieillard du nº 14, mais je ne l'ai pas fait, car, d'une part, rien n'est plus incommode et pénible pour le malade, et, d'autre part, le sang emprisonné entre les deux bourdonnets de charpie se putréfie et donne, par suite, des chances de résorption putride, pouvant s'accompagner de fièvre, et toujours d'autant plus fâcheuses qu'il s'agit d'individus rendus anémiques par l'hémorrhagie.

Ce n'est pas que cela puisse aller jusqu'à des accidents putrides graves, je ne le pense pas; mais c'est une mauvaise pratique que l'on ne doit employer que dans des cas très-rares.

Je me contente donc du tamponnement antérieur, des injections hypodermiques d'ergot de seigle et de l'eau de Pagliari.

II. J'ai fait hier à un homme couché au nº 50 un pansement particulier consistant dans l'anesthésie par le chloroforme, le redressement d'un genou assez fortement fléchi et la mise du membre dans un appareil plâtré. Pourquoi tout cela ? pour une affection du genou qui a débuté il y a cinq semaines et s'est localisée dans cette articulation ; affection douloureuse qui l'a obligé à rester au lit, s'est accompagnée d'un peu de fièvre, d'insommie, et qui a été traitée en ville par des vésicatoires.

C'était donc une arthrite aiguë, récente, très-douloureuse, qui a donné lieu à un épanchement intra-articulaire. Le médecin qui l'a soigné a parlé d'hydarthrose, terme impropre, car, s'il s'est fait un épanchement séreux, l'inflammation de l'articulation a donné lieu aussi à la formation de produits nouveaux.

L'arthrite aiguë peut être d'origine traumatique, ce qui n'est pas le cas ici ; elle peut être rhumatismale, simple et solitaire, mais c'est très-rare. Quand l'arthrite est franchement rhumatismale, elle est généralement multiarticulaire, et ce n'est que très-exceptionnellement qu'elle se localise dans une seule articulation. Tandis que, lorsque l'arthrite très-aiguë est uniarticulaire, elle est ordinairement liée à une blennorrhagie, origine à laquelle il faut toujours penser dans ce cas.

Ici tel est bien le fait, et notre malade ne fait aucune difficulté d'avouer une chaudepisse. Mais ce qu'il y a encore d'assez particulier, c'est que cette arthrite est survenue le sixième jour de la blennorrhagie, tandis que le plus souvent elle ne se développe que du quinzième au vingt-deuxième jour.

Nous avons donc bien affaire ici à une arthrite blennorrhagique, ou, comme Lorain l'appelait, uro-génitale, ou, comme d'autres encore l'ont dénommée, arthrite rhumatismo-blennorrhagique.

Ce qui fait dire le mot rhumatismal, c'est que l'on ne sait pas très-bien ce que c'est que l'arthrite blennorrhagique ou plutôt comment elle se produit. Il y a bien là quelques saletés dans le canal de l'urèthre qui vont se localiser dans quelque synoviale. Cela se sent, cela se présume, mais cela ne peut pas se prouver.

Cependant il serait bon d'avoir une théorie sur cette arthrite, dont la symptomatologie est toute particulière et qui affecte une tendance si constante à se terminer par une ankylose complète ou incomplète, par l'organisation des produits fibrino-albumineux qui se forment dans l'articulation, dans l'épaisseur de la synoviale et des ligaments, et donnent lieu à des adhérences en certains points de l'articulation et à une sorte de sclérose de la synoviale.

Notre malade était ainsi, au moment de son arrivée, en train de s'ankyloser dans une position vicieuse, dans une flexion assez prononcée, et c'est pour lui substituer une ankylose dans l'extension, beaucoup moins gênante dans tous les actes de la vie, que j'ai fait la petite opération dont je vous parlais en commençant, et que j'ai placé le membre de cet homme dans un appareil inamovible.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. ARCHAMBAULT.

Alimentation des petits enfants, allaitement artificiel et allaitement mixte.

On a dit, et avec quelque raison, beaucoup de mal de l'allaitement artificiel, mais on a été beaucoup trop loin lorsque l'on a prétendu qu'il fallait absolument le supprimer. La chose est de toute impossibilité dans un certain nombre de cas, et l'on sera toujours forcé, pour certains enfants, d'emprunter le lait à quelques espèces animales telles que la vache, l'ânesse ou la chèvre.

Du reste, les inconvénients que l'on reproche à cette alimentation tiennent beaucoup plus à la manière dont elle est pratiquée qu'à la qualité réelle de l'aliment dont on fait usage, et, dans la plupart des cas, ces inconvénients mêmes seront très-légers, si l'on sait et si l'on veut recourir convenablement, et avec toutes les précautions nécessaires, à l'allaitement artificiel.

Sait-on comment le biberon est donné au pauvre enfant que l'on envoie à la campagne? Sait-on même s'il ne lui est pas donné, souvent, toute autre chose que du lait?

Dans les discussions qui eurent lieu à une certaine époque au sein de l'Académie de médecine, M. Jules Guérin a cité, avec juste raison, l'histoire d'une femme qui avait élevé trente enfants avec du lait de vache et tous dans de bonnes conditions de santé. A Boulogne-sur-Mer, vous trouvez un certain nombre de femmes qui sont formées à élever des enfants au biberon et qui les élèvent dans la perfection, j'oserai dire presque aussi bien qu'au sein.

Mais, avant toutes choses, passons rapidement en revue la composition du lait des quelques animaux auxquels on peut avoir recours, comparé au lait de la femme. En moyenne, celui-ci renferme pour un litre : caséine 19 grammes, sucre de lait de 46 à 53 grammes, et beurre 45 grammes ; tandis que nous trouvons :

	Vache.	Chèvre.	Anesse.
Caséine	36	37	17
Sucre de lait . . .	55	40	58
Beurre	40	42	15

Ces chiffres vous montrent qu'au point de vue de la caséine, le lait d'ânesse est celui qui se rapproche le plus de celui de la femme. Aussi est-il le plus digestif, par suite le plus recommandable, surtout lorsqu'il s'agit de suppléer au lait de la femme, dans les premiers mois qui suivent la naissance. Au contraire, le lait de la vache et celui de la chèvre renferment une quantité presque double de caséine, 36 et 37 au lieu de 19 ; de là, une digestion plus difficile, et, lorsque l'enfant a des vomissements, le caillot de lait est plus dur et plus compact que s'il s'agit de lait de femme ou d'ânesse.

Cependant, le lait de vache étant celui dont on fait presque généralement usage dans les grandes villes pour la confection d'un biberon, voyons comment on peut le ramener à une composition aussi rapprochée que possible du lait de la femme.

Nous n'avons à faire pour cela que quelques règles de proportion. Ainsi donc, 1,000 grammes de lait de vache renfermant 36 grammes de caséine, nous ne prendrons que 528 grammes de ce lait pour arriver à une dose de 19 grammes de caséine, ajoutant, pour compléter le chiffre de 1,000, 472 grammes d'eau ; c'est-à-dire qu'on le coupera presque par moitié. Mais, direz-vous, la quantité de sucre n'est plus la même. Certainement, aussi devons-nous intervenir encore en ajoutant la différence que nous indiquera la règle de proportion, soit en sucre de lait, soit en sucre ordinaire. Quant à la quantité de beurre, elle est moins importante ; aussi voyons-nous le lait d'ânesse très-bien digéré, alors qu'il ne renferme que 15 grammes. Enfin, voulant tenir compte de la diminution des sels par l'addition de l'eau, nous ajouterons, dans chaque biberon, de 20 à 30 centigrammes de phosphate de chaux et une petite pincée de chlorure de sodium.

La pureté et la fraîcheur du lait sont aussi des conditions de la plus haute importance. Vous exigerez que le lait soit fourni frais matin et soir par la vacherie à laquelle on s'adressera ; et, au cas où la provision quotidienne ne pourrait être faite qu'une fois par jour, vous exigerez encore que le lait destiné à l'alimentation de la soirée et de la nuit soit bouilli pour éviter qu'il s'acidifie, ou que, pendant l'été, il vienne à tourner.

J'ai dit aussi tout à l'heure que le lait de vache devait être additionné d'eau *pure*, cela est en contradiction avec ce qui se fait journellement. Partout vous verrez mettre de l'eau d'orge ou de gruau ; ces préparations sont fautives, parce que les parents ou les nourrices n'auront jamais la précaution de les faire pour chaque biberon, mais bien pour toute la journée ; de là une acidité inévitable des plus nuisibles à l'enfant.

Du reste, tout biberon doit être préparé exclusivement pour le repas auquel il est destiné, comme composition et comme quantité, et l'on doit avoir soin de jeter ce qui n'a pas été pris par l'enfant, aussitôt sa tetée terminée. Ne permettez donc pas, comme l'on n'est que trop porté à le faire aujourd'hui, que la mère ou la nourrice emporte dans sa poche la dose de lait nécessaire pour toute une après-midi, sinon vous aurez toutes chances de donner à l'enfant un lait en train de s'acidifier.

Une question également importante est celle qui consiste à régler l'emploi du biberon comme heure et comme dose. Dans les premiers jours qui suivent la naissance, vous donnerez de 30 à 40 grammes de lait préparé, par biberon, et un biberon toutes les deux heures ; un peu plus tard, vous arriverez à 60 grammes, enfin à 100 grammes à l'âge de trois mois. Passé cet âge, vous pourrez donner 150 grammes par biberon, mais les repas seront plus espacés.

Il faut aussi rechercher dans le biberon lui-même certaines conditions. Ainsi, tout d'abord, il ne faut pas que le lait puisse venir trop facilement, mais que l'extrémité du biberon, en caoutchouc ou en tetine de vache, soit percée d'une série de petit trous permettant au lait de sortir comme l'eau par la pomme d'un arrosoir.

Le lait se mêle ainsi plus intimement à la salive et se digère plus facilement. Il faut ensuite que toutes les pièces qui composent l'appareil soient facilement démontables pour être convenablement nettoyées et entretenues en parfait état de propreté.

Enfin, je n'admets pas d'autre biberon que celui que l'on est forcé de tenir à la main. Il est certainement beaucoup plus commode pour ceux qui ont garde d'enfant d'avoir à s'en occuper le moins possible et de pouvoir vaquer à d'autres affaires en plaçant auprès de l'enfant l'un de ces biberons que celui-ci tettera chaque fois qu'il lui plaira, comme il le voudra et autant que cela lui fera plaisir.

Mais, selon moi, ces biberons sont détestables et ne peuvent servir qu'à donner lieu à des indigestions et finalement à des entérites qui risquent de tuer l'enfant.

L'incurie, le défaut de soins, sont donc plus dangereux encore que la qualité même du lait, et c'est à cette incurie que nous devons certainement une mortalité aussi considérables parmi les enfants qui sont envoyés dans les campagnes.

Toutes les mères ne peuvent pas, jusqu'à la fin, nourrir leur enfant; aussi faut-il distinguer si le petit être est né robuste; dans ce cas, on peut le mettre au biberon dès sa naissance; mais, s'il est chétif, malingre, il lui faut un allaitement de quelques mois. Il est assez exceptionnel que la mère ne puisse, temporairement au moins, allaiter son enfant, et gagner l'âge de trois mois, pour intervenir alors par l'usage du biberon, dans les conditions que nous avons énoncées au début de cette leçon. La substitution, dans ce cas, commencera la nuit, tandis que la mère allaitera encore le jour; puis, peu à peu, le biberon sera donné nuit et jour. C'est ce qu'on peut appeler l'allaitement mixte.

Ceci dit, une autre question se pose : à quelle époque peut-on donner à l'enfant d'autres aliments que le lait? Là-dessus les opinions sont assez divergentes, et, pour ne citer que l'une d'elles, je vous dirai que Trousseau voulait que l'enfant ne prît rien d'autre avant ses douze mois révolus. Quant à moi, je crois utile, dans l'intérêt bien compris de l'enfant, dans l'intérêt d'une constitution solide et non pas de chairs molles, de le faire manger plus tôt, dès l'âge même de six mois.

Au début, quelques enfants refusent; persévérez néanmoins, insistez en variant la préparation de l'aliment que vous lui offrirez. Quant à la nature de cet aliment, tout le monde est d'accord : il s'agit de fécules, qu'elles soient ou non torréfiées comme quelques médecins le préfèrent, sans que je le comprenne beaucoup. Toutes les fécules sont bonnes, arrow-root, tapioca, etc., pourvu qu'elles soient pures. Mais, de tous ces aliments, la farine de froment (pain ou biscotte) est encore le plus nourrissant. Qu'on la prépare soit à l'eau, soit au lait, avant tout, ce qu'il faut, c'est qu'elle soit bien cuite, formant une sorte de gelée, et que l'on y ajoute un peu de beurre frais et de sel.

Quant à la dose à donner à l'enfant, on commencera par un seul repas par jour et très-exactement limité à six ou huit cuillerées à soupe, soit environ 100 grammes. Puis on augmentera progressivement ou l'on diminuera selon l'appétit de l'enfant et la nature des garde-robes qui s'ensuivront.

A neuf mois, l'enfant fera deux repas par jour, l'un constitué comme je viens de vous le dire, l'autre, par exemple, avec un mélange de cacao, de fécule et de sucre, ou, vu le prix assez élevé de ce mélange, avec une tablette de chocolat raclée dans sa bouillie suffisamment claire. Je sais bien que le public jettera les hauts cris; il aura tort, car l'enfant digère très bien cette préparation.

Souvent, à cet âge, parents ou nourrices vous proposeront de donner du bouillon, par suite du préjugé qui veut que le bouillon soit plus nourrissant que le lait. C'est encore une grosse erreur; un bouillon très-bon, très-bien fait, ne contient que 30 grammes de principes nutritifs par litre.

A douze mois l'enfant peut faire trois petits repas par jour, et, dans l'un d'eux, on lui donnera un œuf, soit à la coque, soit brouillé, ou mieux encore un œuf au lait comme on les faisait autrefois, c'est-à-dire un mélange de lait, de fécule, de sucre et d'œuf.

Quant au vin, à l'eau rougie dont les enfants sont généralement très-friands, je le considère comme mauvais, et donnant des aigreurs. Je n'admets pas davantage la viande dans l'alimentation du petit enfant. Tout au plus commencerai-je vers douze ou treize mois à permettre le jus de viande dans une purée de pommes de terre bien écrasées. Tant que l'enfant ne peut mâcher, si bien hachée que soit la viande, elle est mal digérée et donne lieu à des selles fétides. Je n'autorise la viande râpée et pilée au mortier avec un peu d'eau, puis passée au tamis, que chez l'enfant âgé d'au moins quatorze mois et anémique. Encore n'en donnera-t-on que gros comme une noix, c'est-à-dire environ 30 grammes par jour, en l'associant à l'aliment préféré par l'enfant, tel par exemple qu'un tapioca au gras.

C'est ainsi que nous arriverons à l'âge de dix-huit à vingt mois où l'enfant pourra commencer à manger réellement, ne lui permettant l'usage réel de la viande à mâcher que lorsqu'il aura ses vingt dents.

Tels sont les principes que je voulais vous indiquer touchant l'alimentation du petit enfant, depuis la naissance jusqu'à l'âge de vingt à vingt-quatre mois environ.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. Daniel MOLLIÈRE.

Du traitement des ruptures de l'urèthre.

(Observation recueillie par M. AUDRY, interne du service.)

Le nommé L. M..., âgé de quarante-cinq ans, entre, le 29 novembre 1881, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, salle Saint-Louis, n° 4. C'est un homme robuste, qui n'a jamais eu de blennorrhagie ni aucune autre lésion du côté des voies urinaires.

La veille de son entrée, il réparait un plafond, lorsqu'il tomba à cheval sur une pièce de bois étroite, sur ce que l'on appelle une lambourde. Le coup porta naturellement sur le périnée; mais, comme le patient n'était pas tombé de très-haut, la douleur ne fut pas tout d'abord très-vive. Deux heures plus tard, il voulut uriner; mais la miction fut impossible et des douleurs intenses irradiaient dans les lombes, l'hypogastre et les cuisses. Un médecin appelé tenta le cathétérisme, mais tous ses efforts furent inutiles et n'eurent d'autre résultat que d'amener une uréthrorrhagie considérable, qui se prolongea pendant douze heures.

A son entrée, sans tenter le cathétérisme, on pratiqua une ponction de la vessie avec l'aiguille n° 1 de l'aspirateur de Dieulafoy, qui permit d'évacuer une quantité considérable d'urine.

Ces mêmes ponctions capillaires furent continuées pendant les jours suivants. Pas de fièvre, peu de douleurs. L'uréthrorrhagie est de médiocre abondance. Le périnée, qui est douloureux, présente une teinte ecchymotique très-accentuée.

Le lendemain, 30, l'ecchymose s'est considérablement étendue, sa coloration est bronzée. Tout le périnée est envahi, la partie postérieure des bourses est considérablement tuméfiée. L'ecchymose s'est propagée jusqu'à la racine de la verge. La pression sur les régions tuméfiées est médiocrement douloureuse. Pas de fièvre, l'état général est excellent.

Les ponctions capillaires sont renouvelées tous les jours deux fois, jusqu'au 5 décembre.

Le 6, la température rectale s'élève à 38°. Le périnée est douloureux. La teinte ecchymotique s'étend jusqu'à la racine des cuisses.

Pendant la nuit du 7 au 8 décembre, les douleurs deviennent extrêmement vives, la langue est blanche, l'état général affaissé. Toutefois il n'y a pas eu de frissons. La veille, une tentative de cathétérisme avait démontré l'absolue impossibilité de pénétrer dans la vessie par les voies naturelles.

Le 8, le malade est anesthésié par l'éther. Un cathéter, introduit par la verge, vient se perdre dans le périnée. M. Mollière pratique une incision périnéale comme pour la taille médiane de

Dupuytren. Il tombe sur une poche pleine de caillots, de pus, d'urine et de détritus de tissu cellulaire.

La loge moyenne du périnée est en quelque sorte réduite en bouillie. Cette poche morbide est soigneusement lavée, et tous les lambeaux sphacélés sont excisés avec soin, les débris de l'urèthre sont enlevés, et il ne reste plus au bout de quelques instants que des tissus absolument sains. M. Mollière se met alors à la recherche de l'urèthre. Mais, au lieu d'explorer la région que normalement traverse cet organe, il pratique d'emblée une incision en arrière, vers l'anus, près de la peau, et retrouve là, enfoui dans le tissu cellulaire, le bout supérieur du canal ; *il était dirigé directement en arrière du côté de l'anus.*

Les deux bouts du canal, *absolument sains*, furent réunis sur une grosse sonde introduite dans le canal et laissée à demeure. La plaie, qui saigne légèrement, est tamponnée avec du lint imprégné d'acide borique et desséché.

Le soir, T. A., 38°,5. La sonde fonctionne régulièrement, pas une goutte d'urine ne s'échappe par la plaie périnéale.

Jusqu'au 27 décembre, on s'est borné à laver tous les jours la plaie avec une solution phéniquée, sans enlever la sonde. La température est revenue rapidement à la normale. Il n'y a eu aucune complication.

Le 27 décembre, c'est-à-dire le dix-neuvième jour après l'opération, la sonde à demeure est enlevée et immédiatement remplacée par une autre sans aucune espèce de difficulté.

Le 3 janvier 1882, on l'enlève définitivement. Mais, chaque fois que le malade veut uriner, on lui pratique le cathétérisme, qu'il sait du reste exécuter fort bien lui-même au bout de quelques jours. Le 16 janvier, le malade quitte notre service, urinant normalement. La plaie périnéale est complètement cicatrisée. Il se sonde facilement. Nous lui avons recommandé de se pratiquer au moins deux fois par semaine le cathétérisme, pendant deux mois encore. Il s'est représenté en février, nous disant aller très-bien, se sondant facilement et urinant sans aucune difficulté. La guérison paraît donc absolument complète.

Ce n'est pas le premier cas que M. Mollière traite de la sorte. Il croit en effet qu'en pratiquant avec l'aiguille n° 1 de l'aspirateur capillaire de Dieulafoy des ponctions vésicales, on peut, pendant au moins huit jours, et sans aucun danger, vider la vessie des malades sans qu'il soit nécessaire de s'inquiéter de ce qui peut se passer du côté du périnée. On évite ainsi des tentatives de cathétérisme qui sont toujours très-dangereuses et peuvent amener les accidents les plus graves, même si la sonde pénètre presque dans la vessie, car les quelques gouttes d'urine qui suivent inévitablement la sonde au moment où on la retire (et dont la composition n'est jamais normale chez les sujets qui viennent de subir un grand traumatisme) amènent du côté du foyer périnéal des phénomènes inflammatoires intenses. On évite aussi l'uréthrotomie d'emblée. Cette opération a pu donner des succès, et M. Mollière nous a cité deux cas dans lesquels il l'avait vue réussir entre ses mains. Mais l'uréthrotomie, pratiquée d'emblée en pareille occurrence. conduit le chirurgien sur des tissus dont il ne saurait apprécier d'emblée la vitalité. Les lambeaux uréthraux qu'il observe sont peut-être voués au sphacèle. Toujours est-il que leur élimination donnera naissance à un tissu cicatriciel épais, en noyaux. Il y aura donc rétrécissement. En opérant tardivement, on peut, au contraire, enlever tous les tissus sphacélés et réunir, dans des tissus sains, soit sur une sonde, soit même au besoin par la suture, les deux bouts normaux de l'urèthre. Cette pratique est en rapport avec celle que suit M. Mollière dans les rétrécissements par *masses cicatricielles.* Il extirpe comme une tumeur ces masses cicatricielles, à travers lesquelles on ne saurait établir un canal permanent.

M. Mollière a encore insisté, à propos de ce cas, sur la région dans laquelle il est allé rechercher le bout supérieur de l'urèthre. Nous l'avons vu se diriger d'emblée en arrière, vers l'anus, abandonnant la région bulbaire, abandonnant le trajet normal du canal. Pour lui, quand la rupture uréthrale est complète, au niveau de la loge moyenne du périnée, on est sûr de retrouver très-facilement le canal si on le recherche en arrière. D'assez nombreuses opérations antérieures (huit ou dix) le lui ont démontré. Et voici, selon lui, l'explication de ce phénomène : L'urèthre, dans sa région prostato-périnéale, représente une ligne courbe, ou plutôt un tube courbe dont l'extrémité est oblitérée. Quand le malade fait des efforts pour uriner, la tension dans l'intérieur de ce tube courbe et flexible augmente, et par conséquent il se redresse, il tend à devenir rectiligne (principe de Bourdon). En se redressant, il se dirige vers l'anus, dans les tissus broyés par la contusion. Il y reste fixé. L'urèthre rupturé, en vertu du principe de Bourdon, se dirige donc en se redressant directement en bas et en arrière, vers l'anus. C'est là que le chirurgien le trouvera. Aussi M. Mollière, qui a assisté à des recherches très-laborieuses de l'urèthre, à des opérations durant des heures entières et pratiquées pourtant par des hommes éminents, a-t-il toujours pu, grâce à cette notion nouvelle de physiologie pathologique, terminer rapidement toutes ses uréthrotomies externes sans conducteur.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 février 1882. — Présidence de M. Gavarret.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend un mémoire manuscrit intitulé : *Tumeur fibreuse de l'utérus; hystérotomie; guérison*, par M. le docteur J.-A. Fort, à Rio de Janeiro.

PRÉSENTATION

Ptomaïne. — M. GAUTIER. On sait, depuis 1873, par les recherches de M. Gautier et de Selmi, que les matières cadavériques contiennent des alcaloïdes vénéneux auxquels on a donné le nom de ptomaïnes.

Ces alcaloïdes, que M. Gautier a démontré exister en petite quantité dans les liquides physiologiques et particulièrement dans l'urine, jouent dans les états pathologiques un rôle très-actif en s'accumulant dans le sang, agissant sur les centres nerveux et contribuant ainsi à généraliser la maladie.

Toutefois ces alcaloïdes n'avaient été encore qu'entrevus, et les connaissances chimiques à leur sujet étaient absolument incomplètes. On n'en avait obtenu que des traces.

Aujourd'hui M. Gautier présente à l'Académie l'une de ces ptomaïnes à l'état de pureté. C'est un liquide huileux, très-caustique, à la façon de la potasse caustique et de la conicine, bouillant à la température de 210°, s'unissant à l'acide carbonique de l'air et donnant un carbonate cristallisé. Son chlorhydrate et son chloroplatinate se présentent aussi en beaux cristaux très-stables.

Cette base est extrêmement vénéneuse, presque autant que le venin de cobra. Un milligramme et demi, inséré sous la peau d'un oiseau, le tue en moins d'une heure, avec paralysie et convulsions tétaniques. L'intelligence reste intacte.

A côté de cette base, MM. Gautier et Étard en ont obtenu une seconde très-altérable, paraissant se dédoubler par la potasse en phénol, ammoniaque, et l'une de ces substances si inattendues découvertes en 1865 par M. Gautier auxquelles il a donné le nom de *carbylamines*.

La vénénosité de ces substances n'a de comparable que celle des venins de la muscarine, de la nicotine. On comprend l'impor-

tance du rôle que joue la production de ces corps dans l'économie, dans les divers états pathologiques où l'on sait aujourd'hui qu'elles s'accumulent souvent en quantité très-notable lorsque surviennent les troubles des fonctions rénales en particulier.

Inspection des viandes porcines de provenance étrangère. — M. BOULEY présente, au nom de la majorité de la commission composée de MM. Chatin, Proust et Bouley, les conclusions suivantes :

L'Académie, prenant en considération :

1° Que, depuis un assez grand nombre d'années, les viandes porcines de provenance américaine et allemande sont entrées librement en France et ont été livrées à la consommation sans qu'elles aient été soumises à une inspection spéciale au point de vue de la trichine ;

2° Que, malgré l'usage très-répandu qui a été fait de ces viandes notamment dans l'armée et dans les grands centres manufacturiers et industriels, la trichinose, hormis une seule fois où elle procédait d'un porc indigène, n'a été observée dans aucune des régions de la France, bien que son existence fréquente en Allemagne ait appelé sur elle d'une façon toute particulière l'attention des médecins ;

3° Que cette immunité dont jouissent les populations à l'endroit de la trichinose se rattache, à n'en pas douter, à nos habitudes culinaires, la viande de porc n'étant généralement consommée en France qu'après avoir subi une température de coction qui n'est pas compatible avec la vie des trichines ;

4° Que, enfin, une inspection efficace ne pourrait être que difficilement applicable à la masse énorme de quarante millions au moins de kilogrammes de viande porcine présentée annuellement à l'importation, et que, dans tous les cas, cette inspection ne saurait donner une garantie certaine de l'innocuité de ces viandes au point de vue de la trichinose, l'irrégularité de la dissémination des trichines ne permettant pas d'induire de leur absence dans un point qu'elle n'existe pas dans une autre ;

Est d'avis qu'il n'est pas nécessaire de soumettre à une inspection microscopique les viandes porcines d'importation étrangère pour prévenir l'infection trichinosique chez les populations qui font usage de ces viandes, les habitudes culinaires de ces populations ayant été démontrées jusqu'à présent efficaces à les préserver de cette infection ;

Et qu'il suffit, pour les tenir en garde contre les dangers possibles de l'usage de la viande de porc consommée crue ou incomplètement cuite, de la leur signaler dans une instruction spéciale qui serait distribuée dans toutes les communes par les soins de l'administration.

DISCUSSION

M. CHATIN, au nom de la minorité de la commission, propose l'amendement suivant :

L'Académie, tout en rappelant qu'une cuisson prolongée constitue la plus sûre des garanties contre l'action nocive des viandes trichinées, croit devoir émettre l'avis que ces viandes soient exclues de la consommation en raison même de l'existence des parasites qu'elles renferment et qui sont transmissibles à l'espèce humaine.

Soucieuse cependant de concilier les intérêts de la santé publique avec ceux du négoce, l'Académie estime qu'il suffirait d'une expertise pratiquée aux lieux d'importation sur des porcs entiers ou des demi-porcs. En admettant sous ces deux formes les viandes de provenances étrangères, on simplifierait l'examen dans une mesure considérable. On augmenterait sa précision par la connaissance des lieux d'élection de l'helminthe, et on éviterait tout retard préjudiciable au commerce.

M. COLIN (d'Alfort) demande que la discussion soit remise à la prochaine séance, parce qu'il a, dit-il, à communiquer des expériences qui seraient, suivant lui, de nature à élucider la question.

M. le président met aux voix : 1° l'amendement de M. Chatin, qui est repoussé ; 2° les conclusions du rapport, qui sont adoptées.

COMMUNICATION

De la technique des inhalations de chloroforme. — M. GOSSELIN rappelle que, dans l'avant-dernière séance, il a dit que le chloroforme, même légèrement impur, n'avait pas de sérieux inconvénients, et que surtout il ne donnait pas la mort lorsqu'il était bien administré.

Il revient aujourd'hui sur cette pensée en indiquant ce qu'il faut entendre, suivant lui, par une bonne administration du chloroforme.

Il y a trois manières principales d'administrer le chloroforme. On peut : 1° ou bien le faire inspirer en très-petite quantité à la fois, mais d'une manière continue. C'est le mode que l'on emploie surtout pour les accouchées ; la sensibilité est émoussée, sans agitation, mais aussi sans sommeil complet, sans anesthésie véritable.

2° Ou bien l'administrer dès le début en grande abondance, et continuer sans interruption. Quand on le fait expérimentalement chez les animaux, l'animal s'agite d'abord, puis il s'endort, et au bout de dix à douze minutes il tombe inerte, sans pouls et sans respiration. Souvent ce n'est encore qu'une mort apparente, mais parfois aussi la mort est réelle. Que s'est-il passé ? Le sang de cet animal a reçu trop de chloroforme à la fois, les vapeurs anesthésiques ont excité, puis paralysé le cerveau d'abord, ensuite la moelle et enfin le bulbe rachidien ; la mort apparente ou réelle résulte de la suppression de l'influence de ce dernier organe sur les mouvements du cœur ou de la respiration.

3° Ou bien on peut donner le chloroforme à doses progressives ou intermittentes. C'est cette dernière méthode que M. Gosselin a étudiée et perfectionnée depuis vingt ans. C'est celle dont il donne aujourd'hui la formule suivante :

6	inspirations de chloroforme et d'air,	2	d'air pur.
7	Id.	2	Id.
8	Id.	2	Id.
8	Id.	2	Id.
8	Id.	2	Id.
8	Id.	2	Id.
10	Id.	2	Id.
10	Id.	2	Id.
10	Id.	2	Id.
10	Id.	2	Id.
10	Id.	2	Id.
10	Id.	2	Id.
4	Id.	2	Id.
4	Id,	2	Id.
113		28	

Il suffit donc en général de 141 inspirations, dont 113 d'air chloroformé et 28 d'air pur, pour produire une anesthésie complète et sans dangers.

Ainsi administré, le chloroforme s'élimine en partie, au fur et à mesure par les voies excrétoires. D'autre part, pendant que se font ces inspirations alternatives d'air anesthésique et d'air pur, les centres nerveux, touchés, caressés en quelque sorte par la dose utile de chloroforme, s'y habituent peu à peu et peuvent ensuite recevoir sans inconvénient une dose un peu plus forte. Il y a très-peu d'agitation, les vomissements sont très-rares, l'anesthésie s'établit sans effort. En procédant ainsi et en saisissant bien toutes les contre-indications, on peut arriver à ne plus voir aucune mort par le chloroforme.

M. LABBÉ prend la parole, engagé par M. Gosseln à faire connaître sa pratique. Chose singulière, depuis près d'une année qu'il a modifié sa manière de faire dans un autre sens que M. Gosselin, il arrive à des résultats à peu près semblables : diminution de l'agitation du début, rareté plus grande des vomissements et des malaises consécutifs ; et cependant, au lieu d'accroître progressivement la quantité du chloroforme versé sur la compresse, au lieu de faire faire fréquemment des inspirations d'air pur, il donne le chloroforme à très-petites doses, mais d'une manière continue, en *supprimant complétement les intermittences*, dans le but de ne pas

abaisser à chaque instant le titre du mélange d'air et de chloroforme. Il verse à la fois 10 à 12 gouttes de chloroforme sur la compresse, et renouvelle cette dose aussitôt le linge séché. Il n'interrompt jamais volontairement les inhalations chloroformiques, ne retirant la compresse que pour y verser de nouveau 10 à 12 gouttes de l'agent anesthésique. Il croit mettre à profit de cette manière tout le chloroforme employé sans soumettre jamais le malade à ces doses massives qui l'exposent à des accidents mortels. Il a pu ainsi faire des opérations de douze à quinze minutes en ne dépensant que 5 à 6 grammes de chloroforme ; il lui est même arrivé, et cela en présence de M. Gosselin, de ne verser que 20 grammes en tout de chloroforme pour maintenir la malade pendant plus d'une heure dans un état d'anesthésie complet pour une opération d'ovariotomie. Il y a bien loin de là aux doses de 200 grammes et plus dont on a parlé à la Société de chirurgie.

M. Labbé trouve, dit-il, un appui pour cette manière de voir dans les travaux de M. Paul Bert sur la dose maniable. Comme il l'a établi, le chloroforme n'agit pas par la quantité qu'on en respire, mais par la proportion qui en existe dans l'air inspiré. Eh bien ! on a plus de chance de maintenir la dose maniable (non déterminée encore chez l'homme) en employant des doses très-faibles d'une façon continue. Par conséquent, on est moins exposé à dépasser l'écart entre la dose anesthésique et la dose mortelle.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Faculté de médecine de Paris vient de décerner les récompenses suivantes aux docteurs en médecine qui ont subi leur thèse pendant l'année scolaire 1880-1881.

Mention honorable. — MM. 1. Balland (Henri), né le 29 mars 1850 à Aprey (Haute-Marne). — 2. Bondet de la Bernardie (Jean-Baptiste), né le 26 juillet 1852 à Uzerche (Corrèze). — 3. Breynaert (Louis), né le 5 octobre 1856 à Dunkerque. — 4. Cadet (Aloysius-Charles-Eugène), né le 19 mai 1855 aux Grandes-Chapelles (Aude). — 5. Callias (Hippocrate), né le 7 octobre 1855 à Constantinople. — 6. Cerné (Alfred), né le 7 avril 1856 à Saint-Martin-du-Vieux (Orne). — 7. De la Cueva (Arthur), né le 8 septembre 1848 à la Havane. — 8. Descour (Léopold), né le 1er mai 1855 à Toulignan (Drôme). — 9. Desfosses (François), né le 14 octobre 1853 à Boussac (Creuse). — 10. Fage (Marc), né le 22 juillet 1854 à Saint-Soubès (Gironde). — 11. Faucheron (Ernest), né le 8 juin 1856 à Fontenay-le-Comte (Vendée). — 12. Ferrand (Joseph), né le 6 novembre 1854 à Mer (Loir-et-Cher). — 13. Gille (Fénelon), né le 13 février 1854 à Paris. — 14. Gourjon (Gorges), né le 10 avril 1851 à Laval (Mayenne). — 15. Hurstel (Marie), né le 5 décembre 1856 à Strasbourg (Haut-Rhin). — 16. Janvier (Jean-Baptiste), né le 7 mai 1855 à Port-au-Prince (Haïti). — 17. Labat (Jean-Baptiste), né le 26 décembre 1853 à Gimbrède (Gers). — 18. Lacaille (Émile), né le 28 février 1854 à Sissebri (Oise). — 19. Legendre (Henri), né le 23 avril 1851 à Paris. — 20. Lévy (Albert), né le 21 février 1857 à Verdun. — 21. Mareau (Ernest), né le 26 avril 1855 à Champtocé (Maine-et-Loir). — 22. Martin (Alfred), né le 8 novembre 1841 à Paris. — 23. Marucheau (Goodmann), né le 2 février 1851 à la Soufrière-Sainte-Lucie (Antilles). — 24. Millet (Joseph), né le 7 décembre 1851 à Saffloz (Jura). — 25. Rapin (Gustave), né le 25 février 1851 à Nantes. — 26. Ridel, dit Saillard (Georges), né le 28 octobre 1853 au Havre. — 27. Rouhet (Georges), né le 21 octobre 1854 à Roquebrune (Gironde). — 28. Roussy (Baptiste), né le 26 décembre 1856 au Tâtre (Charente). — 29. Routier (Armand), né le 10 octobre 1853 à Astaffort (Lot-et-Garonne). — 30. Vermeil (Alfred), né le 23 mai 1852 à Bourges. — 31. Vogt (Émile), né le 9 juillet 1854 à Soustère (Suisse).

— Le gouvernement français vient de déléguer en mission à Djeddah M. le docteur Taieb-Ould-Morsly. Comme musulman, notre jeune confrère, qui a fait une partie de ses études à Alger, pourra pénétrer à la Mecque, et aura ainsi toute facilité pour renseigner le gouvernement sur l'état sanitaire d'une région toujours inaccessible aux Roumis.

— Un congrès scientifique, auquel les Académies et Sociétés savantes de France sont convoquées par la Société de Bordeaux, aura lieu au mois de mai prochain dans la ville de Dax, choisie pendant la durée du concours régional. L'une des sections du congrès est exclusivement réservée aux sciences médicales et à l'anthropologie. — La session durera six jours.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 12462.

N° 27. — SAMEDI 4 MARS 1882. 55e ANNÉE. SAMEDI 4 MARS 1882. — N° 27.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES



Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Tuberculose testiculaire double compliquée d'hydrocèle. — Ponction et injection iodée ; diminution des deux tumeurs.

Parmi plusieurs cas intéressants qui se trouvent en ce moment dans le service de M. Richet, et qui ont fait le sujet de ses dernières leçons, nous signalerons, en passant, comme se rattachant à une question aujourd'hui à l'étude, le fait d'un malade atteint de tumeur scrotale double, d'un diagnostic assez difficile. Le médecin qui le soignait en ville, dans la pensée qu'il avait affaire à un double sarcome syphilitique, avait mis ce malade à l'usage d'un traitement antisyphilitique. Mais, la maladie persistant, sans paraître en rien modifiée par ce traitement, le malade, sur l'avis de son médecin, se présenta à la consultation de l'Hôtel-Dieu. M. Pozzi, chargé alors du service, admit le malade et lui fit une ponction exploratrice qui donna issue à une petite quantité d'un liquide séreux. Le malade, soulagé, quitta l'hôpital ; mais la tumeur, qui n'avait été que partiellement réduite, étant revenue à peu près au même état, il est rentré de nouveau à l'hôpital.

L'examen attentif de ces deux tumeurs fait reconnaître qu'elles sont à la fois liquides et solides. Il y a une hydrocèle de la tunique vaginale manifeste des deux côtés, appréciable par la fluctuation et par la transparence. La question, à ce point de vue, avait d'ailleurs été résolue déjà par la ponction exploratrice faite par M. Pozzi. Mais il y avait autre chose qu'une simple hydrocèle. Derrière la collection liquide, on sentait le testicule manifestement induré, surtout l'épididyme. Outre l'induration du testicule, on sentait des indurations tout le long du cordon, qui était noueux, moniliforme. Enfin la prostate était elle-même volumineuse et également indurée, au moins partiellement, ce qu'on pouvait constater par le cathétérisme et par le toucher rectal.

Cet homme affirmait, avec une bonne foi qui ne paraissait pas suspecte, qu'il n'avait jamais eu la syphilis ; cette négation, d'une part, et l'inefficacité, bien établie d'ailleurs, d'autre part, du traitement spécifique institué, devaient naturellement faire éloigner l'idée d'une affection de cette nature. Il n'y avait pas davantage à songer à un cancer, rien dans l'état général du malade n'étant de nature à justifier ce diagnostic, et l'affection cancéreuse n'atteignant jamais, d'ailleurs, les deux testicules à la fois, or ils étaient affectés tous deux au même degré. Il ne restait plus qu'une seule hypothèse probable : celle d'une double affection tuberculeuse des testicules, affection qui ne se bornait pas, comme on vient de le voir, à la seule glande testiculaire, mais qui envahissait en même temps l'épididyme, le cordon testiculaire et la prostate. Ajoutons, — circonstance assez importante à noter, mais qui n'infirme pas cependant le diagnostic porté, — que ce malade ne présentait aucun signe de tuberculisation pulmonaire. C'était donc là, aux yeux de M. Richet, un exemple de l'une des trois formes sous lesquelles se présente le tubercule testiculaire.

Pour des motifs que nous exposerons tout-à-l'heure, M. Richet s'est borné à faire chez ce malade une double ponction évacuatrice, suivie d'une double injection de teinture d'iode, dans le but, non-seulement de déterminer l'inflammation adhésive de la tunique vaginale et de prévenir par là le retour de l'hydrocèle, mais encore d'obtenir par l'action de la teinture d'iode une modification favorable de l'état du testicule lui-même. C'est effectivement ce qui a eu lieu. Après quelque temps de séjour à l'hôpital, à la suite de cette double opération, le malade en est sorti dans un état très-amélioré, guéri de son hydrocèle, qui ne s'est pas reproduite, et avec une légère diminution du volume des deux testicules.

Question de l'indication et de la contre-indication de la castration dans les cas de tuberculose testiculaire, à propos du fait précédent.

Le fait que nous venons de rapporter soulevait plusieurs questions : celle des difficultés du diagnostic et de la détermination exacte de la nature de la tumeur, d'abord; en second lieu, celle de l'indication ou de la contre-indication opératoire.

Pour le diagnostic, comme on a pu le voir par la relation qui précède, c'est plutôt par la voie d'élimination que par la voie directe de l'analyse symptomatologique que

M. Richet est arrivé à l'établir, on peut le dire, avec la plus grande somme de probabilité possible. Y serait-on arrivé d'une manière plus certaine, s'il eût été possible de placer une parcelle de la tumeur sous le champ du microscope? La certitude eût-elle été plus grande encore si l'on eût été en mesure de faire une inoculation expérimentale? Nous n'oserions pas l'affirmer, dans l'état actuel de la science, et en présence des doutes qui subsistent encore sur la valeur absolue des témoignages fournis par ces deux modes de contrôle. Il faudrait, pour justifier ces doutes, entrer dans une discussion beaucoup trop longue pour le moment et qui pourra d'ailleurs trouver sa place un jour dans une occasion plus opportune. D'ailleurs, ces deux éléments de détermination ayant manqué, dans l'espèce, il a bien fallu s'en tenir aux données purement cliniques.

Pour la seconde question, celle de l'indication ou de la contre-indication opératoire, elle peut se poser aujourd'hui en des termes un peu différents de ceux dans lesquels on l'eût posée, il y a quelques années, et cela par deux considérations d'ordre différent.

Il y a quelques années, en effet, il était à peu près généralement admis qu'on ne devait pas pratiquer la castration pour la tuberculisation du tubercule. L'abstention était fondée, en principe, sur l'inutilité de l'opération lorsque la maladie était limitée au testicule, sur ses dangers lorsque la tuberculose était généralisée et à l'état diathésique, enfin sur la gravité de l'opération elle-même.

Avec les perfectionnements des procédés opératoires et des pansements de nos jours, l'argument tiré de la gravité de l'opération a beaucoup perdu de sa valeur.

Quant aux motifs déduits de l'inutilité ou du danger de l'opération, suivant que la tuberculose est circonscrite ou généralisée, ils sont également modifiables aujourd'hui, par suite d'une observation plus exacte des faits. Ainsi, ce que l'on craignait par-dessus tout de l'opération, c'était de la voir donner en quelque sorte un coup de fouet à la diathèse et devenir le point de départ d'une généralisation tuberculeuse. Or l'expérience n'a pas confirmé cette crainte. M. Richet a pratiqué plusieurs fois cette opération dans ces circonstances avec des succès durables et sans avoir vu se réaliser le danger signalé. M. Reclus, qui partage entièrement à cet égard l'avis de M. Richet, rapporte, dans un travail très-intéressant sur cette question, publié récemment dans la *Gazette hebdomadaire*, avoir observé cinq cas dans lesquels on a fait l'ablation d'une seule glande, tandis que l'épididyme du côté opposé était atteint. La guérison de la plaie n'en a pas moins été rapide, et, lorsque les malades ont quitté l'hôpital, les tumeurs épididymaires étaient absolument les mêmes qu'au moment de l'entrée des malades; l'opération les avait laissées stationnaires. On a pu lire dans les comptes-rendus de la Société de chirurgie la relation de quelques cas de ce genre dans lesquels M. Tillaux a eu beaucoup à se louer d'avoir pratiqué la castration.

Mais pourquoi, dira-t-on, avec ces précédents, M. Richet s'est-il abstenu d'opérer dans le cas présent, se bornant à une opération palliative? Pour deux raisons. D'abord, parce que l'état général du malade, assez bon d'ailleurs, — on remarquera même que dans cette circonstance on n'avait point constaté l'existence de tubercules au sommet des poumons,— et l'état presque indolent des organes affectés eux-mêmes, simplement indurés, sans signes de travail inflammatoire actuel, ne constituaient point un cas d'urgence. En second lieu, parce que, l'affection tuberculeuse n'étant pas bornée ici à la glande testiculaire seule, mais ayant envahi en même temps l'épididyme, le cordon testiculaire et la prostate, l'ablation des testicules n'aurait remédié qu'incomplètement à la situation des choses. Ce sont ces diverses circonstances, si nous interprétons exactement la pensée de M. Richet, qui l'ont déterminé à ne point pratiquer la castration et à se borner à l'opération de l'hydrocèle, c'est-à-dire à l'évacuation de la portion liquide de la tumeur et à l'injection iodée.

Puisque nous avons cité le travail récent de M. Reclus sur ce sujet, nous terminerons en citant sa conclusion relative à l'opportunité et aux conditions de l'opportunité de l'opération :

« Pour nous, dit-il, voici notre règle. Lorsqu'un individu, bien portant d'ailleurs, ou qui, du moins, a les poumons en bon état, est atteint de tuberculose génitale, si l'épididyme est seul envahi, on s'abstiendra de toute intervention. Mais, si le testicule proprement dit se prend, si l'on constate des nodosités vers le corps d'Higmore, si la glande se tuméfie et devient douloureuse, si quelques poussées aiguës se déclarent de temps en temps, si la rougeur du scrotum ne se dissipe pas, et nous prouve, par sa persistance, que les parties profondes dégénèrent et se désorganisent, de quelle nécessité imposer au malade ces longues suppurations qui l'épuisent? Pourquoi repousser une opération qui débarrasserait l'individu d'un organe perdu fatalement et qui, si on l'abandonne à lui-même, mettra peut-être des années à disparaître?... Et pendant ce temps des complications sont toujours à redouter... »

M. Reclus s'autorise, dans l'énoncé de ce précepte, des bons résultats mêmes qu'a obtenus M. Richet de la castration, dans des cas de ce genre. Mais telle n'était pas, comme on l'a vu, la situation du malade dont nous avons esquissé l'histoire. L'abstention de M. Richet, dans ce dernier cas, ne contredit donc en rien les motifs de sa conduite dans les autres cas cités. L'indication d'opérer, qui n'existait pas en ce moment, peut d'ailleurs se présenter plus tard. Le principe subsiste donc.

Bec-de-lièvre double restauré spontanément, mais incomplètement. Opération destinée à compléter la guérison.

Dans la même séance où a été faite l'opération simple relatée ci-dessus, M. Richet a fait une petite opération de restauration labiale partielle, que nous pourrions appeler complémentaire d'une réparation naturelle opérée probablement pendant la vie fœtale. Ceci demande une explication.

Il existe dans les annales de la science un petit nombre d'exemples d'une variété de bec-de-lièvre incomplet ou ébauché, qui consiste ou dans une scissure qui ne dépasse pas les limites du bord libre de la lèvre, ou dans un simple sillon creusé dans l'épaisseur de la lèvre et dans toute sa hauteur, mais sans la diviser entièrement et ayant tout-à-fait l'aspect d'une cicatrice ; tout comme si l'enfant, dans le sein de sa mère, avait subi une réunion tardive en tout point analogue à celle que l'on obtient après l'opération du bec-de-lièvre. Quelques auteurs, entre autres Rennes (de Bergerac) et Dieudonné, cités par Demarquay dans son article *Bec-de-lièvre* du Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, en ont rapporté des exemples, qu'ils ont considérés comme venant à l'appui de cette opinion : que le bec-

de-lièvre peut guérir dans le sein de la mère. Cette opinion a été partagée par plusieurs chirurgiens ou accoucheurs éminents. De son côté, le professeur Bonisson (de Montpellier), dans ses *Recherches sur les fissures congénitales des lèvres*, insérées dans le tome II de son *Tribut à la chirurgie*, a fait, des cas de ce genre, le premier et le deuxième degré de sa classification des variétés de fissures labiales (premier degré : bec-de-lièvre ne dépassant pas le bord libre de la lèvre ; deuxième degré : sillon creusé dans l'épaisseur de l'organe sans le diviser entièrement).

Tel était précisément le cas d'une jeune fille entrée dans le service de M. Richet. Elle présentait, à chacune des deux lèvres supérieures, un sillon très-marqué, assez symétriquement disposé, mais ne comprenant que la portion superficielle seulement de la lèvre, ayant absolument l'aspect d'une gouttière cicatricielle ; si bien qu'à la première vue de cette malade M. Richet lui fit immédiatement cette question : Qui vous a opérée ? — Personne, répondit-elle ; je suis venue au monde comme cela. Les renseignements recueillis d'autre part ont prouvé qu'elle disait vrai. Ajoutons qu'à la lèvre supérieure gauche, il existait, en outre de cette gouttière, une petite encoche, une véritable division du bord libre ; de sorte que cette jeune fille présentait les deux types réunis des becs-de-lièvre incomplets de M. Bonisson : le sillon cicatriciel parfaitement symétrique des deux côtés, plus la division du bord libre à la lèvre gauche.

En présence de cette difformité en grande partie réparée spontanément, il restait peu de chose à faire ; il n'y avait pas à toucher aux sillons cicatriciels. La lèvre droite, d'ailleurs, à ce sillon près, était très-régulièrement conformée.

Mais il n'en était pas tout-à-fait de même de la lèvre gauche, qui restait difforme, par suite de la division de son bord. Ce peu de chose qui restait à faire pour régulariser cette situation, M. Richet l'a fait avec un plein succès. Il a pratiqué une petite incision courbe comprenant toute l'épaisseur de la lèvre, à 1 centimètre ou 1 cent. 1/2 environ au-dessus du bord libre ; puis, abaissant la portion inférieure rendue ainsi mobile, de manière à ramener son bord au niveau du bord de l'autre lèvre, et de manière à rendre l'incision verticale, d'horizontale qu'elle était, il a affronté et réuni l'incision dans cette situation nouvelle ; si bien que, après l'entière cicatrisation, qui a eu lieu en peu de jours, le bord libre de la lèvre gauche avait conservé la situation normale qui lui avait été imprimée, de niveau avec le bord de l'autre lèvre.

Cette jeune fille a quitté l'hôpital peu de temps après, avec sa lèvre cicatrisée et restaurée.

Nous aurions encore quelques autres faits opératoires intéressants à signaler, tels qu'une néphrotomie pratiquée à l'aide du thermocautère, pour un abcès périnéphrétique idiopathique ; l'extraction très-difficile d'une tumeur épithéliale des fosses nasales ; un cas de résection de l'articulation du coude, pour un cas de fracture de l'extrémité de l'humérus avec plaie et issue des fragments ; une œsophagotomie externe pour l'extraction d'un corps étranger placé en travers de l'œsophage et dont l'extraction par les voies naturelles était impossible.

Nous aurons probablement l'occasion d'exposer quelques-uns de ces faits lorsque les résultats définitifs nous en seront connus.

HOPITAL NECKER. — M. Trélat.

Quelques remarques sur les amputations traumatiques.

Je voudrais, en commençant cette leçon, profiter des phénomènes morbides survenus chez l'amputé que vous m'avez vu panser il y quelques instants, pour vous exposer certaines remarques qui me paraissent d'une haute portée chirurgicale et qui trouvent tout naturellement, à cette occasion, leur place ici.

Les amputations sont :

1° Amputations pathologiques, c'est-à-dire nécessitées par les accidents produits par quelque affection chronique ;

2° Amputations traumatiques, c'est-à-dire rendues immédiatement nécessaires par la lésion survenue tout-à-coup.

Dans les premières, la durée des phénomènes, en permettant d'étudier à loisir le diagnostic de la maladie et des altérations qu'elle a entraînées, facilite au chirurgien le choix du siège où l'opération devra être pratiquée.

Dans les secondes, au contraire, la soudaineté de l'accident et les désordres immédiats nécessitent le plus souvent une opération d'urgence dans une région, non plus choisie à l'avance, mais forcément déterminée par le traumatisme lui-même.

A ce dernier groupe appartient le cas de notre malade, qui, conduisant une lourde charrette, avait eu le bord interne du pied écrasé par la roue de sa voiture. Les os de la région médio-tarsienne avaient été broyés ou luxés, et, dans la vaste plaie résultant de ce traumatisme, l'artère pédieuse battait au bout d'un long filament.

Les traumatismes varient entre eux selon le degré de force, — grande, moyenne ou petite, — qui les produit. C'est ainsi, par exemple, que les blessures résultant de projectiles lancés par les armes inventées depuis un certain nombre d'années, projectiles à trajectoire très-tendue, c'est-à-dire à vitesse rapide, sont complètement différentes de celles auxquelles donnaient lieu les projectiles des armes de guerre d'autrefois. C'est ainsi que les armes modernes produisent des blessures que l'on pourrait appeler à l'emporte-pièce, dans lesquelles les tissus sont traversés sans qu'il existe de délabrement de voisinage ou périphérique. Par contre, les projectiles, animés autrefois d'une vitesse moindre, donnaient lieu à des plaies moins profondes, il est vrai, mais qui s'accompagnaient de grands délabrements ambiants.

Ainsi donc des agents vulnérants, de petites dimensions et d'une grande vitesse acquise, déterminent des traumatismes profonds et limités, et, s'ils frappent quelque pièce du squelette, ne produisent pas de fractures à éclats, n'entraînent pas de décollements des muscles internes, ne font pas de contusions lointaines, mais donnent lieu à des lésions bornées aux points où le corps traumatique a agi.

Mais, si la lésion est produite par quelque corps volumineux, à vitesse lente, tel par exemple qu'un madrier, une roue de voiture, un éclat d'obus, autre chose survient. Alors vous avez un traumatisme avec arrachement, le broiement s'accompagnant de tiraillements puissants par suite de la lutte entre l'action déchirante et la contraction musculaire résistant au corps vulnérant. De là, cette vérité banale : que les effets de ces traumatismes, que l'on rencontre plus fré-

quemment dans la vie et dans les hôpitaux civils, retentissent bien au-delà du point d'application et d'une manière bien éloignée.

Je répéterai ici le *meâ culpâ* que j'ai déjà fait à plusieurs reprises, *meâ culpâ* d'une faute dans laquelle je retombe encore, comme nous y tombons tous, du reste, malgré l'expérience acquise.

Ainsi, que l'on nous amène un individu dont le pied vient d'être broyé, où pratiquons-nous l'amputation de la jambe, reconnue nécessaire ? Si l'accident est le résultat de la chute de quelque corps volumineux, comme une pierre de taille, nous constaterons presque toujours des éraillures ou des ecchymoses de la jambe, plus ou moins profondes. Si l'accident remonte à un certain nombre d'heures, nous trouverons quelque gonflement œdémateux et nous déclarerons qu'il faut amputer la jambe sur la cuisse.

Mais il est d'autres circonstances, comme chez notre amputé de ces jours derniers, où le traumatisme est limité. C'est une roue de voiture qui a frôlé le bord interne du pied, produisant, — permettez-moi le terme, — une luxation foireuse, qui a chassé au dehors la première rangée du tarse et laissé la jambe saine. L'amputation a été pratiquée huit heures environ après l'accident, survenu à deux heures du matin ; elle a été faite de façon à enlever la moitié inférieure de la jambe.

Les parties antérieures de celle-ci étaient saines ; la région des lambeaux ne présentait que quelques petites altérations insignifiantes, c'est-à-dire un œdème modéré dû à une très-légère infiltration sanguine, ainsi qu'une faible coloration rougeâtre des téguments. L'amputation a été très-bien faite, très-correcte, au point de vue opératoire ; mais elle ne devait nous donner que de médiocres espérances au point de vue des parties altérées, si bien que ce matin nous apercevions un commencement de gangrène du lambeau.

Il y a sept ou huit semaines, nous avions eu un autre fait à peu près semblable. Un homme nous était amené, ayant eu dans la nuit le bas de la jambe écrasé par l'une des roues de sa voiture. L'examen de la blessure ne m'avait pas donné plus de confiance que chez mon blessé actuel, à cause de ses os broyés et de ses vaisseaux écrasés. Je pratiquai l'amputation éloignée, au lieu d'élection, par la méthode de Sédillot ; l'opération fut faite avec grand soin dans de très-bonnes conditions de forme. Néanmoins il se faisait bientôt une mortification rapide du lambeau ; l'état était grave, mais heureusement sans un bien grand retentissement sur l'économie générale de notre opéré ; aussi j'attendis que la gangrène se fût limitée nettement dans son travail de destruction des tissus pour pratiquer un peu plus tard une réamputation. Celle-ci, faite sur l'extrémité inférieure de la cuisse, seize ou dix-huit jours plus tard, réussit parfaitement, et cet homme est parti depuis lors complètement guéri.

Si je voulais rechercher d'autres faits semblables à celui-ci et à celui de notre amputé de ces jours derniers, j'en trouverais une quantité énorme. Lorsque nous nous trouvons en présence d'un traumatisme récent qui nécessite d'agir promptement, le désir de conserver la plus grande partie possible d'un membre, par exemple, nous conduit, tous tant que nous sommes, à ne faire que des sacrifices restreints susceptibles de compromettre non-seulement le succès de l'opération, mais aussi parfois la vie du malade déjà menacée une première fois par le traumatisme. Heureusement que nous pouvons encore nous tirer assez souvent de ces impasses, de ces accidents gangreneux, grâce aux nouveaux moyens antiseptiques de pansement, comme nous l'avons fait avec succès chez notre opéré d'il y a sept ou huit semaines, comme nous l'espérons bien aussi pour notre amputé actuel, qu'il nous faille ou non l'opérer de nouveau en raccourcissant les os.

Mais autrefois, il y a une douzaine d'années, il n'en était malheureusement pas ainsi, et chaque amputé dont le lambeau se gangrenait était un homme perdu, faute des moyens antiseptiques que la science a mis depuis lors à notre disposition.

Je me rappelle encore certain blessé que j'amputais de la cuisse, à Saint-Antoine, il y a seize ans environ, pour un accident dans lequel il avait eu la jambe écrasée, et qui succombait trois jours après l'opération à une septicémie aiguë, ou à ce que mon collègue et ami M. Verneuil a appelé l'érysipèle bronzé, c'est-à-dire une angioleucite avec résorption des foyers putrides.

Je vous citerai encore l'observation d'un homme d'équipe du chemin de fer qui avait eu le pied pris sous une roue de wagon, et chez lequel une double action traumatique s'était produite : la première par broiement, la seconde par suite de l'effort qu'il avait fait pour se dégager. Dans cette seconde action, cet homme se rejetant en arrière, il s'était produit une luxation coxo-fémorale et des ruptures intra-musculaires, conséquence de la résistance violente du blessé au traumatisme qui l'atteignait.

Il est nécessaire de connaître tous ces accidents, et, lorsqu'un traumatisme est produit par un corps volumineux animé d'une faible vitesse, il faut toujours soupçonner la possibilité de désordres existant loin des parties directement atteintes. Aussi est-il à peu près certain que, si l'on attendait deux ou trois jours, on verrait évoluer les phénomènes résultant de ces lésions éloignées, tels que coloration particulière des tissus, œdème, etc. ; on s'exposerait aussi, en n'étant pas intervenu à temps le jour de l'accident, à un gonflement inflammatoire plus ou moins violent, à une lymphangite, à un érysipèle, etc.

En résumé, nous sommes donc le jouet d'illusions souvent dangereuses en voulant garder le plus de parties saines qu'il soit possible, et nous le sommes encore chaque jour, malgré notre longue expérience des hôpitaux, malgré notre volonté de résister à ces illusions et de faire une opération suffisamment éloignée des lésions. J'ajouterai aussi que, souvent, au moment de l'opération, les éléments d'un diagnostic sûr de ces lésions éloignées nous font défaut par l'absence de signes révélant à cette époque l'étendue des contusions.

Parfois nous voyons bien de petites éraillures superficielles des téguments : mais les tissus sous-jacents nous paraissent sains, nous ne nous en inquiétons pas autrement ; tandis que l'expérience nous apprend, au contraire, que cette intégrité des tissus n'est qu'apparente et que l'amputation traumatique doit être pratiquée loin du point où le traumatisme direct a eu lieu.

J'ai pensé que ces quelques remarques sur les amputations étaient bien importantes à vous soumettre : car nul d'entre vous, fût-il médecin seulement, ne peut répondre qu'à un moment donné, on ne lui mettra pas dans les mains une boîte à amputation dont il lui faudra se servir séance tenante, accident de chemin de fer ou autre, à moins de vouloir dissimuler piteusement son titre de docteur sous l'étiquette d'un commerçant en voyage d'affaires ou d'agrément.

DIARRHÉE CHRONIQUE DE COCHINCHINE

Par M. le docteur Girard.

Un de nos confrères, à la suite de nombreux voyages en Cochinchine, a été atteint de diarrhée chronique, à la suite de laquelle il a gardé pendant cinq ans une dyspepsie qui lui avait fait perdre 24 kilogrammes de son poids.

On lira avec intérêt sa relation; nous évitons, — par un sentiment de convenance, — de prononcer son nom. Nous lui laissons la parole :

Encouragé par les articles du docteur Bertrand, dans les *Archives de médecine navale*, et de M. H. Huchard, médecin des hôpitaux de Paris (*Union médicale* et *Gazette hebdomadaire*) sur l'emploi de la pancréatine, je l'expérimentai avec succès sur moi-même dans les circonstances suivantes.

A peine sorti du port d'embarquement, au mois de mai, mes digestions étaient devenues extrêmement difficiles : je commençai l'usage de la pancréatine à la dose de 1 gramme après chaque repas. Deux ou trois jours après, je constatai une amélioration des plus considérables. Pendant tout le voyage, aller et retour, y compris vingt-cinq jours de séjour à Saïgon, j'ai continné à prendre la pancréatine à la même dose et de la même manière,

Vers la fin du voyage, c'est-à-dire au bout de deux mois et demi, j'ai remarqué que les digestions redevenaient mauvaises. Est-ce parce que ma dyspepsie devenait plus intense et que celle-ci était trop forte pour être combattue avec succès par la pancréatine? Je suis convaincu, cependant, que la pancréatine m'a fait du bien.

Notre confrère, repartant pour la Cochinchine et souffrant encore de sa dyspepsie, voulut emporter une nouvelle provision de pancréatine et de la peptone Defresne. Il se proposait d'essayer ce nutriment et de le prendre lui-même, s'il arrivait au point de ne plus supporter la nourriture habituelle, ou de le faire prendre à des malades de son hôpital qui se trouveraient dans ce cas.

J'ai pris, nous dit-il, le second envoi de pancréatine Defresne après un mois et demi de navigation, dans une atmosphère chaude et humide. Je l'ai prise à la dose de 1 gramme, une heure après le repas du soir, qui a toujours été chez moi d'une digestion plus difficile que celui du matin, et j'ai toujours trouvé que je digérais infiniment mieux que lorsque je n'en prenais pas. Vers la fin de janvier, tourmenté cependant par une diarrhée continuelle, voyant mes forces diminuer et ne trouvant plus un secours suffisant dans la pancréatine, je pris la *peptone Defresne*, les premiers jours à la dose de six cuillerées par jour dans du bouillon ou du potage aux pâtes, au pain, à la semoule. J'en ai trouvé le goût très-agréable; je le confondais, dans mon esprit, avec le jus de veau rôti. Elle ne m'a pas causé de dérangement intestinal; bien plus, sous son influence, ma diarrhée s'est arrêtée. J'ai continué régulièrement l'usage de la peptone Defresne jusqu'à la dernière goutte. Après cinq jours de ce régime, je baissai la dose à quatre cuillerées par jour et je repris un régime alimentaire approprié. Sans pouvoir affirmer que c'est à cette préparation que j'ai dû une grande amélioration dans l'état de diarrhée chronique et de dyspepsie qui m'avaient miné à un point extrême, je suis convaincu que la peptone a été un très-précieux auxiliaire du régime que j'employais pour me guérir. Quand je suis rentré en France, en février, je me suis mis aux toniques et à l'eau arsenicale ; j'achève ainsi une guérison désormais certaine, puisqu'elle ne s'est pas démentie ces quatre derniers mois.

J'ai fait part de ce que je viens de vous dire à de nombreux médecins, mes collègues. Un de ces derniers, atteint comme moi de diarrhée chronique de Cochinchine, avec dyspepsie intense, a eu recours au même mode de traitement.

Son état était des plus graves; atteint d'une dyspepsie gastro-intestinale très-ancienne, il avait eu déjà recours plusieurs fois à la pancréatine. Aujourd'hui la diarrhée est très-modérée, et il en est à peu près maître quand il surveille rigoureusement son alimentation. Le régime lacté sert bien à cet effet ; mais la digestion est très-incomplète. La fibre musculaire passe, le plus souvent, intacte, et ainsi du reste. De plus, les forces assimilatrices semblent perdues et la nutrition est des plus languissantes; il maigrit à vue d'œil depuis quelque temps; le système nerveux, n'étant pas soutenu par l'alimentation, faiblit à son tour ; le cœur s'atrophie et bat faiblement ; toute la circulation est ralentie, en un mot, il périclite rapidement. Mon confrère a commencé depuis trois jours l'usage de la peptone Defresne ; il en prend six cuillerées par jour dans un peu de bouillon, et complète son alimentation avec deux litres de lait environ, bu tiède et légèrement sucré. Sous l'influence de ce régime, il a une selle par jour, surtout caséeuse, assez consistante et même moulée. Il ne souffre ni de pesanteur d'estomac, ni de coliques. La nuit dernière, contre son ordinaire, son sommeil a été bon. Il compte faire tantôt une promenade en voiture.....

Après avoir usé une nouvelle provision de peptone Defresne et de la poudre de pancréatine, mon confrère me signale une amélioration notable dans son état, amélioration qui se maintient actuellement.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 1er mars 1882. — Présidence de M. L. Labbé.

COMMUNICATIONS

Statistiques. — M. NICAISE, pour répondre à l'appel de M. Desprès, communique les résultats des 6 amputations qu'il a pratiquées, en 1881, à l'hôpital Laënnec. Il compte 5 amputations de cuisse et 1 de jambe. Toutes ces opérations furent pratiquées pour des tumeurs blanches. M. Nicaise, dans tous ces cas, eut recours aux nouvelles méthodes, c'est-à-dire à la bande d'Esmarch, aux moyens antiseptiques, aux ligatures avec le catgut ou la soie phéniquée ; en outre, il fit chaque fois la résection des nerfs après l'amputation, rechercha toujours la réunion par première intention, fit la résection sous-périostée et s'appliqua toujours, enfin, à obtenir une complète immobilisation des lambeaux. M. Nicaise rapporte, en peu de mots, l'histoire de ces six amputés.

Le premier est un homme de cinquante-trois ans qui entra à l'hôpital avec une nécrose frontale et une tumeur blanche tibio-tarsienne droite. Il était malade depuis quatre ans; tous les traitements employés restèrent sans résultats ; il n'avait pas de lésions viscérales. Il subit, le 6 juin 1881, l'amputation de la jambe droite par la méthode circulaire. Il y eut réunion par première intention; deux pansements seulement furent faits dans l'espace de dix jours. Cet homme avait aussi une tumeur blanche de l'articulation acromio-claviculaire; il se forma un vaste abcès que M. Nicaise ouvrit en s'entourant des précautions antiseptiques. Le malade sortit peu de temps après complètement guéri.

Le second malade est un jeune homme de vingt-et-un ans qui entra à l'hôpital le 27 décembre 1880. Il avait une tumeur blanche du genou, remontant à quatre ans; il avait des fongosités, des abcès, des fistules qui rendaient impossible la conservation du membre. Le 20 septembre 1881, M. Nicaise pratiqua l'amputation de la cuisse à deux lambeaux et fit la résection sous-périostée ; il y eut réunion par première intention des parties molles, légère suppuration des parties profondes; le malade, cependant, se leva le vingt-deuxième jour et ne tarda pas à être complètement guéri.

Le troisième était un homme de vingt-sept ans portant une tumeur blanche du genou qui, après avoir à plusieurs reprises semblé guérie, en était à sa troisième rechute. La jambe était fléchie sur la cuisse, le redressement fut pratiqué ; la lésion n'en continuait pas moins à faire des progrès. M. Nicaise tenta d'abord une arthrotomie, mais il trouva les os si malades que, quelques jours après, il pratiquait l'amputation de la cuisse. Un premier panse-

ment fut fait le troisième jour, un second le sixième jour; il y eut réunion par première intention, sur l'os lui-même. Ce malade, deux ans auparavant, avait eu une névralgie sciatique très-intense qui avait disparu. Cette névralgie apparut de nouveau après l'opération et ne céda qu'à de hautes doses de bromure de potassium. Le malade est parti complètement guéri.

Le quatrième opéré est un garçon de vingt-sept ans atteint également d'une tumeur blanche du genou et qui se trouvait dans un état très-grave. Il y avait une carie costale, les ganglions inguinaux étaient pris. M. Nicaise hésita longtemps à intervenir. Enfin, cet homme paraissant voué à une mort prochaine, il se décida à pratiquer l'amputation, le 6 octobre 1881. Il y eut réunion totale par première intention, sauf au niveau du drain; guérison rapide.

Le cinquième malade était un homme de trente-huit ans qui entra le 10 novembre 1880 avec une tumeur blanche anomale, d'un diagnostic difficile. Soins médicaux, tentatives de conservation pendant un an. Le 5 novembre 1881, amputation de cuisse à deux lambeaux, deux pansements seulement en huit jours. Suppuration seulement dans ce que M. Gosselin a appelé la chambre de l'os, c'est-à-dire défaut de réunion du périoste sur l'os. Le malade se lève le vingtième jour et part de l'hôpital peu de jours après, complètement guéri.

Le sixième, le seul qui ait succombé, était un homme de quarante-deux ans qui entra le 11 août 1881 avec une tumeur blanche du genou droit. Il avait eu plusieurs pleurésies et présentait des signes de tuberculose. Amputation circulaire le 23 novembre 1881. Réunion par première intention à la surface de résection de l'os. Le moignon s'est cicatrisé; mais le malade a succombé à une phlébite suppurée, infectieuse, sans abcès métastatiques. M. Nicaise présente la pièce.

Il y a deux procédés d'amputation sous-périostée : celui de Houzé de l'Aulnoit qui consiste à former un simple lambeau périostal, et celui de Trélat et de Poncet qui consiste à former une manchette ou un véritable manchon périostique; c'est ce dernier procédé qu'a adopté M. Nicaise. A l'aide d'une rugine spéciale il détache le périoste en forme de manchette, le sectionne au niveau de la ligne âpre du fémur, puis le relève sans l'altérer; alors il scie l'os et rabat au-devant de lui toutes les parties molles auxquelles adhère le périoste ainsi détaché de l'os et relevé en forme de manchette. La pièce du malade qui a succombé à une phlébite trente jours après l'opération montre les bons résultats de cette manière de procéder; on y voit, en effet, une masse osseuse de nouvelle formation au niveau du canal médullaire, puis le périoste reformé au-dessous et séparé de cette masse osseuse de nouvelle formation par du tissu cellulo-fibreux. A l'avenir, M. Nicaise aura toujours recours à cette méthode de résection sous-périostée qui lui a donné de si bons résultats.

M. TRÉLAT rappelle avoir pour la première fois, en 1866, alors que l'on discutait sur les fonctions régénératrices du périoste, émis la proposition d'interposer un lambeau périostal entre les deux parties de la mâchoire sectionnées dans l'opération d'Esmarch. En outre il fit entrevoir les avantages de cette méthode pour les amputations des membres. Depuis, M. Trélat emploie cette méthode; il détache circulairement le périoste avec une rugine, puis le relève en tirant sur les parties molles auxquelles il adhère; il fait ensuite la section de l'os. La pièce présentée par M. Nicaise est intéressante en ce qu'elle démontre d'une façon caractéristique les résultats que donne cette amputation sous-périostée.

M. Trélat rappelle avoir, dans une autre enceinte, donné également les résultats de ses amputations. (Voy. *Gazette des hôpitaux*, numéro du 19 novembre 1881.)

M. DESPRÈS ne croit pas qu'il soit possible d'obtenir complètement la manchette périostique dont parle M. Nicaise.

Chez les jeunes gens, atteints de tumeurs blanches, le périoste est épaissi, et il est peut-être plus facile, dans ces cas, d'obtenir un lambeau périostal, mais c'est un lambeau de périoste malade. La statistique de M. Nicaise est très-belle; cependant il ne faut pas oublier que la guérison est la règle dans les amputations pratiquées pour des tumeurs blanches.

M. POZZI. Sur la pièce présentée par M. Nicaise, on voit bien nettement deux ossifications différentes, une ossification médullaire indépendante du périoste de nouvelle formation qui se trouve au-dessous. En pareil cas, la chambre de l'os paraît avoir plus de tendance à suppurer. C'est pourquoi M. Pozzi a abandonné la méthode des amputations sous-périostées.

M. NICAISE fait observer à M. Desprès qu'il n'est pas aussi difficile de relever la manchette périostique, attendu qu'il reste tout le périoste qui recouvre l'os en dehors de la ligne âpre. D'ailleurs, alors même que la ligne âpre n'existerait pas, il faudrait sectionner la manchette périostique en un point pour pouvoir la relever. L'opération est donc plus facile que ne semble le croire M. Desprès. Le chirurgien ne doit pas seulement chercher à guérir ses amputés, il doit aussi s'appliquer à obtenir de parfaits moignons. C'est à ce point de vue que la recherche de la réunion par première intention offre toujours de très-grands avantages.

M. GILLETTE n'a pas été aussi heureux que M. Nicaise dans deux cas où il a pratiqué une amputation sous-périostée. Dans ces deux cas, en effet, les malades ont bien guéri, mais avec une virole de nécrose qui a mis assez longtemps à s'éliminer.

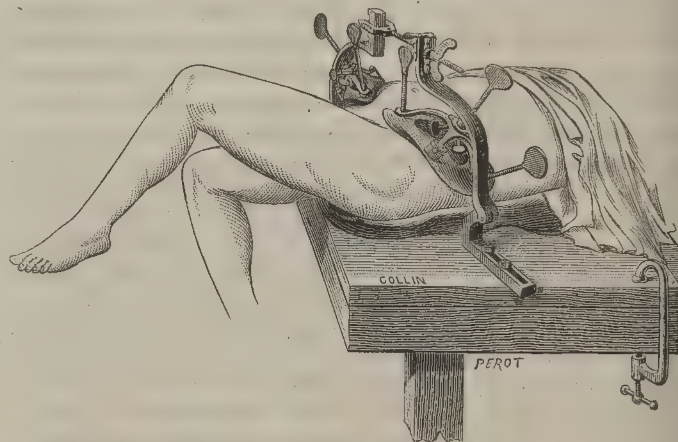
Résection du coude. — M. POZZI présente une jeune fille de dix-huit ans qui, à la suite d'une rougeole, a eu des abcès et des fistules multiples; elle avait une ankylose complète du coude gauche dans l'extension. M. Pozzi a réséqué 8 centimètres d'os. La malade a très-bien guéri et jouit aujourd'hui de presque tous les mouvements de l'avant-bras et du bras gauche.

LECTURES

M. MARCHAND lit une observation d'enchondrome de l'extrémité supérieure de l'humérus, avec pièces à l'appui.

M. RICHELOT communique l'observation d'un malade chez lequel il a pratiqué la laryngotomie intercricothyroïdienne préalablement à l'ablation d'un cancer étendu au plancher de la bouche, à la langue, à la mâchoire inférieure et à une partie du menton. Le malade est mort le lendemain de cette grave opération; mais M. Richelot fait surtout ressortir les avantages de la laryngotomie intercricothyroïdienne sur la trachéotomie.

M. BOUILLY lit une observation d'ankylose fibreuse de la hanche, rompue à l'aide d'un appareil construit, dans ce but, par M. Collin sur les indications de M. Terrillon.



M. TERRILLON présente cet appareil, dont nous donnons ci-dessus la figure.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1882.

68. M. Galliard. De la pathogénie de l'ulcère simple de l'estomac. — 69. M. Bursaux. De la résection du nerf sous-orbitaire dans la névralgie faciale rebelle. — 70. M. Ducroux. Quelques considérations sur la polyurie et son traitement par la pilocarpine.

— 71. M. Février. Étude sur la pathogénie des arthropathies. — 72. M. Bolliet. De la greffe cutanée et de ses applications principalement à la chirurgie oculaire. — 73. M. Pompoune. Considération sur l'hygiène des aliénés. — 74. M. Faisans. Des hémorrhagies cutanées liées à des affections du système nerveux, et en particulier du purpura myélopathique. — 75. M. de Poul. Recherches sur le traitement de l'hépatite circonscrite suppurée. — 76. M. Fayard. Du mal perforant dans l'ataxie locomotrice progressive. — 77. M. Moineau. De la marche des plaies chez les scrofuleux. — 78. M. Mounot. Contribution à l'étude du syphilôme ano-rectal. — 79. M. de Friess. Contribution à l'étude des pansements antiseptiques en chirurgie oculaire. — 80. M. Coulomb. Traitement de la pustule maligne par les injections iodées. — 81. M. Coulon. Des névralgies considérées principalement au point de vue de leur traitement. — 82. M. Lartigue. Contribution à l'étude de quelques formes éruptives du rhumatisme aigu. — 83. M. Bra. Des pesées cérébrales dans l'aliénation mentale. — 84. M. Fabre. Des battements du cœur. — 85. M. Robert. Contribution à l'étude de la rétention d'urine chez les nouvelles accouchées envisagée surtout au point de vue de ses causes. — 86. M. Ortega. Contribution à l'étude de l'ablation des tumeurs de la région inguino-crurale. — 87. M. Lamoureux. Essai sur l'hygiène du rhumatisme articulaire aigu.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Un arrêté ministériel, en date du 26 janvier 1882, avait déclaré vacante la chaire d'anatomie pathologique de la Faculté de médecine de Paris. Hier, jeudi, la Faculté a été appelée à dresser sa liste de présentation.

Si nous sommes bien informés, le nombre des votants étant de 30, d'où la majorité de 16, les votes se sont répartis de la manière suivante :

Pour le premier rang : M. Cornil, 16 voix ; M. le professeur Hayem, 14 voix.

Pour le deuxième rang : M. Lancereaux, 16 voix ; M. Grancher, 13 voix ; M. le professeur Hayem, 1 voix.

Pour le troisième rang : M. Grancher, à l'unanimité.

La liste de présentation est donc arrêtée ainsi qu'il suit : 1° M. Cornil ; 2° M. Lancereaux ; 3° M. Grancher.

En l'absence du concours dont nous ne cesserons de demander le rétablissement, la Faculté a fait hier acte de virilité en s'opposant au détestable système des permutations.

— Un nouveau concours est ouvert entre les internes titulaires ou provisoires des hôpitaux de Paris pour le prix triennal de 1,000 francs fondé par feu le docteur Civiale, à l'effet d'être décerné à l'élève qui aura présenté le travail jugé le meilleur sur les maladies des voies urinaires.

Ce travail devra être déposé au secrétariat général de l'administration, avant le 15 août 1882, au plus tard. Les élèves qui désireront concourir devront s'adresser, pour obtenir des renseignements, au secrétariat général.

— M. le docteur Trouessart vient d'être nommé directeur-conservateur du Muséum d'Angers.

— *École de médecine d'Alger.* — Un concours pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie s'ouvrira le 15 novembre 1882.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 12476.

N° 28. — MARDI 7 MARS 1882. 55e ANNEE. MARDI 7 MARS 1882. — N° 28.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOTEL-DIEU. — M. RICHET.

I. Fistule à l'anus, fissures anales et hémorrhoïdes. — II. Fissures anales, contraction du sphincter, hémorrhoïdes. — III. Parotidite, suppuration du tissu cellulaire parotidien.

I. Nous avons aujourd'hui plusieurs opérations à pratiquer. Tout d'abord il s'agira d'une femme de quarante-six ans, qui a été opérée, il y a dix ans déjà, avec succès, d'une fistule à l'anus. Depuis lors elle se portait bien, ne se ressentant en rien de sa lésion d'autrefois, lorsque, il y a six mois environ, elle a été prise tout à coup d'un gonflement hémorrhoïdaire considérable, suivi d'une émission de sang abondante, de douleurs fort vives lorsqu'elle voulait aller à la selle, enfin de difficultés extrêmes pour s'asseoir et même pour vaquer à ses occupations ordinaires.

Lorsqu'elle est entrée, il y a quinze jours environ, dans le service, je l'ai examinée avec soin, et j'ai trouvé non-seulement une fissure anale et des tumeurs hémorrhoïdaires, mais encore, fait bizarre, un trajet fistuleux qui aboutissait dans l'intérieur du rectum, se terminant dans une excavation profonde qui résultait d'un abcès hémorrhoïdaire lequel, après l'expulsion du caillot sanguin, avait laissé une cavité assez large.

Je n'ai pas voulu opérer cette malade aussitôt après son arrivée ici; j'ai préféré attendre un peu que tout se précisât nettement pour savoir à quelle lésion nous attaquer. Pendant ce temps les choses se sont simplifiées, la fistule s'est oblitérée, la cavité hémorrhoïdaire s'est comblée, mais la fissure est restée avec des hémorrhoïdes plus ou moins indurées, et des douleurs persistantes soit en allant à la selle, soit quand cette femme voulait s'asseoir. Donc, bien que la fistule se soit guérie et la cavité effacée, il reste actuellement une induration de la largeur de la base du pouce.

Par quelle opération, dans ces conditions, vais-je intervenir? Je ne ferai pas la dilatation anale, parce que je ne sais pas ce que je déchirerais, d'abord en raison de l'opération qui a été pratiquée, il y a dix ans, et a donné lieu à la formation d'un tissu cicatriciel, en raison aussi de la cicatrice toute récente à laquelle nous devons l'oblitération de la cavité hémorrhoïdaire. Aussi considéré-je comme préférable d'inciser le sphincter de l'anus, non pas avec le bistouri, mais bien avec le thermocautère, pour modifier en même temps les surfaces indurées.

II. La seconde malade est une femme de quarante-huit ans qui présente aussi des hémorrhoïdes formant un véritable bourrelet au pourtour de l'anus, hémorrhoïdes sèches sans aucun caillot sanguin, mais avec des ulcérations fissurales des plus douloureuses. Ces douleurs sont même telles que, pour ne pas aller à la garde-robe, cette femme ne mange plus. Quand on veut explorer les parties malades, la contracture du sphincter anal est extrême comme dans le cas de fissures inflammatoires. Cette contracture est telle par suite de l'extrême irritabilité nerveuse de la malade que toute exploration est presque impossible. Pour combattre cette contracture et cet état nerveux, nous avons d'une part prescrit des suppositoires belladonés, dont l'action est de relâcher le sphincter, et de l'autre nous avons ordonné des pilules d'extrait thébaïque afin de calmer les douleurs.

Mais que faire contre pareille fissure? Non-seulement il faudra dans le cas présent pratiquer la dilatation; mais, cette opération ne pouvant à elle seule amener la guérison, il sera nécessaire aussi de profiter du sommeil chloroformique de la malade pour pratiquer la destruction des hémorrhoïdes, cause première des accidents qui existent actuellement. Faute d'agir ainsi, dans quelque temps nous verrions de nouvelles fissures se produire et entraîner une contracture nouvelle, nous verrions survenir toute une série de phénomènes semblables à ceux que nous observons aujourd'hui, et de nouveau l'opération serait à recommencer.

Ce que je me propose donc de faire va consister à commencer par pratiquer la dilatation du sphincter anal, puis à attirer au dehors au moyen d'un fil de cuivre deux ou trois hémorrhoïdes que nous détruirons ensuite au moyen de la pince écrasante.

III. La troisième malade que nous avons à opérer est une jeune fille, qui nous arrive du service de mon collègue de cet hôpital, M. Germain Sée, où elle a été traitée pour une fièvre typhoïde. Elle est actuellement en convalescence, et c'est pendant cetemps qu'elle vient d'être prise de parotidite

du côté droit. Elle est entrée dans nos salles, il y a quatre ou cinq jours.

Elle se plaint de douleurs dans la région parotidienne. Ordinairement, quand il s'agit de parotidite critique, telle par exemple qu'à la suite de fièvre typhoïde, les douleurs sont bien moindres que dans les cas de parotidite aiguë, survenant chez des individus en pleine santé, où les douleurs sont parfois atroces. Ici, néanmoins, les douleurs sont assez vives, la constriction des mâchoires est assez considérable pour qu'il soit très-difficile d'alimenter notre malade sans subterfuges, condition mauvaise, car dans la convalescence de sa fièvre typhoïde il serait nécessaire de la nourrir convenablement.

Lorsque l'on vient à l'examiner, on trouve une région parotidienne droite très-gonflée et dont la rougeur, s'étendant à toute la joue et aux paupières, nous a fait craindre, au premier moment, qu'il n'y eût là un commencement d'érysipèle. Le summum de cette rougeur est situé au niveau même de la région parotidienne. Aujourd'hui la tuméfaction est un peu moindre, néanmoins le sillon parotidien reste effacé, le lobule de l'oreille est soulevé et poussé en dehors; il y a partout un véritable empâtement douloureux, lequel s'accompagne en quelques points d'une sensation fluctuante.

Nous avons cherché s'il n'y aurait rien du côté du canal de Sténon, car l'on rencontre assez fréquemment des malades chez lesquels il existe une sécrétion purulente par ce conduit; mais nous n'avons rien trouvé, il ne s'écoule ni pus ni salive par le canal de Sténon, même lorsque je viens à presser sur la glande parotide. Ceci était très-important à reconnaître pour le diagnostic.

Qu'est-ce donc que cette parotidite dont notre jeune malade est atteinte à la suite de sa fièvre typhoïde? Est-ce un simple engorgement du tissu cellulaire voisin de la parotide, comme dans l'oreillon, et qui, comme celui-ci également, est appelé à disparaître spontanément, tout seul, dans l'espace de trois ou quatre jours, affection dont on ne sait réellement pas en toute certitude le siège exact, par cela que l'on n'a jamais eu l'occasion d'en faire la nécropsie, les malades ne succombant jamais à cette lésion? Ce que l'on suppose seulement, c'est que le siège du mal réside dans le tissu cellulaire extra-glandulaire. Serait-ce donc à ce genre d'affection que nous aurions affaire ici? Je ne le pense pas.

Si ce n'est pas cela, qu'est-ce donc? Est-ce une maladie de la glande elle-même? Est-ce une inflammation purulente de la muqueuse qui tapisse la glande et dans laquelle les conduits salivaires suppurent toujours? — Non, pas davantage, puisque, comme je vous l'ai dit tout à l'heure, aucune sécrétion ne se fait par le canal de Sténon.

Non, rien de tout cela ne me paraît exister chez notre malade; mais, ce que je crois, c'est qu'il existe là une suppuration du tissu cellulaire parotidien proprement dit, en dehors des grains glandulaires.

Ce diagnostic, qui me paraît être le vrai, modifie alors le traitement à instituer.

Quant au pronostic, il n'est pas ici très-sévère; la maladie ne compromet pas la vie, l'inflammation est restée assez modérée, et nous n'avons pas à craindre qu'il survienne quelque gangrène de la parotide, comme cela se voit parfois dans certains cas de parotidite grave.

Dans les inflammations du genre de celle qui nous occupe plus particulièrement chez notre jeune fille, doit-on recourir à des incisions prématurées ou rester dans l'expectation? Pour moi, je suis partisan d'une sage expectation; j'estime qu'il ne faut pas se hâter, qu'il faut savoir attendre une suppuration que l'on peut quelquefois éviter, tandis qu'une ouverture prématurée l'amènerait infailliblement.

De plus, et en dehors même de l'intérêt du malade qui doit primer toute autre question, l'intérêt du médecin est aussi de ne pas faire une ouverture qui n'amènerait pas du pus et qu'en ville, dans la clientèle, on n'hésiterait pas à considérer comme le résultat d'une erreur de diagnostic. Mais, cette considération secondaire rappelée seulement ici pour la forme, j'ajouterai encore que les incisions prématurées ne soulagent pas du tout les malades et qu'elles empêchent souvent le pus de se collecter. Par ces diverses raisons, je rejette donc absolument, dans les cas analogues à celui de notre jeune malade, les incisions prématurées.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Dumontpallier.

Modifications locales et transfert croisé-alterne de la sensibilité chez les hystériques dans l'état de veille.

Dans mon service de la Pitié se trouve, au nº 2 de la salle Valleix, une jeune malade, Marie C..., qui n'a que très-rarement des attaques d'hystéro-épilepsie. En étudiant l'état de la sensibilité chez cette malade, nous avons constaté:

1º Que la sensibilité pour la jambe droite est répartie de la façon suivante: la peau de la partie antérieure externe de la jambe est insensible à la piqûre dans la région moyenne, tandis que les régions supérieure et pédieuse de la même partie sont sensibles. La partie postérieure interne de la jambe présente une répartition inverse de la sensibilité, c'est-à-dire que la région moyenne de cette partie est sensible et que les régions supérieure et pédieuse sont insensibles.

2º Une répartition analogue de la sensibilité est constatée sur l'avant-bras gauche, c'est-à-dire que la partie moyenne et externe de l'avant-bras est insensible, tandis que les parties externes supérieure et inférieure de l'avant-bras sont sensibles à la piqûre. La distribution de la sensibilité est régulièrement inverse pour la région interne et antérieure de l'avant-bras.

Ces distributions de la sensibilité ayant été bien constatées et limitées par des lignes tracées à l'encre, si l'on dirige le souffle pneumique, pendant 30 à 40 secondes, sur la région externe insensible de la jambe droite, on constate que toutes les parties insensibles du membre inférieur droit et du membre supérieur gauche sont devenues sensibles à la piqûre et que les parties primitivement sensibles sont devenues insensibles. Il y a donc eu dans cette expérience modification locale et transfert croisé-alterne de la sensibilité sous l'influence du souffle pneumique.

L'expérience a été répétée plusieurs fois dans l'espace d'une demi-heure, et les résultats ont toujours été les mêmes, soit que le souffle fût dirigé sur le membre inférieur ou sur le membre supérieur. Mais ces résultats étaient passagers, ils n'avaient qu'une durée de 40 à 50 secondes.

Chez une autre malade hystérique non hypnotisable, hémianesthésique gauche générale et sensorielle, un élève de mon service, M. Forfer, avait constaté que l'action du vent capillaire, dirigé sur les parties insensibles, ramenait la sensibilité en ces parties avec transfert de l'insensibilité pour les régions homologues du côté opposé du corps. L'action du regard et de la lumière, directe ou réfléchie, donnait les mêmes résultats. J'ai pu vérifier l'exactitude de ces résulats en agissant avec le soufflet capillaire, et de plus j'ai constaté que l'action directe du soufflet capillaire sur les régions *sensibles* déterminait leur insensibilité à la piqûre et que, en même temps, l'on produisait la sensibilité du côté insensible. On pouvait donc, avec le vent du soufflet, porté sur les régions

sensibles ou insensibles, obtenir des résultats identiques, c'est-à-dire l'insensibilité des parties sensibles et la sensibilité des parties insensibles. On pouvait donc à volonté déterminer le transfert de la sensibilité en agissant sur la région sensible, ou le transfert de l'insensibilité en agissant sur la région insensible.

J'ai obtenu les mêmes résultats avec le son, c'est-à-dire en frappant avec une clef sur un verre à expériences et en approchant ce verre des parties qui étaient sensibles ou insensibles.

L'action des ondes sonores étant portée directement sur la région supérieure de la colonne vertébrale, je n'avais d'action que sur les membres supérieurs, et, quand je portais le corps résonnant au voisinage de la région dorso-lombaire, la sensibilité réapparaissait avec transfert d'un côté à l'autre pour les membres inférieurs.

Cette malade étant hémianesthésique sensorielle, les agents physiques qui avaient modifié la sensibilité générale modifiaient aussi la sensibilité des organes des sens. L'achromatopsie passait de droite à gauche ou de gauche à droite aux différents temps de l'expérience, de même pour la sensibilité spéciale des organes de l'odorat et du goût.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. ARCHAMBAULT.

Traitement de la coqueluche.

Tout d'abord, et sans nous attarder dans la symptomatologie de la coqueluche, je me bornerai à vous dire que cette affection présente deux périodes : 1° une période initiale ou catarrhale par laquelle la maladie débute sans que l'on puisse toujours très-bien savoir si l'on aura affaire simplement à une bronchite ordinaire ou à une coqueluche ; 2° une seconde période, ou spasmodique, celle-ci parfaitement caractéristique de l'affection, dont je veux surtout vous faire connaître le traitement.

Au début d'une coqueluche, que faut-il faire ? Lorsqu'il s'agit d'une bronchite chez un enfant, parents, médecin, tout le monde est d'accord, qu'il faut confiner le petit malade soit au lit, soit dans sa chambre, avec une température que l'on maintiendra à peu près égale à 16 ou 17 degrés. Mais il n'en est plus de même si la famille croit avoir affaire à une coqueluche, l'enfant peut et doit, dit-on, sortir tous les jours, et l'on néglige alors la bronchite du début pour ne voir qu'une névrose.

Pareille manière de faire me choquait vivement ; il me paraissait singulier de voir des médecins négliger ainsi l'élément catarrhe. Pour moi, loin de les imiter, j'ai pour principe de confiner l'enfant atteint de coqueluche. Trousseau lui-même, pendant longtemps, ne voyant pour ainsi dire qu'une affection spasmodique comparable à l'asthme essentiel, autorisait les sorties au grand air ; plus tard il revint à des principes beaucoup plus sages et condamna l'enfant à ne pas quitter sa chambre.

Voici donc ce que je fais pendant la première période ou période catarrhale : l'enfant gardera la chambre, vivant dans une température moyenne de 17 à 18 degrés. Si sa bronchite s'accompagne d'une fièvre un peu intense, je le ferai mettre au lit. Par là déjà seulement je suis à peu près certain d'empêcher toutes complications pulmonaires graves, telles qu'une bronchite capillaire, une broncho-pneumonie, etc. ; par là j'éviterai que la coqueluche ne devienne dangereuse. Cette température est à mes yeux tellement indispensable, qu'elle devra être la même dans la pièce où l'enfant se couchera la nuit que dans celle où il résidera le jour ; et, de plus encore, le soir, j'aurai soin d'ordonner que l'on chauffe son lit au moment du coucher, tenant pardessus tout à éviter toute impression de froid.

La preuve la plus évidente de l'influence de la température sur la coqueluche se trouve dans ce fait que vous ne verrez jamais d'épidémie grave de coqueluche l'été, et que les quelques cas qui débuteront au mois de juin, par exemple, n'auront jamais ni gravité ni longue durée en raison de la température ordinaire à cette époque de l'année. Au contraire, les coqueluches qui débutent au mois de novembre sont beaucoup plus graves et tendent à s'éterniser pendant tout l'hiver, parfois même pendant une grande partie du printemps.

Ces soins hygiéniques bien compris, quelle sera notre médication dans la période catarrhale de la coqueluche ? Celle d'un simple rhume, c'est-à-dire tisane de lichen ou de mauve ou de violette édulcorée avec le sirop de gomme ou de guimauve. Si la toux est un peu intense, je prescrirai une cuillerée à soupe, toutes les deux heures, d'une potion renfermant de l'eau de laurier-cerise, de l'oxyde blanc d'antimoine, ainsi que 10 grammes de sirop de fleurs d'oranger et 10 grammes de sirop diacode.

Si la toux est quinteuse, j'ordonnerai la belladone et ses diverses préparations, mais rien d'autre, la maladie étant bénigne et n'en étant encore qu'à sa première période.

Lorsqu'il existe un catarrhe assez abondant et profond, l'on emploiera quelques vomitifs, et entre tous l'ipéca, le vomitif par excellence, qui agit non-seulement en vidant les bronches, mais encore par son action hyposthénisante. Comme dose chez l'enfant qui n'a pas encore atteint l'âge d'un an, il suffit de donner une cuillerée à dessert de sirop d'ipéca toutes les cinq minutes, ainsi qu'un peu d'eau sucrée tiède ensuite. Vers l'âge de deux ans, on ajoutera la poudre au sirop d'ipéca dans la proportion de 1 centigramme de poudre d'ipéca par gramme de sirop.

En France on a l'habitude de se purger et de se faire vomir de préférence le matin, sans que j'en sache la raison. En Angleterre, au contraire, les médecins, tenant compte de ce que, dans la coqueluche notamment, ce sont surtout les nuits qui sont mauvaises et sans sommeil, administrent les vomitifs le soir ; ils procurent par là une bonne nuit à leurs petits malades.

Si l'état phlegmasique catarrhal prend une certaine intensité, on a recours aux révulsifs, sinapismes, thapsia ; mais il ne faut pas faire comme une corneille qui abat des noix. Les révulsifs énergiques jettent l'enfant dans une vive excitation, ils raniment la fièvre, et, amenant une surexcitation des centres nerveux, ils pourraient faire éclater les convulsions.

C'est ainsi que je rejette non-seulement les vésicatoires, mais aussi les sinapismes Rigollot, qui sont un véritable supplice pour l'enfant.

Comme sinapisme, je me borne à saupoudrer de farine de moutarde un cataplasme de farine de lin, et cela suffit très-bien pour la révulsion que je veux obtenir. Autrefois on appliquait aussi le thapsia beaucoup plus qu'aujourd'hui ; c'est un bon moyen, mais trop énergique si on le laisse longtemps en place. Il produit alors une pustulation, une véritable dermite. Si donc vous y avez recours, ne le laissez pas appliqué plus d'une heure.

Tel est le traitement de la première période. La durée moyenne de celle-ci est de dix à douze jours, puis arrivent les quintes, c'est-à-dire le signe véritablement caractéris-

tique de la coqueluche. Ici quelques petites remarques : 1° au début et à la fin d'une épidémie la période catarrhale est toujours plus longue qu'au milieu ; 2° plus la période catarrhale est longue, plus la coqueluche est bénigne au point de vue des quintes, de leur nombre et de leur intensité ; 3° si, au contraire, la toux spasmodique apparaît rapidement, les quintes seront fortes et fréquentes ; 4° enfin l'âge du sujet a aussi son influence ; ainsi, chez les tout petits enfants, où la coqueluche est généralement grave, la période catarrhale est courte, souvent même elle ne dure pas plus de trois ou quatre jours.

Deuxième période. — La première période est terminée ; arrive alors la période spasmodique, véritablement caractéristique de la maladie. La transition, bien entendu, ne se fait pas brusquement, mais la toux s'ébauche peu à peu. La quinte de toux est sifflante à la fin, puis plus accusée, puis l'accès survient par ce que l'on appelle la reprise, c'est-à-dire l'inspiration après une succession d'expirations répétées.

Cette reprise a une très-grande importance, car elle est d'autant plus prononcée que la quinte est plus forte. La quinte est une succession d'accès. Dans la coqueluche bénigne, la quinte a deux accès ; le premier se termine par une petite reprise et une pause, puis un instant après l'enfant tousse de nouveau, fait des efforts d'éructation et rejette des glaires filantes. Quand la coqueluche est très-forte, au contraire, la quinte a quatre ou cinq accès séparés par des pauses, le dernier se terminant aussi par des éructations et le rejet de mucosités bronchiques.

L'intensité de la reprise a une grande importance, je le répète ; en effet, de petites reprises sont graves par une rentrée insuffisante d'air dans les poumons, de là la possibilité de congestions diverses. Enfin, si la reprise ne se fait pas ou se fait mal, l'enfant n'éprouve pas le bien-être qui survient d'habitude quand la quinte est terminée, mais il reste assoupi, somnolent, avec une tendance plus ou moins marquée à une congestion pulmonaire ou cérébrale, à des syncopes, et la mort peut survenir. En résumé donc : grande reprise, rien à craindre ; petite reprise, état grave.

Arrivons maintenant au traitement de cette seconde période.

Tout d'abord vous devez souvent ausculter vos petits malades, avant et après la quinte, les signes étant très différents. L'élément catarrhal continue pendant cette seconde période ; avant la quinte vous entendez des râles ronflants, sibilants ou fins même, si le catarrhe est profond. Après la quinte, surtout si elle a été un peu forte, vous n'entendrez plus rien, les secousses d'expiration et les éructations ont débarrassé les bronches de leur contenu. Cependant, si des râles fins, sous-crépitants persistent, cela tiendra à ce que les petites bronches n'auront été qu'incomplètement désobstruées. Dans ce cas il existe une certaine gravité dont vous devrez vous préoccuper.

Avant toutes choses, comme dans la première période, vous devrez résister aux parents imbus de cette fâcheuse pensée que l'enfant atteint de coqueluche doit sortir. Ce serait au contraire aggraver encore sa situation, à moins toutefois que nous ne soyons en plein été.

Vous aurez recours ensuite aux vomitifs, éloignés si la poitrine se débarrasse facilement ; répétés au contraire si les râles persistent fins et profonds ; répétés même, s'il le faut, jusqu'à deux et trois fois par jour ; ajoutez à cela les révulsifs sur la peau dont je vous ai parlé, voire même des ventouses sèches. Enfin vous traiterez l'élément spasmodique de la manière suivante : coqueluche bénigne, soit le looch blanc du Codex, soit une potion ainsi formulée :

Eau distillée de tilleul.	40	grammes.
— de fleurs d'oranger. .	30	—
Sirop de sucre.	30	—
Éther sulfurique.	0,50	centigr.

Vous pourrez aussi avoir recours à une solution de sulfate d'atropine au millième. Vous en donnerez, dans une cuillerée de la potion précédente ou d'eau sucrée :

Chez un enfant d'un an, 1 goutte trois fois par jour.
Au-dessous d'un an, 1/2 goutte —
A deux ans, 2 gouttes —
Un peu plus tard, 3 gouttes —
Enfin, de cinq à dix ans, 10, 15 et 20 gouttes.

Si la belladone est un bon médicament, elle est aussi parfois un moyen dangereux. J'ai vu ainsi dans une bronchite capillaire profonde l'oppression augmenter sous son influence, au fur et à mesure qu'elle enrayait les quintes, parce qu'elle séchait les bronches et rendait le mucus plus visqueux et plus adhérent. Aussi, lorsque cette complication survient, je ne m'occupe que de l'élément bronchite et non de l'état spasmodique. Chez l'enfant qui ne dort pas, je n'administre pas non plus la belladone parce qu'elle empêche le sommeil, tandis que le sirop diacode ou la poudre de Dover conviennent au contraire parfaitement.

Dans le cas où, dans les campagnes, vous ne trouveriez pas de sulfate d'atropine, vous pourriez néanmoins le remplacer par la teinture de belladone aux doses suivantes dans une potion :

Enfant d'un an, de 2 à 5 gouttes en 4 ou 5 fois,
— de deux ans, 5 gouttes —
— de dix ans, 10 à 20 gouttes —

en commençant toujours par la dose minima pour augmenter peu à peu.

Trousseau, traitant la coqueluche comme une névrose, donnait toute la dose en une seule fois le soir. J'y trouve quelque danger ; aussi préféré-je la diviser en plusieurs prises dans la journée.

Mais, je le répète, les enfants dorment mal généralement dans la coqueluche ; je préfère leur prescrire soit une cuillerée à café de sirop diacode, soit la préparation opiacée calmante suivante :

Sirop diacode, de 5 à 15 grammes (selon l'âge).
Eau de tilleul. . . 50 —
Sirop de sucre. . . 30 —

Quant à la poudre de Dover, qui est très-employée en Angleterre, vous savez qu'elle contient 5 centigrammes d'opium brut pour 55 centigrammes de poudre. West la donne le soir à très-petite dose sous la forme d'un paquet composé de :

Poudre de Dover.	0,035	milligr.
Extrait de ciguë.	0,065	—
Poudre de cannelle.	0,015	—
Poudre de sucre.	0,300	—

On obtient un résultat analogue par le bromure de potassium, à la dose de 25 à 50 centigrammes de solution dans un peu d'eau sucrée.

Enfin M. Gueneau de Mussy a préconisé le mélange suivant, qui est très-bon et calme très-bien aussi :

Sirop de fleurs d'oranger . . .	50 grammes.
— de codéine.	60 —
— de belladone.	30 —
— d'éther.	15 —
Bromure de potassium. . . .	4 —
Musc.	0,50 centigr.

On commence par une demi-cuillerée, matin et soir, pour un enfant d'un an.

En résumé, pour bien soigner une coqueluche, il faut la traiter dès le commencement; il faut viser surtout l'élément catarrhal, et traiter la maladie comme une bronchite susceptible d'acquérir une très-grande gravité et de devenir dangereuse par la suite.

VARIÉTÉS

Les Inviteuses

Par MM. Barthélemy et Devillez.

Nous extrayons, d'une intéressante étude publiée dans la *France médicale*, les détails suivants sur une honteuse industrie, que les médecins ne doivent pas ignorer.

MM. Barthélemy et Devillez, trouvant dans de nombreuses observations la présence de l'alcoolisme comme compagnon et complice de la syphilis, ont constaté que toutes ces observations portaient sur une seule et même catégorie de femmes.

Ces femmes, nous disent MM. Barthélemy et Devillez, en général, jeunes, d'un extérieur assez agréable, sont toutes des femmes de brasserie. Leur alcoolisation n'est le résultat ni d'impérieux besoins, ni d'habitudes invétérées, et encore moins d'attraits irrésistibles trouvés aux liqueurs.

Ces femmes ne trouvent même, en général, aucun plaisir à boire ainsi. Quelques-unes à peine, les novices ou bien les autres, de temps en temps seulement, y voient un moyen d'échapper parfois aux instants inévitables de tristesse ou de découragement. « C'est bon *quelquefois* pour s'étourdir, » disent-elles. Mais le le plus souvent, boire leur est désagréable : « Je n'aime pas, je déteste toutes ces boissons, » nous ont dit plusieurs de nos malades.

En effet, c'est le besoin de manger qui fait boire toutes ces femmes. C'est là leur gagne-pain ; et les professions ouvertes aux femmes étant, dans notre société, peu nombreuses et fort mal rétribuées, c'est leur moyen de lutter pour l'existence et c'est une des faces du *struggle for life* qu'il nous est donné de considérer.

Mais comment cela peut-il se faire ? Comment ces femmes peuvent-elles remplir leur bourse en consommant, c'est-à-dire en faisant ce qui, précisément, vide la poche de toute autre personne ?

La chose est simple. Cela se passe ainsi grâce à une estimable industrie qui n'a pas d'autres bases que l'encouragement au vice et l'excitation à la débauche. Ces femmes sont des *entraîneuses*, des *inviteuses* pour le compte d'autrui. Ce sont les agents provocateurs de l'alcoolisme. Elles travaillent, les patrons touchent ; elles boivent, les patrons gagnent.

En douterez-vous ? Transcrivons les récits de ces femmes :

« Le métier est fatigant : de deux heures de l'après-midi à trois heures du matin, il faut marcher, servir, être toujours debout. »

Elles doivent « pousser à la consommation », soit par la parole, soit par l'exemple. Elles *doivent* exciter à boire, se plaindre qu'on ne boit pas, offrir des consommations que les messieurs ne peuvent ensuite refuser de payer. Dans telle brasserie, huit à dix femmes font ce métier d'inviteuses à boire. Elles ne sont pas payées par le patron, elles sont seulement nourries, et, encore, n'ont-elles les deux repas que quand elles viennent à onze heures, au lieu de deux heures. Elles ne sont pas payées en proportion des bocks qu'elles ont pu faire boire ; il n'y a que sur les consommations de 60 à 75 centimes qu'elles ont un sou de remise. Non-seulement elles ne reçoivent aucun salaire du patron qui les emploie, mais elles sont tenues de fournir les allumettes aux consommateurs. Dans quelques rares brasseries, elles ont dix centimes par franc, mais elles doivent alors fournir le costume. Le plus souvent, elles ont pour tout bénéfice les pourboires des consommateurs. A la fin de la journée, elles ont des résultats très-variables, tantôt 10 fr., tantôt beaucoup moins, le plus souvent 3 ou 4 fr.

A... était souffrante ; son médecin lui avait défendu les liqueurs et la bière. Grâce à ces recommandations, elle ne buvait plus dans la journée que deux « curaçaos, une prune et une cerise ». Quand elle était *forcée* de consommer, elle prenait un petit verre de tisane de queues de cerises, qu'elle annonçait au client comme étant une liqueur quelconque et que, suivant la bonne mine des individus, elle faisait payer 30 ou 40 centimes le verre. (Nous racontons toujours, sans rien *ajouter*, ni *exagérer*.) Mais cet argent ne lui profitait pas ; elle était obligée de le remettre entièrement à la caisse, tout comme si elle payait « une consommation véritable ». Notre malade était *mal vue* par le maître de l'établissement, parce qu'elle *ne buvait pas assez* avec les clients qui voulaient lui faire des politesses. Sans tenir compte de ses gastralgies, on lui reprochait d'être une servante sans zèle « et de ne pas faire aller le commerce ! »

Les autres femmes, de santé plus robuste, ne buvaient pas de tisanes, mais de la *bière*, des *liqueurs* ou des *apéritifs :* « chaque client offre souvent deux ou trois bocks », quelquefois davantage. A la fin de la journée, ces malheureuses ont fait une consommation habituelle d'*une quinzaine de bocks*, de *cinq ou six verres de liqueurs* et de *trois ou quatre apéritifs !* Beaucoup sont en état d'ivresse régulièrement tous les soirs ; quelques-unes le sont dès l'après-midi. La malade termine : « Dans toutes les brasseries, c'est pareil. »

Peut-être allez-vous croire qu'il n'y a là que des exagérations, des coïncidences, et qu'il s'agit de faits exceptionnels. Écoutez cette autre femme.

Les femmes employées dans ces brasseries ont pour fonctions de faire boire et de boire. Elles sont mal vues par le patron si elles ne boivent pas ; aussi elles boivent, parce que, ajoute-t-elle, les affaires iraient mal si les clients n'avaient à payer que leurs consommations. Toute infraction à ces règlements est d'ailleurs punie par des amendes dont les chefs d'établissement ne sont pas avares.

Certaines femmes savent mieux que d'autres attirer et retenir les consommateurs ; elles sont plus *commerçantes* les unes que les autres ; quelques-unes se créent une clientèle qui leur est personnelle.

Nous devons dire d'ailleurs que presque aucune des ces brasseries n'a de dépendance suspecte, ni de cabinet particulier. Dans presque toutes ces maisons, il est interdit aux femmes de s'asseoir sur la banquette, à côté de leurs clients ; elles n'ont droit qu'à une chaise, en face de leur interlocuteur. Défense formelle, sous peine des amendes signalées plus haut, de permettre une faveur ou de laisser prendre la moindre liberté ; dans quelques brasseries même, le patron pousse le culte des convenances, la *respectabilité*, jusqu'à empêcher ces dames de fumer.

Dans aucun établissement, les verseuses ne sont payées ; dans quelques-uns, le patron, au contraire, est payé par ses servantes ; il reçoit 1 franc par jour en moyenne, excepté dans les établissements qui commencent et qui cherchent à s'achalander. Suivant l'importance des brasseries, les femmes paient de 50 centimes à 2 fr. 50 par jour ; souvent elles sont obligées de fournir

leur costume-uniforme qui coûte parfois fort cher. Les femmes n'ont même pas tant pour cent sur la vente des consommations qu'elles font faire ou qu'elles font. Dans certaines maisons cependant, où elles ont beaucoup de frais, la générosité du patron va jusqu'à leur donner un sou par franc. Elles n'ont pour tout bénéfice que les pourboires. Plus elles attirent de consommateurs, plus elles ont de pourboires. Suivant l'importance de la clientèle qu'elles ont su se créer, elles gagnent ainsi de 3 à 15 francs par jour ; tels sont les deux extrêmes, la moyenne est de 4 à 6 francs. Telle, fort habile, gagne toujours au moins 10 francs par jour et a pu « se faire » jusqu'à 18 francs.

Mais, c'est un excellent métier, allez-vous dire, et ces filles ne sont pas tant à plaindre ! — A première vue, il peut ainsi paraître ; mais, avant de vous prononcer, veuillez songer au prix de *quel empoisonnement lent* elles arrivent à ce résultat :

Celle-ci boit *par jour* 15 bocks, 2 madères et *deux* fine champagne. Celle-là, qui est de *garde* le matin : 25 bocks, 10 madères, 4 curaçaos et 2 chartreuses. Enfin la femme, qui est citée comme exemple, celle qui ne refuse jamais une consommation, celle enfin qui jouit du *summum* de considération dans l'établissement, est arrivée à absorber *en une seule journée :* 42 bocks, 2 chartreuses, 3 absinthes et un grog américain. C'est elle qui a gagné 18 francs. Voilà cinq ans qu'elle fait ce métier dans la même brasserie !

Jugez un peu des résultats d'une telle hygiène prolongée pendant un certain temps. Toutefois nous devons à la vérité de dire que cette femme, remarquablement robuste, supporte assez bien son affreux régime. Elle est, certes, un peu obèse, mais elle dit qu'elle a toujours été *forte*. Elle dort bien, elle n'a pas de rêves, elle n'a pas de tremblement. Elle a les mictions très-fréquentes, pas de diarrhée, mais jamais d'appétit le matin. A part quelques étourdissements qui n'ont jamais amené de chute, à part quelques pituites le matin (*vomitus matutinus potatorum*), elle est très-satisfaite de son état de santé.

Ce qui démontre jusqu'à quel point le métier d'inviteuse est bien caractérisé, c'est qu'on en fait dans bon nombre de brasseries une fonction toute spéciale. Appliquant à cette industrie le principe de la division du travail, on fait servir ces dames par des garçons. On les emploie parce qu'on offre une consommation à une femme et qu'on n'en offre point à un garçon de café. Lorsqu'à leur tour, elles sont invitées et qu'elles ont le choix de la consommation, elles sont tenues de se faire apporter, non ce qu'elles préfèrent, mais ce qui coûte le plus cher et rapporte le plus au patron. Elles ne se font, du reste, pas faute d'aller au-devant des invitations. Quelques-unes ont tant de clients, qu'avec la meilleure volonté et le meilleur estomac du monde, elles ne peuvent boire éternellement des liqueurs ; c'est alors qu'elles se servent de petits verres d'eau pure et limpide qu'elles présentent comme du kirsch, ou bien de la tisane de figues, de graine de lin et de réglisse qu'elles font passer tantôt pour du curaçao, pour du malaga. Le galant consommateur, suivant qu'il a bonne ou mauvaise mine, paiera de 30 à 50 centimes cette consommation de haute fantaisie. Mais ces procédés deviennent, paraît-il, difficiles à pratiquer maintenant. Jamais on n'a vu les clients aussi méfiants que de nos jours ; ils surveillent bien si les consommations sont prises, et, souvent (pâlis, ô saint Thomas), ils les goûtent ! Plus d'une fois cependant, un même pseudo-madère est payé cinq ou six fois par des clients différents.

Les inviteuses cherchent, d'autre part, à se dédommager de leurs frais et à augmenter leurs recettes par une foule de petits moyens : ces malheureuses filles se font offrir des fleurs, pour 1 fr. ou 1 fr. 50 ; puis elles revendent le bouquet à la marchande pour moitié prix.

C'est aussi par nécessité de métier qu'elles sont contraintes de *courir*. Et, comme elles courent, *presque toutes les femmes de brasserie sont malades*. Tel est le jugement trop véridique porté par l'une d'elles sur l'ensemble de la corporation.

De notre côté, nous pourrions dire, sans crainte d'exagération, que *la moitié des cas de syphilis, constatés chez les jeunes gens des Écoles, ont été contractés avec ces femmes de brasserie.*

Il nous serait aisé de multiplier ces renseignements à la fois curieux et navrants, mais ceux qui précèdent suffisent amplement pour donner à qui l'ignore une idée sur les intéressants industriels qui emploient les inviteuses.

N'est-ce pas là un des modes de l'exploitation de la femme, et d'autant plus dangereux qu'il se présente sous les dehors d'une industrie avouable ?

D'ailleurs, ce métier est lucratif. A force de vendre 30, 50 ou 60 centimes des verres d'infusion de queue de cerises et de faire payer à boire à des femmes qui n'ont pas soif, les patrons de ces établissements intéressants arrondissent rapidement leur pécule et ne tardent pas à pouvoir se retirer des « affaires ».

Une chose est plus étonnante encore que l'anomalie psychique de ces gens, c'est l'indifférence au milieu de laquelle ils accomplissent leur destinée. N'est-il pas étrange que ces faits ne soulèvent aucune protestation et qu'ils passent aux yeux du plus grand nombre comme d'ordre naturel ?

Tout récemment, toutefois, un écrivain de beaucoup d'esprit s'est éloquemment élevé contre une industrie analogue florissant dans certains théâtres.

« Les choses les plus monstrueuses finissent au milieu de l'indifférence générale par sembler naturelles et personne ne s'en émeut.

« Pour prendre un exemple bien frappant, à qui viendrait-il à l'idée aujourd'hui de s'indigner contre les directeurs qui paient 100 francs par mois des actrices dont les toilettes en coûtent 3,000 ? Évidemment, à entreprendre cette campagne, on se ferait rire au nez. Et pourtant n'est-il pas vrai que ces messieurs spéculent sur la mauvaise conduite de leurs pensionnaires ? N'est-il pas vrai qu'ils s'enrichissent à ce commerce ? Mais allez donc leur dire que c'est honteux. Ils ne comprendront même pas. »

En face de pareils faits, cyniquement commis chaque jour, ne peut-on estimer qu'il y a là un *réel* outrage à la civilisation et un défi jeté à la dignité humaine ? Est-ce bien digne du siècle et de la ville où nous vivons ?

Pour nous, nous n'hésitons pas à livrer à l'opinion publique industries et industriels, exploiteurs ou exploitées.

Sans sortir des *attributions médicales*, nous croyons pouvoir réclamer, au nom de l'*hygiène morale* et de l'*hygiène matérielle*, la suppression des brasseries servies par des femmes. Ce sont des *établissements insalubres au premier chef*.

Les industriels qui les dirigent ne sont point tellement intéressants qu'il faille tenir compte de leurs récriminations. Les femmes qui les desservent feront ce qu'elles voudront, mais rien de pire assurément. On n'y perdra rien, pas même de bonnes consommations. On ne peut qu'y gagner. *La santé publique surtout s'en trouvera bien.* En effet, *la prostitution clandestine*, qui va sans cesse croissant, doit être considérée comme une des sources les plus actives de la propagation et de la persistance de la vérole dans la société moderne.

Récemment, il est vrai, on a dit que la *transmission de la syphilis n'était un crime ni même un délit !*

Sans contredit, cela dépend des goûts ; pour notre part, nous connaissons plus d'une personne qui aimerait cent fois mieux qu'on lui prît son porte-monnaie dans sa poche, plutôt qu'on lui vendît ou même qu'on lui donnât la syphilis.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — M. Beauvisage, docteur en médecine, ancien boursier près la Faculté des sciences de Paris, est chargé des fonctions de préparateur des travaux pratiques d'histoire naturelle, en remplacement de M. André, en congé.

M. Pinet (Camille), docteur en médecine, est nommé préparateur du laboratoire de pathologie expérimentale et comparée, en remplacement de M. Bochefontaine, appelé à d'autres fonctions.

M. Georges Ley est nommé commis auxiliaire au secrétariat, en remplacement de M. Dedieu, appelé à d'autres fonctions.

— MM. les élèves qui désirent soutenir leur thèse de doctorat sont priés de présenter, en même temps que l'engagement de l'imprimeur, la quittance du versement de la consignation.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Dupré, professeur de clinique interne, est autorisé à se faire suppléer par M. Pécholier, agrégé.

— *École de pharmacie de Paris.* — M. Patein, licencié ès sciences, est nommé préparateur des travaux pratiques (première année), en remplacement de M. Bourquelot, appelé à d'autres fonctions.

M. de Saint-Avid, docteur en médecine, est nommé préparateur de botanique, en remplacement de M. Marié, nommé préparateur des travaux de micrographie.

— M. le médecin principal Molard prend sa retraite.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Alphonse Ferrier (de Pauillac) et Crouet (de Routot).

— Un concours s'ouvrira le lundi 3 avril 1882, à 9 heures du matin, à la Faculté de médecine de Lyon pour la nomination de trois internes titulaires et deux internes suppléants qui seront appelés à faire le service de médecine à l'asile public d'aliénés de Bron, du 20 avril 1882 au 31 décembre 1884.

— La Société médicale des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance mercredi 8 mars, à huit heures précises du soir, à l'administration de l'Assistance publique.

Ordre du jour : 1° le bureau de bienfaisance pendant le deuxième semestre de 1881 (7e arrondissement, 5e circonscription), par M. Depasse; 2° le service médical du bureau de bienfaisance du 4e arrondissement, par M. Commange; 3° le congrès international de bienfaisance de Paris.

— M. le docteur Garrigou-Desarènes reprendra ses conférences cliniques sur les maladies des oreilles et du nez, à sa clinique, 93, boulevard Saint-Germain, le mercredi 8 mars à une heure, et les continuera les mercredis suivants à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 12491.

l'utérus, ayant encore conservé toute sa longueur, forme au fond du vagin une sorte de mamelon saillant mesurant environ 1 centimètre 1/2. C'est ce qu'on appelle la portion vaginale du col, pour la distinguer de celle qui lui fait suite et qui porte le nom de portion sus-vaginale. Tel est l'état dans lequel le plus généralement on trouve le col de la matrice. Puis, soit un peu plus tôt, soit un peu plus tard, soit un, deux ou trois jours avant l'accouchement, apparaissent les premières contractions utérines, quelquefois indolores, le plus souvent douloureuses, mais peu intenses encore. Ces contractions déterminent un premier changement dans la forme du col de l'utérus.

Il y a des femmes chez lesquelles ces premiers phénomènes surviennent quelquefois un mois avant d'accoucher; mais je ne cite ce fait assez exceptionnel qu'en passant et sans vouloir autrement m'y arrêter.

Ce premier changement consiste en ce que la portion sus-vaginale commence à s'effacer, son orifice interne s'entr'ouvre, ouverture qui augmente peu à peu de telle sorte que, l'effacement se prononçant davantage, progressant plus ou moins vite, il ne reste plus du col utérin, à un moment donné, que le pourtour de l'orifice externe. Dans ces modifications de forme, l'orifice interne a disparu, et la cavité utérine s'est peu à peu agrandie de toute la cavité du col jusqu'à son ouverture externe qui seule persiste encore.

Voilà ce que l'on appelle l'effacement du col et comment il se produit. Au fond du vagin, on trouve alors un trou généralement très-petit, dans lequel on aurait même quelque peine à introduire l'extrémité taillée d'un crayon, et qui représente à lui seul tout le col. D'autres fois, mais plus rarement dans cette première période du travail, l'ouverture susdite est plus grande.

L'effacement du col est donc cette période du travail dans laquelle la partie supérieure s'ouvre peu à peu et de proche en proche, de façon à disparaître complètement et à accroître d'autant la cavité utérine, dont le goulot se trouve alors réduit à son orifice externe.

Bien que cette manière de voir soit généralement acceptée, cependant il est certains ouvrages, et notamment un petit manuel que beaucoup d'entre vous ont entre les mains, où il est dit que la dilatation du col de l'utérus, pendant le travail, se fait de son orifice externe vers l'orifice interne, et non, comme je le maintiens ici, c'est-à-dire de l'orifice interne vers l'orifice externe. Et l'auteur d'ajouter qu'il ne comprend pas que je puisse enseigner pareille erreur. Eh bien, je proteste formellement contre l'opinion du manuel en question. Vous pourrez lire la thèse d'un éminent accoucheur, le professeur Stolz, écrite il y a quarante ou cinquante ans, exposant les mêmes idées que je soutiens ici, et qui avait parfaitement su reconnaître ce que la nature nous enseigne.

L'effacement du col est un phénomène très-important à constater. J'ai vu une femme chez laquelle cette première partie du travail s'était faite à huit mois, puis tout s'était arrêté. Néanmoins, grâce à certaines précautions, elle put arriver à terme et l'accouchement se terminer heureusement à neuf mois.

Il est aussi des cas où, par suite d'une véritable distension de la matrice, telle, par exemple, que celle que produirait l'hydropisie de l'amnios, le col s'efface sans qu'il y ait eu encore aucune contraction utérine. C'est dans ces faits de distension anomale que j'ai pu apercevoir quelquefois par la transparence des membranes les cheveux de l'enfant dans la cavité de l'utérus. Mais ce n'est pas là ce qu'on désigne, à proprement parler, sous le nom de dilatation du col.

Dans celle-ci, l'orifice externe est celui qui doit s'ouvrir le dernier. Le cercle très-grand qu'il devrait alors présenter ne se produit pas toujours avec la même régularité. D'abord la marche de la dilatation est très-variable; elle est lente ou rapide, et là encore il faut savoir distinguer les primipares des multipares chez lesquelles, sauf quelques exceptions, cette première période du travail s'accomplit plus vite.

Si la durée du travail de l'accouchement est en moyenne d'environ quinze heures chez les primipares, la période de la dilatation exige le plus souvent à elle seule de dix à douze heures pour que celle-ci soit complète; et si l'on a vu quelquefois cette dilatation se produire en deux heures, je puis vous assurer que le fait est très-rare. Chez les multipares la durée du travail est aussi moins grande, parce que les parties génitales sont moins résistantes à la distension pour le passage de l'enfant que chez les primipares.

Quant à la forme habituelle que prend l'ouverture du col dilaté, elle varie selon une foule de circonstances. Chez une jeune femme de vingt ans, accouchant pour la première fois, l'on verra, au début du travail, un orifice très-petit s'élargir progressivement et rester circulaire, puis, au fur et à mesure que la dilatation augmentera, devenir ovalaire avec la grosse extrémité de l'ovale tournée en arrière et la petite extrémité en avant. Comment peut-on expliquer le fait? On a dit que cela tenait à la position de la tête de l'enfant dont la région frontale est plus étendue que l'occipitale. Cela est possible, mais n'y aurait-il pas aussi là quelque condition anatomique, une laxité plus grande de la partie postérieure du col?

Quelquefois l'ouverture du col est presque elliptique, notamment dans les cas de présentation de l'épaule ou de certaines parties des extrémités pelviennes. Ainsi, chez les femmes atteintes de rétrécissement du bassin, l'ouverture sera plus large transversalement que d'arrière en avant. Il faut aussi tenir compte, dans les différences de forme de l'orifice du col, de l'état pathologique que celui-ci peut présenter. Ainsi, le cancer de la lèvre antérieure du col, chez une femme enceinte, rendra la dilatation du col difficile et irrégulière, la partie saine devant alors se dilater énormément pour suppléer au défaut de laxité de la portion néoplasiée. Celui-ci s'est trouvé tel quelquefois qu'il a nécessité des débridements. Dans ces cas-là, l'ouverture du col peut affecter la forme triangulaire ou en croissant selon que le cancer sera plus ou moins avancé.

D'autres fois, on peut observer un rétrécissement du col en dehors de toute lésion, tel, par exemple, qu'un rétrécissement spasmodique ou tout autre état en dehors d'une affection organique. Enfin, il y a des cas où l'on ne trouve pas d'orifice, celui-ci étant oblitéré. Le diagnostic devient alors des plus difficiles, car, l'on a beau chercher, l'on ne sent rien, et l'on en est réduit soit à faire un débridement, soit à pratiquer une ouverture, opération toujours un peu grave.

Quelquefois encore le col n'est plus à sa place, il a changé de direction, soit qu'il ait été entraîné dans un sens ou dans l'autre par le fait de quelque tumeur du bassin ou du ventre, soit par suite d'une grossesse extra-utérine. Dans le cas de déviation, le col est le plus souvent chassé en avant. Ces déviations peuvent parfois donner lieu à des méprises graves et faire croire à l'absence d'orifice.

Cela m'est arrivé à moi-même dans un cas où, averti

cependant par un fait antérieur, je n'aurais pas dû commettre d'erreur. J'ai publié cette observation peu de temps après.

Le fait que j'avais observé quelques années auparavant s'était passé à Lille. Il s'agissait d'une femme en travail depuis vingt-un jours sans pouvoir accoucher. Le col était dévié près de la symphyse pubienne; il me suffit, aussitôt après avoir reconnu sa position, de pratiquer deux petits débridements pour voir le col s'ouvrir comme une poche et l'accouchement se terminer aussitôt par la naissance d'un enfant mort depuis plusieurs jours. La femme guérit très-bien. J'eus à son sujet une discussion scientifique avec mes confrères de Lille, et je les engageai à publier une observation qui leur appartenait d'autant mieux que je n'avais été appelé que comme consultant. Ce ne fut que deux ans plus tard que l'un d'eux se décida à en faire l'objet d'une communication à l'Académie, mais en décrivant le fait comme une grossesse extra-utérine. Un rapport fut fait auquel, par convenance et délicatesse, je ne voulus pas prendre part, me réservant seulement de prendre la parole dans la discussion qui suivrait et après avoir prévenu mon confrère de Lille, très-expert cependant, de l'erreur qu'il avait commise.

Je connaissais donc ce fait, eh bien! néanmoins je me trompai un peu plus tard, comme je vous le disais tout à l'heure, chez une femme où je pris une déviation du col pour une oblitération que je traitai comme telle par une petite opération à laquelle elle succomba au bout de deux ou trois jours.

Mais, pour terminer ce qui a trait à la dilatation du col, il me reste à vous dire quelques mots de son mécanisme. Pendant chaque contraction utérine, le col se resserre et devient rigide, puis, la contraction finie, on constate un léger agrandissement. La marche se fait donc progressivement, les contractions tendant de plus en plus à élargir l'orifice et celui-ci résistant de moins en moins jusqu'à ce que la dilatation soit complète. C'est donc une série de tiraillements et de repos alternatifs. Il y a aussi un autre petit élément dont il faut tenir compte également, c'est-à-dire de la poche des eaux qui s'engage peu à peu à travers l'orifice dilaté et tend à en augmenter la dilatation; puis c'est la tête de l'enfant qui agit à son tour, surtout quand elle se présente au couronnement, selon l'expression majestueuse du temps. Cette période est généralement la plus douloureuse pour la femme. Enfin il faut encore tenir compte, dans le mécanisme de la dilatation, de l'état du col, de l'énergie des contractions utérines et de leur régularité ou de leur irrégularité.

HOPITAL NECKER. — M. Trélat.

Épithélioma du sinus maxillaire.

Nous avons à opérer une malade âgée de soixante-deux ans, qui est entrée dans nos salles il y a dix-sept jours, pour une affection dont le diagnostic n'a pas été très-facile à faire.

Cette femme, assez forte, vigoureuse, et qui jouit ordinairement d'une bonne santé, nous raconte qu'au mois de juin de l'année dernière elle s'est aperçue d'un léger gonflement de la joue du côté gauche siégeant principalement au-dessous de l'œil, gonflement qui s'accompagnait d'une certaine rougeur et de quelques douleurs. Ces phénomènes, après avoir persisté pendant quatre mois environ, auraient disparu, dit-elle, sous l'application, pendant un certain temps, de cataplasmes. Tout en nous disant que le gonflement avait disparu, cette malade reconnaît cependant qu'il restait bien encore quelque chose; mais, comme ce n'était point douloureux, que cela ne la gênait pas, elle n'y fit plus attention.

Elle resta ainsi pendant cinq mois, lorsque, au commencement de mars dernier, il se fit une nouvelle tuméfaction de la région sous-orbitaire; la peau devint un peu rouge, en même temps que la vision du côté de la joue malade se trouvait gênée comme dans une fluxion; en tous cas, à ce moment le gonflement était encore peu douloureux.

Néanmoins la malade entra dans un service de médecine, où elle resta jusqu'au 11 de ce mois, époque à laquelle elle fut envoyée dans nos salles.

A son entrée ici, elle fut examinée sérieusement, et deux opinions surgirent au sujet de la nature de l'affection dont elle était atteinte. Pour les uns, considérant l'état de santé ordinaire de la malade, ses apparences vigoureuses, la date d'apparition des premiers accès remontant à dix mois à peine, la disparition d'une première crise sous l'influence de simples applications de cataplasmes, pour ceux-là, dis-je, il s'agissait probablement de quelque inflammation locale, de quelque périostite de la face antérieure du sinus, ou de quelque abcès de cette même région; pour d'autres, au contraire, la tuméfaction de la joue était le résultat d'un néoplasme.

Mais, s'il s'agissait réellement d'une périostite, elle serait la complication de quelque autre affection, elle serait la suite de quelque traumatisme, et l'on aurait pu suivre l'évolution de certains accidents; ou bien encore la périostite pourrait être d'origine dentaire. Mais d'abord cette femme a soixante-deux ans, et, je le répète, elle est ordinairement d'une bonne santé, enfin le siège de la tumeur n'est nullement celui de la périostite dentaire, puisque la tumeur occupe la région sous-orbitaire. Ne serait-ce pas plutôt quelque épithélioma comme chez le malade auquel j'ai dû, au mois de janvier, pratiquer l'ablation du sinus maxillaire, et, la tumeur s'étendant vers la cavité orbitaire dont la voûte était en partie détruite, auquel j'ai dû faire aussi l'ablation du globe de l'œil? Ce malade, je le dis en passant, non-seulement est aujourd'hui parfaitement guéri, mais encore il a manifestement engraissé, il a pris un certain embonpoint, et va très-bien.

Ce fait me rappelle aussi, — et j'ouvre ici une nouvelle parenthèse, — un petit malade que j'ai soigné deux fois, la première à la Pitié il y a douze ans, il avait de huit à neuf ans à cette époque, et la seconde fois à la Charité cinq ou six ans plus tard. Lorsqu'il vint à la Pitié, il avait eu, un an aurapavant, une forte contusion de la région temporale droite, qui avait peu à peu donné lieu à la formation d'une tumeur dure, profonde, fixe, immobile, sous-jacente aux muscles et sur laquelle la peau était absolument indemne. Cette tumeur n'était autre qu'un abcès sous-périostal, pour lequel je fis une ouverture et une contre-ouverture de façon à placer un drain. La guérison avait été parfaite.

Néanmoins, cinq ou six ans tard, il s'était fait une petite récidive qui avait nécessité une incision nouvelle. Cette fois la guérison avait été définitive.

Quant à la malade qui fait le sujet de cette leçon, elle ne nous présente rien de semblable. La peau est rouge, non

d'une rougeur phlegmoneuse, mais d'une rougeur que j'appellerai angiectasique ; elle est saillante, tendue par la tumeur. Celle-ci n'est pas fluctuante. La coloration de la peau, dans le voisinage de la paupière inférieure, est violacée, œdémateuse. La peau adhère à la tumeur dans une partie de son étendue ; enfin le néoplasme paraît gagner les parties profondes.

Le globe de l'œil ne semble pas changé de place, mais la paupière inférieure est refoulée en haut au point de fermer presque complètement la fente palpébrale. La vision n'est pas atteinte ; elle est tout aussi nette que du côté opposé, lorsque l'on écarte les paupières supérieure et inférieure l'une de l'autre. Mais un phénomène qui nous décide surtout à opérer promptement, c'est que les douleurs augmentent rapidement. Enfin je dois citer une particularité heureuse pour la malade, c'est qu'il n'existe d'engorgement en aucun point voisin ou éloigné de la tumeur, circonstance, je le répète, très-heureuse pour la malade, bien qu'un peu gênante, *seulement un peu*, pour le diagnostic.

M. Campenon, mon chef de clinique, a pratiqué, il y a huit jours, une petite ponction exploratrice ; il s'est écoulé du sang en médiocre abondance, sans aucune trace de pus. Le petit trajet parcouru par le trocart explorateur est resté fistuleux, donnant lieu à un suintement simplement muqueux, transparent, sans aucune gouttelette de pus.

Ce matin, avant de décider définitivement l'opération, j'ai introduit un stylet mousse dans la fistule, et j'ai pu constater qu'il pénétrait jusqu'à une profondeur de 5 centimètres dans différentes directions, en haut, en arrière, en dehors, etc. Cette pénétration du stylet nous a prouvé que la paroi antérieure du sinus était détruite, et qu'elle était remplacée par des parties mollasses, perméables à l'instrument. Nous avons donc affaire à un épithélioma ; reste à établir maintenant son origine. Sans entrer ici dans une discussion qui nous entraînerait fort loin, je dirai que les épithéliomas partent presque toujours de la surface, que celle-ci soit cutanée, muqueuse ou glandulaire. Ici ce n'est point la peau qui est malade, ni la muqueuse nasale, mais bien le sinus maxillaire dont la paroi osseuse a été peu à peu détruite.

La maladie n'a pas marché avec une grande rapidité ; ce n'est plus comme le malade que j'ai opéré en ville il y a trois semaines et qui sous peu va certainement succomber. Le premier soupçon de sa maladie fut révélé à la fin de décembre dernier ; c'était un petit épithélioma de la lèvre inférieure que les médecins qui le soignèrent prirent tout d'abord pour un chancre et qu'ils traitèrent par la médication spécifique. Lorsque je fus appelé à l'opérer dans les premiers jours de ce mois, il existait un engorgement ganglionnaire considérable. C'est vous dire avec quelle rapidité le mal fait son évolution, puisque, en moins de quatre mois, le malade aura succombé. Cette rapidité est heureusement assez rare.

Chez notre femme, le soulagement survenu au mois d'octobre doit être attribué très-probablement à l'ouverture du sinus ; et les douleurs vives, dont se plaint actuellement la malade, sont dues à ce que le nerf sous-orbitaire est probablement pris maintenant.

La tumeur nous paraît donc être un épithélioma d'origine du sinus maxillaire gauche, tumeur dont le siège, la nature et les douleurs qu'elle entraîne, nécessitent une ablation rapide. Quant à dire jusqu'où s'étend en profondeur le néoplasme, cela ne nous est pas possible ; aussi ne pouvons-nous indiquer par avance jusqu'où le bistouri devra pénétrer ; dans tous les cas nous aurons, selon toutes probabilités, une grande perte de substance.

— L'opération, pratiquée à la fin de la leçon, a confirmé absolument le diagnostic porté par M. le professeur Trélat d'un épithélioma du sinus maxillaire. Le néoplasme s'étendait assez profondément, refoulant le globe oculaire pour constituer une opération laborieuse et nécessiter l'ablation, par deux traits de la scie à chaîne, d'une portion du bord orbitaire du maxillaire supérieur. La quantité de sang perdu n'a pas été bien considérable.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 mars 1882. — Présidence de M. Gavarret.

CORRESPONDANCE

Elle comprend : 1° une lettre de M. Baudrimont (de Bordeaux) accompagnant l'envoi d'un pli cacheté (accepté); 2° une lettre de M. le docteur Mandon (de Limoges) accompagnant l'envoi d'un travail manuscrit intitulé : *Étude pathogénique et thérapeutique des fièvres intermittentes;* 5° un rapport de M. Girard de Cailleux sur le service des aliénés de Morsens, en Suisse ; 4° une lettre de M. Spillmann qui se porte candidat au titre de membre correspondant.

PRÉSENTATION

M. TILLAUX présente, au nom de M. Servajan, un appareil que l'auteur désigne sous le nom de pneumo-incluseur et qui est destiné à donner des douches d'acide carbonique.

RAPPORT

Paralysie des nerfs du bras par compression des béquilles. — M. VULPIAN rapporte l'observation d'une jeune femme de vingt-huit ans qui, il y a quinze mois, fut prise d'une arthrite du genou à la suite d'un accouchement, arthrite uniarticulaire extrêmement rebelle, résistant à tous les traitements; la jambe se fléchit sur la cuisse, on dut faire le redressement forcé et placer le membre dans une gouttière, puis dans un appareil silicaté, pendant plusieurs mois de suite, de telle sorte que la malade fut obligée de se servir de béquilles. La garniture de ces béquilles s'étant peu à peu défaite, elles finirent par exercer une pression sur les nerfs brachiaux dans l'aisselle. La malade ressentit des douleurs, surtout dans l'avant-bras droit, la main fut enflée. Les bras perdirent leurs forces. En un mot, il y eut une paralysie complète portant sur tous les nerfs brachiaux et plus marquée à droite qu'à gauche. La sensibilité, les phénomènes vaso-moteurs, les phénomènes sécrétoires, étaient intacts. La mobilité seule était abolie. La contractilité musculaire était intacte, sauf pour le faisceau de l'extenseur commun qui, au bras droit, se rend au médius, et pour celui qui, au bras gauche, se rend à l'index. Il n'était pas possible que les nerfs fussent altérés, puisque les fibres motrices étaient intactes et, qu'étant donné un nerf mixte on ne peut pas admettre que les fibres sensibles soient atteintes sans que les fibres motrices le soient également. Si on électrisait le nerf radial, on n'obtenait rien. Or il n'y a que les animaux empoisonnés par le curare qui présentent ces phénomènes, c'est-à-dire la conservation de la contractilité musculaire avec l'abolition de l'action des nerfs sur les muscles. La faradisation, chez cette malade, amena quelque amélioration. L'excitation faradique agissait, tandis que l'excitation volontaire restait sans effet.

On peut conclure de ce fait que la paralysie par compression des nerfs n'offre pas toujours les caractères classiques qui lui sont assignés par les auteurs. Il est un degré atténué de cette paralysie où la contractilité musculaire est conservée et où l'action des nerfs sur les muscles est abolie.

M. Panas, en 1871, a fait une communication tendant à prouver que les paralysies radiales dites *à frigore* sont des paralysies par compression. J'ai combattu moi-même alors cette opinion. Or, si l'on tient compte de ce fait que les paralysies par compression ne présentent pas toujours tous les caractères cliniques décrits par les auteurs, que dans toutes les paralysies, dites *à frigore*, il est toujours possible de trouver qu'il peut y avoir eu compression, on peut dire que, dans la grande majorité des cas, les paralysies radiales dites *à frigore* sont des paralysies par compression.

LECTURE

Contraction tendineuse. — M. JULES GUÉRIN lit une note sur les caractères physiologiques de la contraction tendineuse.

DISCUSSION

Chloroforme. — M. VERNEUIL rappelle avoir dit que le chloroforme des pharmaciens de Paris lui avait paru généralement assez pur, et que c'était bien plutôt à sa mauvaise administration qu'à son impureté même qu'il fallait attribuer les accidents qu'on observait. M. Gosselin a été plus loin en rappelant la proposition de M. Sédillot, à savoir que le chloroforme bien administré n'offre jamais de dangers. Je ne partage pas, dit M. Verneuil, l'opinion de M. Gosselin, et je tiens à déclarer que je m'en sépare avec éclat, que je considère sa proposition comme inexacte et funeste. Pendant trente ans, j'ai toujours administré le chloroforme avec le même soin, avec les mêmes précautions; j'ai toujours, en cas d'accidents, recouru aux moyens bien connus aujourd'hui, à la respiration artificielle, à la traction de la langue, à la position de la tête en bas, etc. Cette pratique m'a fort bien réussi pendant vingt-neuf ans et demi, et il y a quelques mois à peine j'ai eu à déplorer un cas de mort par le chloroforme. Je puis déclarer de la façon la plus formelle que j'ai perdu mon malade sans avoir à me reprocher la moindre faute. Je sais bien que M. Gosselin me dira: Vous avez mal administré le chloroforme, vous ne l'avez pas donné selon la technique que je recommande et qui ne m'a jamais fait défaut. M. Gosselin admet qu'en donnant le chloroforme comme le donnent la plupart des chirurgiens, on introduit dans le sang trop rapidement une trop grande quantité de l'agent anesthésique, et qu'on arrive ainsi à déterminer des troubles aboutissant à la sidération du bulbe. Introduisez plus lentement le chloroforme dans l'économie, ajoute M. Gosselin; laissez-lui le temps de s'éliminer en partie par les reins, l'intestin et la peau, et cette surcharge du sang par le chloroforme n'aura pas lieu. Suspendez donc de temps en temps l'anesthésie, laissez le malade respirer de l'air pur. Faites en sorte que, dans l'espace de 8 à 9 minutes, il y ait, en moyenne, 141 inhalations de chloroforme et 28 inhalations d'air pur. Mais, reprend M. Verneuil, savons-nous quelle est la dose maniable du chloroforme? Savons-nous comment se fait cette élimination par le rein, l'intestin et la peau? Nous ne savons absolument rien de tout cela. Dans l'anesthésie par le chloroforme, on meurt par syncope, par asphyxie, tantôt au début de la chloroformisation, tantôt en pleine chloroformisation, tantôt quatre, cinq ou dix minutes après que l'administration de l'agent anesthésique est complètement terminée. Une seule et même cause pour la mort est donc impossible à admettre. La chloroformisation échappe à toute règle, selon les individus. Un alcoolique ne s'endort pas comme une jeune fille qui n'a jamais fait d'excès. Les effets de l'administration d'un agent anesthésique quelconque sont très-variables selon les individus. Je m'en tiens donc encore à la célèbre proposition de Robert : « Toutes les fois que vous administrez l'éther, le chloroforme, le méthylène, un agent quelconque entraînant la suppression rapide de la sensibilité, vous créez un danger. » Cette proposition est aussi vraie aujourd'hui que du temps de Robert. A Londres, depuis le commencement de 1882, il a été relevé neuf cas de mort par le chloroforme, quatre par l'éther et un par le bichlorure de méthylène. L'autopsie de plusieurs de ces malades a montré qu'ils avaient un cœur gras impossible à reconnaitre pendant la vie.

Certains accidents tiennent donc à la constitution des sujets, qui réagissent d'une manière très-variable. Il y en a qui meurent par syncope; or, dans les expériences de laboratoire, il est impossible de déterminer la syncope chez le chien. Il y a donc des individualités qui priment tout. Sans doute, il faut administrer le chloroforme avec le plus grand soin, se le procurer le plus pur possible; mais il faut aussi, si l'organisme du patient n'est pas plus ou moins taré par une affection diathésique quelconque, il faut l'examiner avec soin et tenir le plus grand compte des contre-indications.

M. ROCHARD. Il y a des questions qui paraissent épuisées, sur lesquelles il semble qu'il n'y ait plus rien à dire, et qui cependant, par une sorte de périodicité fatale, se reproduisent de temps à autre. Il en est ainsi de l'anesthésie par le chloroforme. Comme le dit M. Verneuil, il ne faut pas se servir de chloroforme impur, mais il ne faut pas mettre sur le compte seul des impuretés du chloroforme tous les accidents qu'on observe. M. Gosselin, faisant allusion à quelques nouveaux procédés d'anesthésie, a dit qu'il faudrait en venir à les adopter plutôt que de continuer à perdre un malade sur quatre ou cinq mille anesthésies. Non, il ne faut pas abandonner le chloroforme; rappelons-nous ce que donnait l'éther, cette ivresse loquace, indiscrète, qu'il produisait sans amener la résolution musculaire, et la lenteur de son action : gardons le chloroforme. Quant au protoxyde d'azote, on sait combien de morts il a amenées entre les mains des dentistes. Je veux bien qu'employé sans pression, il soit inoffensif; M. Paul Bert le dit du moins, mais cela n'est pas démontré; quelques applications sont insuffisantes pour l'admettre sans réserve. Le fût-il d'ailleurs d'une manière absolue, il resterait encore la difficulté de son application. Un procédé qui exige cette machine roulante, deux chevaux et six pompiers, n'est vraiment pas pratique. Il faut donc garder le chloroforme, tout en cherchant à diminuer le plus possible ses dangers, mais il ne faut pas espérer de pouvoir les supprimer complètement. Sans doute il offre et offrira toujours certains dangers, mais il ne faut pas reculer devant son emploi parce que de temps à autre il amène un insuccès.

Je regarde le mouchoir ou la compresse dont on se sert habituellement pour l'administrer comme dangereux, parce qu'on fait arriver dans le sang des vapeurs de chloroforme à l'état pur, et cela trop rapidement. Il en est de même de l'alcool. Combien d'individus peuvent boire une bouteille d'eau-de-vie dans leur journée qui tomberaient raide-morts s'ils la buvaient en un quart d'heure! Il faut que le chloroforme soit mélangé d'air. C'est pourquoi j'emploie, depuis trente-cinq ans, le cône en étoffe percé d'un trou de la largeur de la trachée, permettant l'accès facile de l'air. Cet appareil me paraît offrir ces deux grands avantages : accès de l'air et distance qui sépare le malade du chloroforme, les deux choses s'obtenant pour ainsi dire automatiquement. Voilà trente-cinq ans que cet appareil est employé dans la marine, et nous n'avons pas eu un seul cas de mort par anesthésie, c'est-à-dire un de ces malheurs qu'on est heureux de ne pas avoir eus en arrivant à la fin de sa carrière.

M. MAURICE PERRIN. La proposition renouvelée par M. Gosselin est tellement grave qu'il ne faut pas craindre d'y revenir. Quelles que soient les précautions que l'on prenne, quelle que soit l'expérience du chirurgien, la pureté du produit, on n'est jamais sûr de ne pas avoir d'accidents. En fait d'anesthésie, la question de vie ou de mort est toujours posée. Quant aux nouveaux venus, en particulier à l'ingénieux procédé de M. Paul Bert, attendons pour les juger; ils n'ont pas encore suffisamment fait leurs preuves. Quand j'ai moi-même porté la question d'anesthésie par le chloroforme à cette tribune, je n'ai pas voulu parler des cas de mort, je n'ai voulu appeler l'attention que sur des accidents bien dus à l'impureté du chloroforme, puisqu'une fois débarrassé de ces impuretés il n'a plus reproduit ces accidents.

Je m'associe pleinement aux protestations formelles de MM. Verneuil et Rochard contre les inhalations intermittentes préconisées par M. Gosselin. Il n'y a pas du fait même de la pratique heureuse de M. Gosselin un argument à tirer en faveur de cette technique, puisque beaucoup d'autres chirurgiens qui ne l'emploient pas ont été, comme M. Gosselin, assez heureux pour n'avoir pas un seul décès depuis trente ans. Théoriquement la pratique des inhala-

tions intermittentes me paraît dangereuse, en ce sens qu'elle retarde les progrès de l'action anesthésique, qu'elle fait perdre du terrain et oblige chaque fois à rendre du chloroforme et à produire cette impression brusque qui est précisément dangereuse. Je suis donc, au contraire, partisan des inhalations ininterrompues. D'où vient donc cette dissidence entre M. Gosselin et moi ? de ce que nous n'avons pas les mêmes idées sur les causes de la mort par le chloroforme. Pour moi, c'est un accident indépendant de l'empoisonnement par le chloroforme qui est la cause de la mort. Chez les animaux véritablement empoisonnés par le chloroforme, les accidents se produisent successivement, et la mort arrive à la suite d'une série de phénomènes successifs. Chez l'homme, l'accident mortel est brusque, survient tantôt au début, tantôt pendant le labeur de la chloroformisation, tantôt en pleine période d'agitation, tantôt à la suite d'une suffocation ; parfois aussi le malade oublie de respirer, et il faut l'y inciter par la voix sous peine de grand danger. Enfin il faut bien, avec Chassaignac, admettre que, lorsqu'on est arrivé à ce qu'il a appelé la période de tolérance, on n'a plus rien à craindre. Est-ce donc d'empoisonnement qu'il s'agit dans ces circonstances ? Non certes, il s'agit de l'arrêt de la respiration par incapacité du pouvoir excito-moteur. Ce n'est pas de l'asphyxie qui se produit, c'est de la syncope. La mort est causée par l'arrêt de la respiration et son retentissement sur le cœur. La vie est menacée d'une façon, et on succombe de l'autre.

— La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. Pinet, médecin aide-major de première classe, vient de donner sa démission.

— M. Strœbel, pharmacien aide-major de première classe, vient de donner la démission de son grade, pour passer comme médecin stagiaire à l'École du Val-de-Grâce.

— Un comité, dépendant du Comité central de l'Association des dames françaises pour le secours aux militaires blessés et malades en temps de guerre, s'est formé dans la Seine-Inférieure, à Blangy. Les premier, deuxième et troisième lundis de chaque mois, M. le docteur E. Peaucellier fait une conférence sur l'hygiène, l'anatomie, la physiologie du corps humain et sur les premiers soins à donner aux blessés et aux malades en indiquant les pansements et les appareils auxquels il faut avoir recours.

— M. le docteur Bucquoy, agrégé de la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux, reprendra ses leçons cliniques à l'hôpital Cochin le mardi 14 mars 1882 à neuf heures et demie et les continuera les mardis suivants à la même heure. — Consultation à huit heures et demie.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Charpentier commencera son cours pour les élèves sages-femmes le mardi 21 mars 1882, à midi, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 12507.

N° 30. — SAMEDI 11 MARS 1882. 55e ANNÉE. SAMEDI 11 MARS 1882. — N° 30.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Quelques cas d'hydronéphrose.

Un cas d'hydronéphrose s'est présenté tout récemment dans le service de M. Lancereaux à la Pitié. Rapproché de quelques autres analogues que M. Lancereaux avait déjà eu l'occasion d'observer, il nous a paru devoir intéresser nos lecteurs comme un exemple de la bénignité relative de cette lésion lorsqu'elle est unilatérale, surtout lorsqu'on la compare à la gravité de quelques-unes des autres conséquences de la lithiase urique, telles que la néphrite interstitielle et la suppuration du rein, etc.

Voici d'abord le fait qui vient de se passer :

Hydronéphrose passagère consécutive à un accès brusque de colique néphrétique.

Une femme de vingt-cinq ans, Marie G..., entre à l'hôpital de la Pitié le 12 janvier ; quatre jours auparavant, dans la soirée du 8 janvier, elle a été prise brusquement, à la suite d'une violente secousse éprouvée la veille, d'une douleur vive dans le flanc droit, douleur lancinante, térébrante, atroce, suivant sa propre expression. Depuis ce moment, cette douleur est revenue par crises, séparées par des rémissions de deux à trois minutes. La malade accusait une sensation de constriction toutes les fois qu'elle faisait le moindre mouvement ; le contact seul de ses vêtements était douloureux ; la toux, la parole même, provoquaient les douleurs ou les augmentaient. Consécutivement la respiration était tellement gênée que la malade était obligée de garder le décubitus latéral droit. Depuis le commencement, la douleur a toujours été unilatérale et limitée dans la région du rein droit.

Un léger frisson et de la fièvre accompagnaient ces phénomènes douloureux ; en même temps la malade éprouvait de la lourdeur de tête, une torpeur intellectuelle, une céphalalgie peu intense, du refroidissement des extrémités, des vomissements bilieux le matin.

A son entrée à l'hôpital, elle présente l'état suivant : sa figure est pâle ; ses dents sont irrégulièrement plantées, les gencives crevassées ; la peau est d'un pâle jaunâtre ; la langue est un peu sèche, couverte d'une desquamation épithéliale blanchâtre, légèrement rouge sur les bords. Elle garde le décubitus latéral droit pour éviter tout mouvement. Point de vomissements, pas de crampes ; inappétence, constipation opiniâtre.

A l'inspection du ventre, on le trouve un peu gonflé : sur le flanc droit on observe les traces récentes de sangsues qu'on lui avait appliquées en ville. A la palpation, on sent une masse située dans la région lombaire, étendue verticalement de haut en bas, depuis les fausses côtes jusqu'à l'épine iliaque antérieure et supérieure ; transversalement, de droite à gauche, jusqu'à deux travers de doigt de l'ombilic. Le creux costo-iliaque est effacé. Le diamètre vertical de cette tumeur est de 7 à 8 centimètres ; le diamètre transversal, de 5 à 6. En dehors, la tumeur est plus consistante. En dedans, vers l'ombilic, la masse de la tumeur est pâteuse, mollasse, comme si elle contenait du liquide.

En appliquant la main gauche en arrière, sur la région lombaire et la main droite en avant, on peut limiter la tumeur et se rendre ainsi compte de sa situation, de son étendue, de sa forme et de sa consistance. On peut encore par la palpation délimiter même le contour du rein qui paraît plus gros, plus ferme qu'à l'état normal. A la partie interne du rein, on sent une autre masse qui n'est plus aussi consistante que lui, mais qui est plus étendue.

Par ces deux procédés d'exploration, la malade ressent des douleurs très-vives.

Du 14 au 15, la malade reste dans le même état, sa température oscillant entre 38,4 et 39,6.

Le 18 janvier, la malade a uriné en beaucoup plus grande abondance que les jours précédents, les urines sont troubles ; la tuméfaction a beaucoup diminué ; la douleur à la pression est beaucoup moins intense, on peut palper, presser même sur la tumeur sans faire souffrir la malade.

L'urine, examinée, a présenté pendant les premiers jours une réaction neutre et une odeur ammoniacale ; il n'y a ni albumine ni sucre ; sa densité est de 1020.

Le 19, au matin, la température, qui depuis le 14 était restée élevée, s'est abaissée à 37°. A partir de ce moment la tumeur a diminué, non pas d'une façon continue et progressive, mais par saccades.

A quoi avait-on affaire ? Qu'était cette tumeur ? Tous les principaux organes étaient sains. Le diagnostic, le premier jour, avait été un peu indécis. Cependant il était clair, et on

aurait pu affirmer, dès le premier jour, que l'on avait affaire à un cas d'hydronéphrose. En présence d'une tumeur qui avait acquis en quatre jours le volume constaté, il ne pouvait y avoir à hésiter qu'entre un phlegmon ou une hydronéphrose. Il n'y avait pas à songer à autre chose. Il n'y avait pas à mettre en cause le foie, renfermé dans ses limites normales. Il n'y avait rien du côté de l'utérus, ni dans aucun des autres organes contenus dans le bassin. Si c'était un phlegmon, ce ne pouvait être qu'un phlegmon périnéphrétique. Mais dans ce cas la phlegmasie gagne le tissu cellulaire ambiant et il existe de l'œdème dans le voisinage, ce qui n'avait pas lieu ici. L'absence de ce signe était à prendre en grande considération.

D'un autre côté, en consultant les antécédents de cette malade, on savait que, bien portante quatre jours auparavant, elle avait été prise instantanément d'une douleur très-vive, l'ayant obligée à cesser ses occupations, douleur continue, mais avec des paroxysmes la nuit. L'instantanéité de la douleur, son caractère paroxystique, les vomissements et surtout la diminution de la quantité d'urine émise, tout tendait à faire porter le diagnostic d'hydronéphrose consécutive à un accès de colique néphrétique, due sans doute à l'arrêt d'un calcul dans l'uretère. Ce diagnostic s'est trouvé confirmé par la coïncidence de la diminution rapide de la tumeur avec le retour d'une émission abondante d'urines fétides. A dater de ce moment, en effet, la réduction de volume de la tumeur continua à s'opérer rapidement par secousses successives, et elle n'a pas tardé à disparaître presque complètement. Au moment où M. Lancereaux nous entretenait de cette malade, on ne sentait presque plus qu'un peu de mobilité du rein.

Le pronostic, chez cette malade du moins, paraît devoir être sans gravité. Il est des cas cependant où, les coliques néphrétiques se reproduisant, l'hydronéphrose persiste, d'autres où la suppuration du rein peut survenir.

Dans les cas comme celui auquel on a eu affaire ici, il n'y a pas lieu à une intervention thérapeutique très-active. Il n'y avait pas d'autre indication que de soumettre la malade au repos, à l'usage des bains et à un régime alimentaire très-modéré, au laitage principalement. C'est ce qui a été fait. Si l'on avait assisté au premier accès de colique néphrétique, on aurait eu recours aux injections morphinées ; c'est ce que l'on ferait encore si de semblables accès venaient à se reproduire. Il ne reste plus chez cette malade qu'à prescrire un traitement prophylactique, qui devra consister dans la pratique d'exercices musculaires, de l'hydrothérapie et l'usage d'eaux minérales de Wittel, pour prévenir la formation de nouveaux calculs.

Les faits de ce genre ne sont pas très-rares, mais il arrive quelquefois qu'ils passent inaperçus ou qu'on les prenne pour des phlegmons. Voici un exemple assez semblable à celui que nous venons de rapporter, qui s'est passé à l'hôpital Saint-Antoine, alors que M. Lancereaux y avait un service.

Hydronéphrose consécutive à des accès répétés de colique néphrétique.

Un homme de trente-trois ans, Henri F..., entre à l'hôpital Saint-Antoine le 1er juillet 1872, malade depuis le 24 juin, jour où il avait éprouvé une douleur vive en ceinture, au niveau des deux hypochondres et de l'épigastre. Depuis huit jours l'appétit était diminué et le malade avait de la courbature. Le 25 juin, il fut pris d'envies de vomir et eut des vomissements verdâtres en petite quantité. Le 26, il prend une purgation qui produit cinq ou six selles liquides verdâtres et amène une amélioration dans l'état général. Pendant les trois jours suivants, il se sent mieux ; mais, les douleurs abdominales ayant repris avec plus d'intensité, il se décide à entrer à l'hôpital.

Voici dans quel état il était alors :

Ses douleurs en ceinture, devenues plus vives, se répétaient par accès, environ deux ou trois fois par jour et trois ou quatre fois la nuit. Elles commençaient au niveau de l'épigastre et irradiaient progressivement à droite et à gauche. Elles s'accompagnaient de rétraction du testicule. Les urines étaient rares ; absence d'hématurie, pas de diarrhée ni de constipation. Il y avait un peu d'œdème du côté droit de l'abdomen.

Le 3 juillet, on constate, du côté droit de l'abdomen, une tumeur grosse comme la tête d'un fœtus à terme; siégeant immédiatement au-dessus de l'épine iliaque supérieure droite de la branche horizontale du pubis, elle remontait jusqu'à la face inférieure du foie, dont elle était indépendante. La pression sur cette tumeur était douloureuse, elle donnait à la percussion un son mat ; on sentait à la palpation de grosses bosselures et une grande dureté. Point de fièvre ; enduit saburral de la langue ; point de vomissements ni de nausées ; conservation de l'appétit ; peu d'albumine dans les urines. L'état du malade est resté stationnaire pendant les trois ou quatre jours suivants ; puis la tumeur a commencé à diminuer, elle avait presque complètement disparu au bout du septième jour. Le malade est sorti de l'hôpital le 25 juillet, ne présentant plus d'empâtement.

M. Lancereaux a vu d'autres cas semblables, notamment celui d'une jeune femme de vingt-six ans qui fut reçue à la clinique de l'Hôtel-Dieu, alors que M. Lancereaux était chef de clinique. Cette femme portait dans le flanc gauche une tumeur qui s'étendait jusque dans la fosse iliaque du même côté, et qui disparut en quarante-huit heures, après l'expulsion d'un calcul uréthral tombé dans la vessie. La colique néphrétique peut être suivie de divers accidents, entre autres d'hydronéphrose passagère, mais quelquefois persistante et allant jusqu'à la suppuration du rein. Il a vu dans son service, il y a deux ans, une femme qui avait une tumeur du volume des deux poings. Il commit, à cette occasion, une erreur partielle de diagnostic : il avait diagnostiqué un rein déplacé et une suppuration. Cette malade étant morte plus tard dans un autre hôpital, à la suite d'une opération pratiquée pour une autre affection, on trouva à l'autopsie une hydronéphrose.

Les faits de ce genre sont encore plus communs dans la pratique de la ville qu'à l'hôpital. M. Lancereaux a rapporté l'histoire d'un de ses clients qui, au retour d'un voyage qu'il venait de faire à Reims où il s'était livré à quelques libations de vin de Champagne, fut pris dans le train même du chemin de fer de coliques néphrétiques d'une violence extrême. Les jours suivants, il éprouva de l'embarras gastrique, une diminution notable dans l'excrétion de l'urine, et il lui survint une tumeur volumineuse dans le flanc droit, s'étendant jusqu'à l'ombilic, tumeur élastique et faisant une saillie considérable. Douze jours plus tard, la diurèse s'était rétablie et tout avait disparu.

Ce qui, suivant M. Lancereaux, caractérise particulière-

ment l'affection en question, c'est la rapidité avec laquelle apparaît et se développe la tumeur, à la suite d'un ou de plusieurs accès de colique néphrétique, s'accompagnant souvent, au début, d'un peu d'embarras gastrique; c'est la forme oblongue, ovalaire et l'aspect lisse, uni, de la tumeur, son indolence habituelle, l'absence de réaction fébrile et d'altération de la physionomie; c'est, enfin, la rapidité avec laquelle elle disparaît lorsque l'obstacle au libre passage de l'urine dans l'uretère a cessé. C'est, ainsi qu'on l'a vu, ce qui s'est passé dans les faits que nous venons de rapporter.

— Ce que nous venons de dire s'applique uniquement aux cas d'hydronéphrose unilatérale, due à la lithiase urique. Dès que l'hydronéphrose de même origine est double, il est évident qu'elle devient tout de suite beaucoup plus grave, à moins qu'elle ne soit de très-courte durée, et que sa persistance ne peut manquer d'amener une urémie promptement mortelle. Il en est de même des hydronéphroses qui reconnaissent pour cause la compression des uretères par des tumeurs intra-abdominales. Disons aussi qu'à ce point de vue le diagnostic présente souvent d'assez grandes difficultés, et qu'un homme aussi expérimenté que Spencer Wells a pu se trouver très-embarrassé dans une circonstance de ce genre, hésitant dans son diagnostic entre une hydronéphrose et un kyste ovarique. Cette confusion a pu être faite plus d'une fois, et M. Péan, dans son remarquable ouvrage sur *le diagnostic et le traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin*, n'hésite pas à considérer comme parfaitement établi qu'un certain nombre d'observations de prétendus kystes ovariques, ouverts spontanément et directement dans l'uretère ou la vessie et vidés de la sorte par cette voie, n'étaient que des hydronéphroses. Mais nous nous bornons pour le moment aux faits ci-dessus d'hydronéphrose urique simple. L'occasion se représentera peut-être de parler de cette autre catégorie d'hydronéphroses.

SUR LE CARACTÈRE PHYSIOLOGIQUE

DE LA CONTRACTION TENDINEUSE (1)

Par M. le docteur Jules GUÉRIN.

Bon nombre d'anatomistes et de physiologistes, admettant le fait de la contraction tendineuse, tel que je l'ai établi dans un mémoire lu devant l'Académie le 3 mars 1856, ont conclu sans preuves nouvelles que cette contraction est un phénomène de l'ordre *réflexe*. On écrit partout aujourd'hui : le *réflexe tendineux*, les *réflexes tendineux*, c'est-à-dire une action en retour de la moelle épinière, provoquée par l'excitation directe du tendon, c'est-à-dire des nerfs qui s'y distribuent. Lors de mon premier mémoire, j'avais explicitement réservé cette question. Je viens aujourd'hui soumettre à l'Académie la solution qu'elle me paraît comporter, et, pour qu'elle en apprécie immédiatement la différence avec celle qui a été proposée ailleurs, je dirai que la contractilité tendineuse est une propriété absolument du même ordre que la contractilité musculaire de la vie de relation, c'est-à-dire que, de même que les muscles de cet ordre se contractent tous à la fois sous l'empire de la volonté et en vertu d'une influence d'une autre origine, encore indéterminée, les tendons possèdent cette double propriété, et ils la possèdent d'une manière indivise avec les muscles proprement dits.

Voici mes preuves :

I. J'ai dès longtemps été conduit à reconnaître que la constitution anatomique du tendon est le résultat nécessaire du tassement des fibres musculaires réunies dans un trajet libre, mais circonscrit, et des tractions incessantes qu'elles y subissaient. Ces deux conditions règlent invariablement l'existence ou l'absence, ainsi que les rapports de forme et de dimension du tendon avec la portion charnue du muscle. Ce fait est une des applications de la loi physiologique : *la fonction fait l'organe.* On a la certitude du bien-fondé et de la signification de ce rapport par certaines transformations accidentelles des muscles en tendons, et, réciproquement, par le retour de ces tendons passagers à la constitution musculaire. Ainsi, dans les difformités anciennes, produites par la rétraction musculaire, où des muscles et des tendons raccourcis sont soumis à des tractions incessantes et exagérées, il est de règle que la portion charnue perd graduellement de sa consistance, jusqu'à disparaître parfois tout à fait au profit de la portion tendineuse, laquelle gagne en longueur ce que le muscle a perdu en largeur. Deux exemples de cette métamorphose sont représentés dans deux planches jointes à ce mémoire : l'une par le muscle sterno-mastoïdien d'un torticolis ancien, l'autre par les grand et petit palmaires d'un sujet atteint d'une rétraction extrême de ces muscles. Dans les deux cas, les muscles, dépouillés de toute fibre musculaire, n'offrent plus que la forme et la consistance de tendons, sur lesquels il est presque impossible de reconnaître le point de départ de cette transformation. La contre-partie de ces deux faits se présente lorsque la ténotomie a restitué au muscle rétracté sa longueur et sa tension normales; après quelques années, si ce n'est après quelques mois, la constitution anatomique de ces muscles est rétablie. Ces faits ont été vérifiés par la commission du grand prix de chirurgie de l'Académie des sciences, en 1835.

Par simple induction, l'on pourrait déjà admettre, à la lumière des transformations pathologiques que nous venons de rappeler, que la partie jouit des propriétés du tout, et qu'une simple modification de texture, dont il est presque impossible de distinguer le point de départ et d'arrivée, ne saurait être une condition d'arrêt brusque de la propriété reconnue à la portion qui la précède ou lui fait suite. Mais ce que l'induction suggère, l'analyse anatomique, l'observation et l'expérimentation le démontrent.

L'année même où j'avais établi devant l'Académie le fait de la contraction tendineuse, M. Flourens lui faisait connaître l'existence de la sensibilité des tendons. Quelques mois plus tard, deux anatomistes experts, M. Papenheim en 1861, et M. Sappey en 1866, signalaient dans les cordes tendineuses des nerfs qui ne pouvaient être que des prolongements des nerfs musculaires. Ces observations nouvelles, implicitement contenues dans le fait de la contractilité des tendons, avaient néanmoins le mérite de compléter la démonstration de cette propriété. Cependant elles n'éclairaient en rien ni le caractère physiologique de la sensibilité tendineuse ni les propriétés spéciales des nerfs suivis dans les tendons.

II. L'homme possède un muscle, le droit antérieur, agent de l'extension de la jambe sur la cuisse. La partie tendineuse de ce muscle, avant son insertion au tibia, est interrompue par un os sésamoïde considérable : la rotule. Or, lorsqu'on exécute volontairement, — je dis volontairement, — l'extension de la jambe sur la cuisse, la portion tendineuse du muscle, placée entre la rotule et le tibia, participe à la contraction musculaire provoquée par la volonté. Pourrait-on considérer la contraction simultanée de ces deux parties comme d'un ordre différent : l'une comme contraction volontaire, l'autre comme contraction réflexe? Ce qui avait pu être contesté à l'origine, c'était l'existence propre et réelle de la contraction tendineuse, que l'on avait longtemps prise pour un effet de la contraction exercée par le muscle. Mais les expériences rapportées dans mon premier mémoire ont mis fin à cette méprise. Des aiguilles implantées dans la portion tibiale du tendon rotulien ont fait voir que le raccourcissement provoqué par la contraction volontaire simultanément dans le tendon et dans le corps charnu du muscle a lieu dans les deux sens : de bas en haut aussi bien que de haut en bas. Et, s'il pouvait rester encore quelque doute à cet égard, je rappellerais cet autre fait, déjà signalé par moi, à savoir : la contraction de la portion tibiale du tendon rotulien pendant les efforts de redressement volontaire de la

(1) Note présentée à l'Académie des sciences dans sa séance du 27 février 1882 et à l'Académie de médecine dans sa séance du 7 mars 1882.

jambe sur la cuisse, chez certains sujets atteints de soudure partielle de la rotule au fémur, avec possibilité d'un faible mouvement de flexion de la jambe.

Les considérations et les expériences qui précèdent, la sensibilité tendineuse de M. Flourens et les nerfs tendineux de MM. Papenheim et Sappey, s'accordent donc pour établir que la contractilité tendineuse est susceptible, comme la contraction musculaire, d'obéir à l'impulsion de la volonté.

III. Mais cette faculté de contraction *volontaire* des tendons n'est pas la seule dont les tendons soient en possession. Déjà, dans mon précédent mémoire, j'avais signalé, et même mis spécialement en relief, un second mode de contraction, contraction involontaire, sous la dénomination de *contraction de résistance*, en opposition avec la contraction dite *réflexe*. Cette contractilité tendineuse de *résistance fonctionnelle, involontaire*, diffère donc de la contraction volontaire et complète les attributs de sa contractilité tendineuse. Pour mettre son existence spéciale hors de doute, il me suffira de rappeler une expérience devenue vulgaire.

Lorsqu'on est assis, la jambe fléchie à angle droit sur la cuisse, le pied ne touchant pas le sol, il suffit de frapper avec le bord radial de la main la portion tibiale du tendon rotulien. Ce choc provoque instantanément la contraction involontaire de cette partie du tendon et produit un certain degré d'extension brusque de la jambe sur la cuisse.

Il me resterait à spécifier le véritable caractère et la véritable origine de la contractilité tendineuse involontaire. Je me borne à déclarer aujourd'hui que, d'après des observations répétées depuis plus de trente ans, je considère les faits de cet ordre comme émanant d'une source et servant à des usages autres que ceux que la science admet et enseigne.

CONSIDÉRATIONS SUR QUELQUES FORMES DE LA DYSPEPSIE.

Par M. le docteur V. Audhoui, médecin de l'hôpital de la Pitié.

I

Plus j'étudie la dyspepsie, et plus je trouve, fréquente, la dilatation d'estomac. Je la cherche chez tout sujet qui digère mal; et presque toujours je la découvre avec son signe habituel, le *clapotage*, indice de l'affaiblissement de la sensibilité gastrique et de la paralysie de la tunique musculeuse.

Cette dilatation a des degrés variés: tantôt elle est légère et immédiatement dépendante de la gastrite, alors on peut la guérir; tantôt elle est au-dessus de toute mesure et sans proportion avec le degré de la phlegmasie, et, dans ce cas, formant une lésion propre, elle ne guérit guère ou ne guérit point. L'amélioration obtenue par l'irrigation de l'estomac est passagère, en effet, et, si l'on suspend les lavages, les désordres de la digestion apparaissent de nouveau.

La première espèce de dilatation, considérée dans son moindre degré, guérit bien, sans lavage, par l'emploi d'un régime approprié, l'éloignement des causes qui entretiennent la gastrite et l'usage des eaux minérales naturelles bicarbonatées sodiques bues à leur source. A un degré plus marqué de dilatation, il est bon de joindre au traitement de la gastrite le nettoiement de l'organe et l'excitation de ses forces sensitives et musculaires, au moyen de la sonde gastrique à double courant.

Cette excitation, que provoque le jet d'eau formé par ma sonde, mérite une attention principale, car, dans plusieurs cas où l'estomac était sensiblement propre et où le lavage était inutile, j'ai vu l'application de la sonde gastrique à double courant produire un accroissement de l'appétit et des forces comparable à celui qu'on obtient au moyen des affusions et des douches d'eau froide.

La gastrite, habituellement lente et chronique, qui cause la dilatation d'estomac, est souvent avec une nuance d'irritation et de fièvre. Il y existe un sentiment de chaleur localisée à la région de l'épigastre, de la soif, une peau chaude et aride. Les tempérants rafraîchissants conviennent bien à ces cas; mais, s'il y a conjointement une anémie dominante, l'indication est moins simple et la dyspepsie appelle les martiaux.

II

A mon sens, il n'y a que deux espèces de compositions martiales positivement utiles : *la limaille de fer porphyrisée* qui subit un certain degré d'oxydation dans les pilules qu'on en forme, et les *eaux minérales naturelles, bicarbonatées ferrugineuses*, parmi lesquelles se distinguent, entre toutes, les eaux d'Orezza. Dans ce dernier remède, nous trouvons, il est vrai, quelque chose de plus que dans la limaille de fer porphyrisée : c'est l'action de l'eau gazeuse, de l'eau chargée de quelques principes salins et d'acide carbonique; mais j'observe que cette action est en harmonie avec celle du fer : toutes les deux sont stomachiques; seulement l'eau d'Orezza sera plus stomachique que le fer avec une nuance d'action tempérante et rafraîchissante qu'il ne faut point négliger dans l'effet total, considéré par rapport aux affections irritatives de l'estomac.

J'insiste sur cette action tempérante et rafraîchissante des eaux d'Orezza qui permet d'appliquer les martiaux à la cure des états anémiques devenus essentiels, qui sont compliqués avec de l'inflammation gastrique et un état fébrile léger.

Telle est la nature de l'action médicinale des eaux d'Orezza, nature complexe qui range ce remède parmi les tempérants et parmi les excitants tout ensemble : les tempérants étant des agents qui ralentissent la circulation du sang, qui la régularisent, qui la maintiennent dans un degré modéré; et les excitants, de ces moyens qui excitent, surexcitent et soutiennent l'action d'un organe ou l'action du système entier.

On voit, tout de suite, les applications nouvelles que je fais des eaux minérales naturelles acidules et ferrugineuses à la curation de la dyspepsie, et comment je les applique à certains états anémiques causés par la lésion des fonctions digestives, mais devenus essentiels: ce sont les *anémies stomacales* qu'on peut supprimer sans doute en guérissant la dyspepsie, lorsqu'elles sont purement symptomatiques, mais qu'il faut attaquer directement avec des compositions martiales appropriées, lorsque certaines circonstances accidentelles ou de tempéraments les ont rendues indépendantes.

Si vous considérez maintenant, dans l'eau d'Orezza, le principe ferrugineux, abstraction faite de l'eau et des gaz, vous y trouverez en dissolution *cent vingt-huit milligrammes de carbonate de fer*, proportion qui suffit à placer cette eau naturelle au premier rang des ferrugineuses, et qui explique les effets excitants, toniques, stomachiques et hématosiques qu'elle provoque lorsqu'elle est donnée à propos.

Tous les médecins connaissent l'action des martiaux et leur application à la cure des *anémies*. Je n'ai pas à rappeler les travaux entrepris dans ces derniers temps sur le sang des personnes soumises à l'action du fer. Ces recherches ont conduit à des découvertes que je crois fort intéressantes, mais qui sont assez inutiles à la médecine pratique, où doit suffire l'aphorisme de P.-J. Barthez : « Les martiaux engendrent une pléthore relative en régénérant la partie rouge du sang. »

Et, en effet, sous l'influence des compositions martiales, limaille de fer porphyrisée, eau d'Orezza, par exemple, la quantité de matière colorante assimilée dans les hématies s'accroît: chaque globule rouge contient une quantité plus forte de fer. C'est un fait démontré à nouveau par les observations des micrographes, et cette accumulation du fer dans les hématies a l'influence la plus étendue.

En traversant les poumons, les globules rouges, surchargés de fer, fixent une quantité plus élevée d'oxygène.

Le sang artériel, très-oxygéné, surexcite l'activité nutritive altérante dans toutes les parties de l'organisme.

La coagulabilité des humeurs augmente; le sang, hors des vaisseaux, se coagule plus promptement et forme un caillot plus volumineux, plus lourd et plus résistant.

Enfin, cette surexcitation de l'activité nutritive altérante, que produit le fer accumulé dans les hématies, est favorisée et complétée par l'excitation qu'introduit, dans les fonctions digestives,

le principe ferrugineux en agissant directement sur la muqueuse de l'estomac et des intestins.

Cette action excitante varie sans doute d'intensité avec les doses; mais, d'une façon générale, on peut dire qu'elle est forte, plus voisine de l'irritation, avec la limaille de fer porphyrisée, plus douce, plus stomachique et sans irritation sensible avec les eaux minérales naturelles acidules et ferrugineuses, dont le type est l'eau d'Orezza.

III

Mais revenons au lavage de l'estomac. Ce lavage n'a pas seulement pour but de vider le contenu de la cavité gastrique; avant tout, il me semble destiné à mettre la muqueuse en état de recevoir l'impression des aliments, et c'est dans cette vue que j'ai formulé, de la façon suivante, le régime qui convient au nettoiement de l'estomac par le lavage :

Dans les états morbides qui nécessitent le lavage de l'estomac, on ne doit donner la nourriture qu'après nettoiement complet de l'organe : cette règle ne souffre aucune exception. Ainsi, l'opération terminée et après quelques instants de repos, le malade prendra son repas.

A une époque plus avancée du traitement, le malade digérant mieux et l'estomac se nettoyant lui-même en partie, un seul lavage suffit à deux ou plusieurs repas.

Lorsque le patient, quoique non guéri encore, est revenu au genre de vie ordinaire, il peut lui être déplaisant de passer immédiatement de l'irrigation à la table : je donne alors, aussitôt après le lavage, une tasse de lait ou de bouillon, un œuf à la coque en attendant le déjeuner.

L'alimentation sera éminemment réparatrice, et les aliments de petit volume. Ici conviennent admirablement l'eau albumineuse aromatisée, la purée de bœuf et autres préparations culinaires de même genre, surtout dans la première période du traitement.

Les aliments contiendront le plus possible de matières chymifiables, et le moins possible de sucre, de fécule et de corps gras, qui, n'étant digérés que dans l'intestin, ne sont, pour l'estomac affecté que des substances inertes, entravant son action et le surchargeant inutilement. La diète animale sera donc le genre d'alimentation le plus convenable aux malades soumis à l'irrigation de l'estomac.

On ne permettra d'abord que peu de vin, et l'on en augmentera la quantité en revenant progressivement à l'alimentation ordinaire, à mesure que disparaîtront les troubles digestifs et l'inanition.

Ne négligez pas l'usage des fruits de la saison et des raisins parfaitement mûrs : ils corrigent ce qu'il y a de trop échauffant dans la diète animale.

Et par rapport à l'emploi des eaux minérales naturelles acidules et ferrugineuses, telles que l'eau d'Orezza, faites-les prendre fraîches et pures pendant le repas. (*Thérap. contemp.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 mars 1882. — Présidence de M. Léon Labbé.

PRÉSENTATIONS

M. **DESPRÈS**, après la lecture du procès-verbal, soumet à l'examen de ses collègues un homme qui a reçu, il y a onze jours, une balle de revolver dans la région palmaire de la main. A l'aide d'une incision, il a pu facilement extraire la balle qui s'était légèrement aplatie contre l'un des métacarpiens, et il a fait immédiatement le pansement par occlusion de Chassaignac. Il n'y a pas touché depuis. Le pansement est enlevé en présence des membres présents de la Société de chirurgie, et on constate une réunion parfaite par première intention.

Amputations sous-périostées. — M. PONCET (de Cluny) présente, à propos des amputations sous-périostées, trois observations à différentes dates :

La première est une amputation de bras, faite à l'extrémité inférieure, il y a huit jours. Le décollement du périoste dans cette région, et sur un sujet de vingt-deux ans, est d'une extrême facilité.

La deuxième se rapporte à une amputation de jambe au lieu d'élection, faite à l'hôpital militaire de Philippeville, le 13 janvier 1879, sur un colon âgé de quarante-neuf ans.

La troisième concerne un jeune soldat amputé de la jambe au lieu d'élection, le 1er juillet 1879.

Dans ces deux derniers cas, les malades ont été revus un an et deux ans après l'opération; le moignon est large, bien nourri, bien matelassé de muscles, de forme cylindrique et non conique, mesurant 32 à 35 centimètres de tour à son extrémité. Dans les deux cas le tibia et le péroné se sont garnis d'un champignon osseux qui se prolonge par un tissu fibreux sur la cicatrice. Cette cicatrice est libre, et la peau, mobile. En somme, le résultat définitif est aussi bon que possible et favorisera beaucoup la prothèse pour la jambe articulée.

M. Poncet, dans le procédé qu'il a décrit en 1872, fait une petite manchette cutanée, coupe les muscles d'un seul coup jusqu'à l'os et remonte alors la dénudation osseuse en décollant le périoste d'une longueur un peu moindre que celle du rayon du membre. Pour les membres à un seul os, l'opération est aisée, mais pour la jambe surtout elle est difficile. Afin de rendre la section du tibia plus facile au fond de son étui périosté, M. Poncet pense scier l'os au moyen d'une scie à chaîne à double articulation, et se manœuvrant parallèlement à l'os. M. Mathieu fils ne désespère pas de résoudre mécaniquement ce problème. Dès maintenant les amputations sous-périostées doivent être préconisées à cause de la bonne constitution du moignon.

RAPPORT

Élongation des nerfs. — **M. GILLETTE**, au nom d'une commission dont il est rapporteur, donne lecture d'un rapport sur une communication de M. Blum, relative à l'élongation des nerfs. M. Blum, dans sa communication, a rapporté deux observations d'élongation du nerf sciatique pratiquée avec succès. La première observation est relative à un malade du service de M. Desnos à la Charité, atteint de douleurs fulgurantes. Les douleurs ont cessé, mais non pas immédiatement, assez longtemps même après l'opération. Chez le deuxième malade, atteint de névralgie sciatique symptomatique, le résultat a été favorable aussi, mais plus long à obtenir et moins complet que chez le premier. L'effet dans ce dernier cas n'a été que palliatif. En somme ce sont deux bons résultats à joindre à ceux, assez nombreux, que l'on possède déjà.

M. Gillette a fait, à cette occasion, une série d'expériences sur des cadavres à Bicêtre, afin de déterminer le degré de traction qu'il est nécessaire d'atteindre pour arriver à produire le déchirement ou la rupture du nerf sciatique. Il a procédé à ses expériences, sans brusquerie, par des tractions lentes et graduées. La rupture, ou la déchirure, est toujours annoncée par un petit bruit de craquement. Elles ont porté sur quarante-cinq sujets; il a exercé les tractions vingt-deux fois sur le nerf sciatique du côté droit, vingt-trois fois sur le sciatique gauche. Dans aucun cas, il n'est arrivé à produire la rupture complète; il n'a produit que des déchirures seulement. Le degré de traction nécessaire pour produire la déchirure, calculé au dynamomètre, a varié beaucoup suivant les sujets. Chez les uns, il a atteint 80, 90, 100 kilogr. Chez un sujet, la traction, poussée jusqu'à 200 kilogr., n'a produit ni rupture ni arrachement, tandis que, sur un sujet qui avait passé par un état cachectique extrême, quelques kilogr. seulement ont suffi pour rompre le nerf.

On voit par ces résultats que, sauf des cas tout à fait exceptionnels, le sciatique présente en général une assez grande résistance. Toutefois les expériences faites sur le vivant ont montré qu'on pouvait impunément atteindre jusqu'à 15 ou 16 kilogr., mais qu'il ne fallait jamais dépasser la force de 20 kilogr. Relativement au choix du point sur lequel doit être pratiquée l'élongation, il résulte, des observations qu'il a faites sur les divers opérés qu'il a eu

l'occasion de voir, qu'il importe de s'éloigner le plus possible de la moelle ; aussi est-il d'avis qu'il faut opérer sur la partie moyenne de la cuisse de préférence à la région fessière.

M. le rapporteur termine son rapport en proposant de renvoyer le travail de M. Blum au comité de publication, et d'inscrire son nom sur la liste des candidats au titre de membre de la Société de chirurgie.

M. BERGER. La force de traction à employer doit être modifiée et graduée suivant certaines résistances, comme celles qui proviennent, par exemple, d'adhérences. En faisant quelques expériences sur ce sujet, à la Charité, sur des cadavres, j'ai reconnu que les degrés de traction qu'il fallait employer pour arriver à produire la crépitation étaient très-variables. Sur des sujets jeunes, par exemple, il me fallait employer toute ma force.

J'ai pratiqué deux fois l'élongation chez des malades ; une fois, chez un malade du service de M. Laboulbène, j'ai obtenu un amendement de la maladie ; une autre fois, sur un malade du service de M. Hardy, suppléé alors par M. Landouzy ; il s'agissait chez ce malade de douleurs fulgurantes de l'ataxie locomotrice, il ne m'a paru avoir retiré aucun bénéfice de l'opération. Depuis lors, j'ai été appelé dans le même service par M. Hardy pour voir un malade qui avait une suppuration sur le muscle crural, survenue à la suite d'une injection morphinée ; il s'agissait là encore d'un homme atteint de douleurs fulgurantes. Sur la demande de M. Hardy, j'ai pratiqué une incision, qui a été immédiatement suivie de la cessation des douleurs. Ce fait a suggéré à M. Hardy l'idée qu'un traumatisme quelconque pourrait peut-être suffire pour modifier l'état de ces maladies et produire le même résultat.

M. LARGER, dans un cas où il a dû recourir à l'élongation du nerf sciatique, a fait comme vient de le recommander M. Gillette, son incision à la partie moyenne de la cuisse ; il a exercé des tractions légères et longtemps soutenues, maintenant le nerf à 4 ou 5 centimètres au-dessus du niveau de la peau. Il a ensuite fait la suture et appliqué le pansement de Lister. Les douleurs, qui avaient cessé immédiatement après l'opération, sont revenues depuis ; mais on les calme facilement avec des injections morphinées. C'est là un demi-succès.

M. DESPRÈS. Je n'ai jamais fait et ne ferai probablement jamais l'élongation des nerfs. Ce n'est donc pas de cette opération que je veux parler. Mais je viens d'entendre dire à M. Berger qu'une simple incision avait suffi pour faire cesser des douleurs fulgurantes ; j'ai eu l'occasion d'opérer un ataxique d'une hydrocèle ; pendant tout le temps qu'ont duré l'opération et ses suites, le malade n'a pas souffert ; mais, aussitôt qu'il a été guéri de son hydrocèle, les douleurs sont revenues.

M. GILLETTE. M. Berger vient de nous dire qu'un traumatisme banal pourrait peut-être faire cesser les douleurs fulgurantes des ataxiques, aussi bien que l'élongation du sciatique, et il nous en a cité un exemple. Je ne crois pas qu'il y ait à compter sur un pareil résultat. Parmi les malades qui ont été soumis à l'élongation, il y en a beaucoup qui avaient subi auparavant divers traumatismes, sans en avoir éprouvé la moindre modification dans leurs douleurs. Ce ne serait donc pas applicable à tous les cas.

Les conclusions du rapport de M. Gillette sont mises aux voix et adoptées.

Fistules recto-vulvaires. — M. VERNEUIL, pour répondre publiquement à une question qui lui a été faite par un de ses collègues, va développer, à l'aide de son expérience personnelle, les propositions suivantes :

1° Les fistules recto-vulvaires, petites, facilement abordables et très-faciles à opérer, sont très-difficiles à guérir ;

2° Les procédés américains, si bien connus, si efficaces dans les cas de fistules vésico-vaginales, échouent le plus ordinairement, lors même qu'ils sont irréprochablement exécutés ;

3° Les échecs multipliés ont poussé les chirurgiens à modifier sans cesse leur manière d'opérer, mais ces changements n'ont pas eu grand résultat, parce que les causes des insuccès ne sont pas suffisamment élucidées ;

4° C'est à la découverte de ces causes qu'il faut s'attacher si l'on veut enfin mener sûrement à bien une opération si minime et si simple que sa non-réussite est une véritable honte pour la chirurgie.

Ma première opération, dit M. Verneuil, date de 1868. A cette époque, j'avais bien guéri déjà une trentaine de fistules vésico-vaginales. Une opération de fistule recto-vulvaire me semblait un jeu ; j'eus recours au procédé américain, j'eus un insuccès complet. La guérison eut lieu spontanément quelque temps après.

Un an plus tard, en 1869, deuxième cas semblable ; même opération, même insuccès. Je pratiquai plus tard des cautérisations qui amenèrent la guérison.

Le troisième cas est celui de la jeune femme d'un de mes anciens élèves en pharmacie. Je pratiquai la suture ; quelque temps après, il survint une tympanite violente, des nausées, du péritonisme, expulsion violente de gaz, etc. ; j'examinai la suture, elle était rompue. Je me proposai alors de faire quelques cautérisations, j'eus recours au galvanocautère alors en usage, et je pratiquai une suture nouvelle ; nouvelle rupture. Une troisième et une quatrième tentatives ne furent pas plus heureuses ; la dilatation forcée du sphincter n'eut pas plus de succès. Après cinq opérations, cette jeune femme a conservé sa fistule recto-vulvaire, comme auparavant.

Une cuisinière, femme robuste, se présenta à moi avec une petite fistule recto-vulvaire ; je recourus au même procédé en faisant une double suture, la seconde suture de renfort ; insuccès. Je répétai une deuxième fois cette opération, même insuccès. Trois semaines après ce deuxième insuccès, je fis une nouvelle tentative de réunion ; nouvelle rupture, cette fois, avec inondation de matières fécales.

Ainsi, voilà 3 cas dans lesquels, avec toutes les précautions imaginables, j'ai eu 3 insuccès. En tout, sur 4 malades, j'ai eu 10 insuccès et 1 succès.

J'étais peu encouragé à recommencer, lorsqu'il m'arriva une femme qui avait passé dix ans entre les mains des chirurgiens ; elle avait été opérée jusqu'à trois fois par notre collègue, M. Tillaux ; elle était allée ensuite dans le service de Dolbeau, où elle avait passé deux ans, sans y avoir rien gagné ; elle avait été opérée ensuite par M. Richet, puis par M. Richelot, son suppléant ; ils n'avaient été ni l'un ni l'autre plus heureux que leurs collègues. En somme, cette femme avait été opérée neuf fois lorsqu'elle vint échouer à la fin de l'année dernière dans mon service. Je n'étais pas très-tenté de faire une dixième opération. J'eus cependant l'idée, pour la première fois, d'examiner la fistule des deux côtés ; la malade étant endormie, j'examinai, à l'aide du spéculum, l'orifice supérieur de la fistule et je constatai une épidermisation de la muqueuse rectale ; je cautérisai les deux faces, puis je pratiquai quatre points de suture, sans suture de renfort cette fois, et j'obtins un succès complet.

Je me suis demandé, à l'occasion de ces faits, s'il n'y avait pas lieu de soumettre à révision les causes de ces nombreux insuccès. J'ai échoué, je ne sais pas pourquoi ; j'ai réussi, je ne sais pas pourquoi ; 13 sutures m'ont donné 11 insuccès et 2 succès. Dans ces deux cas de succès, j'ai réussi du premier coup.

Il m'a semblé, en y réfléchissant, que les causes d'insuccès tenaient, d'une part, au peu d'épaisseur de la cloison snr les parties où l'on opère ; à peine peut-on affronter les bords de la fistule dans l'étendue de quelques millimètres seulement ; c'était pour cela que j'avais eu l'idée de recourir à une suture de renfort.

Une deuxième cause d'insuccès a été le contact des matières stercorales et l'action des gaz stercoraux. C'est en partant de là qu'examinant ensuite, d'autre part, les cas de succès, j'ai fait la remarque, dans les deux cas où j'ai réussi, comme dans ceux où la nature a paru faire tous les frais de la guérison, que la réunion s'était faite entre des surfaces granuleuses : d'où j'ai tiré cette conclusion qu'il fallait renoncer à l'avivement et ne tenter que la réunion secondaire, c'est-à-dire l'adhésion de surfaces granuleuses et non celle de surfaces sanglantes.

Voici, pour le surplus, les principales conclusions de la communication de M. Verneuil.

Les expédients mis en usage jusqu'ici pour combattre ces causes : formation de lambeaux, dédoublement des lèvres de la fistule, dilatation forcée ou débridement du sphincter, double plan de suture, n'offrent pas assez de garantie pour être recommandés sérieusement.

L'avivement sanglant suivi aussitôt de réunion immédiate, c'est-à-dire l'autoplastie en un seul temps, doit être, jusqu'à nouvel ordre, abandonné.

La guérison spontanée des perforations recto-vulvaires est possible, après l'échec de la suture sanglante ; elle s'effectue par adhésion secondaire de la membrane granuleuse, qui s'établit sur les surfaces avivées.

Cette guérison spontanée toutefois exige certaines conditions. Il faut que la rétraction concentrique l'emporte en puissance et en vitesse sur la rétraction radiée. L'art peut lui venir en aide en adoptant d'une manière exclusive l'opération en deux temps, c'est-à-dire l'avivement par cautérisation et la réunion immédiate secondaires, lorsque les surfaces granuleuses sont jugées aptes à l'adhésion.

Il me reste maintenant à faire appel à l'expérience de mes collègues ; c'est pour provoquer leur avis que j'ai fait cette communication.

M. TRÉLAT s'inscrit pour prendre la parole sur ce sujet dans la séance prochaine.

LECTURE

M. RECLUS lit un travail sur la fistule congénitale de la cloison recto-périnéale. (Renvoyé à l'examen d'une commission.)

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Muséum. — M. le professeur de Quatrefages est nommé directeur suppléant en remplacement de M. Decaisne, décédé.

M. Bonard, employé temporaire, est nommé préparateur de la chaire de botanique (organographie et physiologie végétale, emploi nouveau).

M. Delisle, docteur en médecine, est nommé préparateur de la chaire d'anthropologie (emploi nouveau).

M. Verneuil, licencié ès sciences physiques, est nommé préparateur de la chaire de chimie appliquée aux corps inorganiques (emploi nouveau).

M. Beaudichon, garçon du service des galeries, est nommé préparateur de la chaire de paléontologie (emploi nouveau).

— La Société de géographie a décerné dans sa dernière séance : 1° une grande médaille d'or à M. le docteur Lenz pour sa traversée de l'Afrique et son voyage à Tombouctou ; le prix Logerot à M. le docteur Montano pour son voyage à Souloung et à Mindanao.

— Un concours pour deux places d'interne en médecine, à l'asile public d'aliénés de Bordeaux, s'ouvrira dans cette ville, le 10 juillet 1882, à midi précis, à l'Institut anatomique de Saint-Côme, rue Lalande.

Les candidats devront se faire inscrire à l'asile, 145, cours Saint-Jean, bureau de la direction. Le registre restera ouvert tous les jours de une heure à quatre heures, du 1er au 25 juin inclusivement.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 12519.

N° 31. — MARDI 14 MARS 1882. 55e ANNÉE. MARDI 14 MARS 1882. — N° 31.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.



AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

LA FOLIE ET LE DIVORCE

Par M. LEGRAND DU SAULLE.

A l'occasion d'un projet de loi dû à l'initiative parlementaire, M. Louis Guillot, député de l'Isère, a fait distribuer très-récemment un amendement ainsi conçu : « L'aliénation mentale de l'un des deux époux durant depuis deux ans et reconnue incurable est une cause de divorce. Le caractère d'incurabilité de la maladie devra être constaté et déclaré par une commission de trois docteurs en médecine : le premier, choisi par la famille du conjoint aliéné ; le deuxième, choisi par l'époux demandeur ; le troisième, désigné par le ministère public.

« Le divorce prononcé pour aliénation mentale laissera subsister, pour le conjoint qui aura obtenu le divorce, l'obligation d'assurer, selon ses facultés et son état, son ancien conjoint aliéné. Il devra être statué sur cette obligation dans le jugement qui prononcera le divorce. »

Au point de vue juridique, cet amendement est loin d'être une chose nouvelle.

Si nous jetons, en effet, un coup d'œil rétrospectif sur la législation ancienne, nous voyons que, dans les dernières années de la République romaine, la dissolution des mœurs atteignit les familles, que les titres de *vir* et d'*uxor* perdirent leur prestige, et que la durée ordinaire d'un mariage ne dépassa pas celle d'un consulat. Les lois d'Auguste, *Julia* et *Papia Poppæa,* commencèrent à mettre un frein à ces abus, et, dans la suite, des constitutions impériales réglementèrent le divorce et en déterminèrent les causes possibles. La folie n'entraînait pas la dissolution du mariage; mais le conjoint, sain d'esprit, pouvait demander et faire prononcer le divorce. Le consentement mutuel n'était pas nécessaire pour que le divorce eût lieu. Théodose et Valentinien, en effet, s'étaient contentés d'exiger la libre volonté d'un seul des époux. Justinien voulut toutefois que l'époux sain d'esprit fût condamné aux peines du divorce, c'est-à-dire à la perte de certains droits pécuniaires, lorsque la folie de son conjoint n'était ni dangereuse ni incurable.

Dans l'histoire de notre droit, on peut reconnaître, à l'égard du divorce, quatre époques différentes.

1° L'ancienne jurisprudence proclama l'indissolubilité absolue du mariage, prohiba le divorce et n'autorisa que la séparation.

2° La législation intermédiaire prohiba la séparation et n'autorisa que le divorce. La loi du 20 septembre 1792 permit en France de prononcer le divorce pour cause de démence, de folie ou de fureur. Cette disposition, il faut le reconnaître, appartient bien plus à l'histoire de la politique générale et à la chronique de la tourmente révolutionnaire de la fin du siècle dernier, qu'à l'histoire de la législation civile et des institutions judiciaires de notre pays.

3° Le code Napoléon autorisa en même temps le divorce et le mariage.

4° La loi du 8 mai 1816 abolit le divorce et autorisa la séparation. Jusqu'à nouvel ordre, c'est encore cette loi qui nous régit.

Examinons quel est le but du mariage et quelles sont les obligations fondamentales qu'il impose. La question de la folie se présentera aussitôt d'elle-même.

Le mariage a été institué pour la propagation de l'espèce. Il est une véritable association, basée sur la fidélité et l'assistance réciproques ; il est accepté et respecté par tous les peuples civilisés, et il jouit partout de la plus large protection légale. Relâcher trop facilement les liens du nœud conjugal et introduire dans le Code civil de nombreux motifs de séparation de corps, de divorce ou de nullité matrimoniale, ce serait léser les plus graves intérêts privés et saper les fondements de toute notre organisation sociale. Le mariage fonde les familles, et ce sont les familles qui constituent l'État.

Plus l'un des époux est affligé, et plus il doit trouver chez son conjoint de sollicitude et d'assistance. C'est là le vœu de la loi, et c'est là aussi le cri de la conscience. L'opinion publique a donc raison lorsqu'elle accable de toutes ses duretés le mari qui abandonne sa femme parce qu'elle est défigurée par une brûlure, atteinte d'un cancer du sein ou de l'utérus, ou affectée des plus repoussants désordres physiques. La lâcheté reçoit son châtiment, et c'est justice.

Déjà, en matière de séparation de corps, ce serait méconnaître l'esprit de la loi que de regarder l'impuissance comme un motif de séparation, et d'admettre la femme à se prévaloir de ce moyen, ou de considérer les infirmités les plus répugnantes ou les maladies les plus horribles comme des causes fatales de mésintelligence et de désunion. C'est, au

contraire, dans les plus cruelles épreuves de la vie que l'époux est appelé à remplir, vis-à-vis de son conjoint malheureux, la plus noble des obligations du mariage : l'assistance. Si l'un des époux tombe, l'autre doit lui tendre la main pour le relever. C'est à la fois charitable et moral.

J'admets très-bien que l'on éprouve une sincère commisération pour le conjoint de l'aliéné; mais que devient le caractère même du mariage, — ce *consortium omnis vitæ*, — cette union dans le bonheur, cette assistance promise pour les jours d'épreuve, si l'époux valide peut cesser ses soins au moment même où ils deviennent tout-à-fait indispensables ? Gillet soutint cette même opinion avec une éloquente émotion devant le Tribunat, le 30 ventôse an XI : « Sans doute, dit-il, l'époux dont l'esprit s'aliène n'est plus, sous le rapport de l'une de ses facultés les plus essentielles, le même être que celui avec qui l'union avait été contractée. Mais, dans cette altération cruelle, il n'y a rien de son fait ni de sa volonté, et l'on ne peut pas dire de lui qu'il a rompu le contrat. Quand il garde sa foi, pourquoi donc celle de son associé serait-elle dégagée? Où serait alors la sublimité des devoirs du mariage ? »

Raisonnons un peu. La folie n'est point la mort morale. Pendant les treize années que j'ai passées à Bicêtre, il m'est maintes fois arrivé de guérir et de faire sortir des malades ayant séjourné plus de deux ans dans mes salles. Certains délires sont très-rebelles et se prolongent même beaucoup, sans qu'il soit cliniquement possible au médecin d'affirmer l'incurabilité d'une manière certaine. Un doute subsiste sur l'issue de la maladie, même dans des cas en apparence très-défavorables. J'ai entrepris, sans aucune espérance possible, le traitement d'aliénés qui n'avaient jamais été soumis à une thérapeutique rationnelle, sagace et persévérante, et, à mon très-grand étonnement, je suis quelquefois parvenu à des résultats tout-à-fait inattendus. La thérapeutique appliquée à un certain nombre de formes de l'aliénation est fertile en surprises heureuses. Les médecins, trop tôt découragés, ne luttent pas assez ou ne tentent pas toujours des moyens suffisants. Pour n'avoir presque rien obtenu, il faut n'avoir presque rien cherché.

Les familles se découragent à leur tour, et la prétendue incurabilité de la folie, au bout de deux ans, devient l'une des plus vives préoccupations de nos législateurs. Erreur ne doit pas faire compte.

En face d'un époux ayant passé deux ans sous la bannière de l'aliénation, et soupçonné d'incurabilité, quel est donc le médecin qui oserait signer un certificat tendant à rompre le mariage de ce malade, à faire prononcer le divorce et à autoriser le convol légal de son conjoint ? Mais, si l'aliéné divorcé venait tardivement à se rétablir, à qui devrait-il donc s'adresser pour récupérer tous ses droits ? Dans l'espèce, qui est-ce qui devrait supporter la responsabilité de pareilles aventures ?

Le fou n'agite pas sans cesse les grelots de son délire. Se représente-t-on ce malheureux songeant, pendant les armistices pathologiques, à ses enfants, à son conjoint divorcé et remarié, et aux enfants nouvellement nés de ce dernier ?

Les fautes peuvent bénéficier du pardon, les délits de la grâce, les crimes de l'amnistie; et le malheur le plus immérité n'aurait pas seulement quelque droit au respect ?

La paralysie générale, j'en conviens, est une affection incurable. Sa durée totale oscillant entre trois et cinq ans, serait-ce bien la peine d'entamer la procédure du divorce ? La mort ne se produirait-elle pas souvent pendant le cours des débats ?

L'épilepsie a cessé d'être incurable, et la folie épileptique, si redoutable et si dangereuse, n'existe plus. Seulement, pour en arriver là, il faut se donner quelque peine. L'épileptique est comme l'aliéné dont je parlais, il n'y a qu'un instant : il s'améliore d'autant mieux que l'on s'occupe de lui avec plus de vigilance et de dévouement. Tout malade abandonné sans traitement, dans la cour d'un établissement, est un stagiaire obligé de l'incurabilité, une non-valeur cérébrale en expectative et un hôte en train de se façonner, malgré lui, aux amertumes de la séquestration perpétuelle. Une médication bromurée méthodique, très-surveillée et extrêmement prolongée, a raison aujourd'hui des attaques convulsives les plus graves, des hallucinations consécutives les plus effrayantes et des impulsions homicides les plus soudaines. Quant à la camisole, on ne l'aperçoit plus que très-rarement ou plus du tout.

On peut voir en ce moment dans mon service, à la Salpêtrière, cent soixante-dix-huit épileptiques bromurées. Elles sont calmes, lucides, laborieuses ; elles travaillent à l'atelier, gagnent quelque argent, reçoivent, les jeudis et les dimanches, les visites de leurs parents, sortent en permission dans la ville et obtiennent même l'autorisation de coucher, plusieurs fois par an, chez leurs mères ou chez leurs maris. Or toutes ces épileptiques sont entrées comme *épileptiques aliénées*.

Mon service est ouvert à quiconque se présente. Jamais je n'ai refusé à un seul visiteur de communiquer immédiatement avec la malade demandée. Nous sommes en 1882 : le contrôle du public succède au mystère, le grand jour remplace les ténèbres. Les maladies cérébrales sont aussi accessibles à tous que les maladies pulmonaires, cardiaques ou hépatiques. Les appréhensions des familles, au sujet des visites à faire aux aliénés, et les prétextes intentionnels mis habilement en circulation pour ajourner sans cesse ces visites, ne figurent plus maintenant que parmi les singularités historiques. La mise en scène a vécu, et l'on joue honnêtement cartes sur table. Or, grâce à un personnel très-exercé de sous-surveillantes et d'infirmières, aucun abus n'a encore été relevé.

L'épilepsie, devenue relativement curable, ne saurait donc être une cause de divorce.

Un évêque de Spire édicta, en 1757, des peines sévères contre tous ceux qui favoriseraient le mariage des épileptiques. Cette mesure pouvait être une flagrante violation de la liberté individuelle, mais il faut convenir qu'elle témoignait d'un profond respect pour l'humanité et la morale publique, si fréquemment outragées par de déplorables alliances. Il existe actuellement à l'étranger des lois qui admettent l'épilepsie comme une cause de rupture du mariage, et les textes législatifs danois, par exemple, considèrent comme rescindable pour fraude et pour dol l'hymen conclu dans de telles conditions : il y a erreur sur la personne. En France, nos codes sont muets, et l'indissolubilité du lien conjugal ressort tellement de tous les articles de la législation en vigueur qu'aucune demande en nullité de mariage basée sur l'épilepsie ne saurait être introduite. Cette omission est évidemment intentionnelle. Plusieurs auteurs, et M. Calmeil entre autres, pensent qu'il existe des infirmités dont la loi devrait entraver la propagation par voie générative, et ils déplorent que l'autorité n'intervienne pas, afin de couper court à des projets de mariage dont l'ac-

complissement est appelé à des résultats si fâcheusement aléatoires. Mais ce n'est là qu'une opinion.

Veut-on savoir, à propos de la folie et du divorce, ce qui a été édicté par diverses législations européennes?

En Angleterre, le divorce n'est admis que pour adultère. Une maladie grave et susceptible de conduire celui qui en est atteint à des violences dangereuses, — la folie ou le *delirium tremens,* par exemple, — est un motif suffisant de séparation, mais il est parfaitement entendu que l'état mental du conjoint malade doit être tel que toute cohabitation avec lui puisse être réputée périlleuse.

En Autriche, la séparation de corps peut être prononcée pour vices corporels invétérés et susceptibles de contagion, sans qu'il soit nécessaire que le mal provienne de la faute du conjoint qui en est affecté. Or il paraîtra évident à tout le monde que le législateur autrichien ne s'est pas fait une idée suffisamment élevée du devoir d'assistance des époux.

L'état de folie d'un des époux permet à l'autre de demander le divorce en Suisse, en Saxe, dans le grand-duché de Bade et en Prusse. L'aliénation doit avoir duré trois ans et être déclarée incurable. Les codes de Berne, de Zurich, d'Argovie et de Soleure, assimilent même à la folie tout cas de maladie incurable, contagieuse ou héréditaire.

Les lois françaises, inspirées par la doctrine de la perpétuité naturelle du mariage, ne peuvent pas, sous peine d'inconséquence, admettre le divorce pour cause de mal incurable. Dans notre chevaleresque et généreux pays, l'obligation d'assistance survit à la séparation de corps. Pourquoi deviendrions-nous moins bons ?

Non, l'époux bien portant ne peut pas se faire relever du droit d'assistance, lorsque son conjoint est affligé par une maladie sans remède et que l'assistance lui est plus que jamais nécessaire. Les époux se choisissent et se prennent l'un l'autre pour les jours de santé et pour les jours de maladie. Plaisirs, joies, peines ou douleurs, tout doit leur rester commun. La médaille a une effigie et un revers ; elle est acceptée sans conditions.

Réjouissons-nous. La commission parlementaire du divorce s'est livrée à une discussion très-approfondie, et l'amendement de M. Louis Guillot a été repoussé. Le cœur humain ne sera pas calomnié, et la législation française n'aura point à enregistrer une cruauté.

HOPITAL DE LA CLINIQUE. — M. Depaul.

Douches vaginales à large courant, éponge préparée, rupture artificielle des membranes chez une femme enceinte de huit mois ; accouchement d'un enfant vivant.

Le fait dont je vais vous entretenir aujourd'hui n'appartient pas à la pratique hospitalière, mais à celle de la ville, et l'intérêt qu'il présente m'a paru assez considérable pour devoir vous en entretenir. Ce fait est absolument récent, et ses dernières péripéties datent de cette nuit même.

Il s'agit d'une femme du monde, qui en était arrivée à sa troisième grossesse laquelle était parvenue à huit mois et une semaine environ, cette nuit, lorsqu'elle est accouchée, atteinte d'un rétrécissement du bassin tel que celui-ci présentait un diamètre antéro-postérieur de 8 cent. 1/2 à 8 cent. 3/4. J'avais été appelé par un confrère, médecin ordinaire de la maison, qui préférait en pareil cas me confier sa cliente, d'autant plus qu'il serait nécessaire de pratiquer un accouchement prématuré artificiel.

Pour le succès de tout accouchement de ce genre, il importe beaucoup que l'enfant se présente par la tête, car cela simplifie notablement les choses. Mais il n'en était pas ainsi chez cette jeune femme tout d'abord, et de plus l'enfant avait une très-grande mobilité dans ses membranes, dont le liquide paraissait être en quantité relativement considérable. Par des manœuvres fréquemment répétées à travers les parois abdominales, je m'exerçai pendant huit jours à obtenir une bonne présentation de l'enfant la tête en bas, et, lorsque j'y fus parvenu, je m'efforçai de l'y maintenir au moyen d'un bandage en T appliqué sur le ventre de la femme, en y ajoutant de chaque côté un fort tampon de ouate, de forme allongée, bombé au milieu et mince à la périphérie, pour rétrécir le diamètre vertical dans lequel l'enfant se mouvait avec une trop grande facilité.

Tant que ce petit appareil était en place, l'enfant restait dans la position que je lui avais assignée ; mais, dès que je retirais les tampons, immédiatement il reprenait sa mobilité primitive.

Enfin, après avoir décidé avec mon confrère qu'il était temps d'intervenir, je me rendis chez ma cliente samedi dernier, emportant les morceaux d'éponge préparée destinés à commencer les premières manœuvres de l'accouchement prématuré artificiel. Je préférai d'autant plus ce procédé qu'à la suite de ses deux premiers accouchements le col avait été assez profondément déchiré.

J'introduisis donc, séance tenante, au moyen du spéculum, d'abord une première éponge de la grosseur du doigt indicateur, et la poussai jusque vers l'orifice interne du col, puis une seconde éponge destinée à maintenir la première en place.

Un quart d'heure ne s'était pas écoulé que les premières douleurs survenaient dans les reins et dans le bas du ventre ; nous avions une bonne présentation occipito-iliaque gauche antérieure, le dos était tourné en avant et à gauche, la tête en bas. Les douleurs se dessinèrent de plus en plus pendant une partie de la nuit et toute la matinée du lendemain. A midi, j'avais de nouveau rendez-vous avec mon confrère, et, pendant le cours de cette visite, je pus m'assurer que les éponges étaient restées convenablement en place. La première était devenue énorme et formait comme un gros bouchon dans la cavité du col. Celui-ci était, par suite, extrêmement dilaté.

Comme il peut être dangereux de laisser trop longtemps pareille éponge dans l'utérus, où bientôt elle acquiert une odeur plus ou moins forte et peut donner lieu à des phénomènes plus ou moins graves de septicémie, — j'ai eu plus d'une fois l'occasion de le constater, — je retirai ladite éponge. Peu de temps après, toute contraction utérine s'arrêtait, et la femme, fatiguée par des douleurs qui n'avaient pas cessé depuis la veille au soir, s'endormait bientôt. Je la revis dans la soirée, les douleurs n'avaient pas reparu. De plus, en pratiquant le toucher, je constatai que le col, précédemment si dilaté, était revenu sur lui-même au point que ses bords se touchaient. Néanmoins il restait facilement dilatable.

J'engageai la femme à faire un peu d'exercice dans sa chambre, afin de faciliter le retour des contractions ; mais rien ne revint encore, et toute la nuit du dimanche au lundi elle dormit d'un très-bon sommeil. Lundi, après lui avoir fait prendre un grand bain, les douleurs n'étaient toujours

pas revenues. Je décidai d'avoir recours dans la soirée à un autre moyen, aux douches vaginales selon la méthode de Kiwisch, c'est-à-dire faites au moyen d'un de ces grands irrigateurs, véritables canons Krupp, qui peuvent contenir facilement cinq ou six litres de liquide (de l'eau à 38 degrés centigrades environ).

L'appareil est muni d'un long tube en caoutchouc, dont l'extrémité n'est pas en arrosoir, mais se termine par une canule percée d'un seul trou. La femme étant placée convenablement au bord du lit, de façon que celui-ci ne puisse être souillé par l'eau, on pratique l'injection, laquelle dure environ six minutes.

A peine un premier jet fut-il lancé sur le col, que la femme sentit son ventre se desserrer, en même temps qu'il devenait dur; c'est là un phénomène curieux, à peu près constant, de contractilité utérine, pendant lequel le corps de l'utérus se rétracte et remonte vers le détroit supérieur.

Enfin, hier, le travail ne se déclarant toujours pas, j'ai fait dans la journée trois nouvelles injections, l'une à sept heures du matin, la seconde à midi, et la troisième à cinq heures et demie du soir. Les mêmes phénomènes se sont reproduits accompagnés chaque fois d'une petite série de douleurs, mais ce fut tout. Ce que voyant, j'ai fait prévenir le médecin de la maison que je viendrais à neuf heures et demie. Dès mon arrivée, je lui exposai le plan que je comptais suivre, et dont il voulut bien, du reste, me laisser l'absolue direction.

Éponges et douches ayant été insufisantes dans leur action, il devenait nécessaire de les compléter par une nouvelle manœuvre, celle de la rupture prématurée des membranes. Ce n'est pas sans une certaine appréhension que j'y procède, dans le cas de rétrécissement du bassin, car il peut arriver que le cordon ou l'un des membres vienne à s'engager en même temps que la tête. Ici j'avais quelque peur de voir les membres s'engager, d'après les mouvements de l'enfant. Il n'en a rien été heureusement, et j'ai profité du moment où la tête seule me paraissait engagée pour aller gratter les membranes et les rompre. J'ai eu quelque difficulté à y parvenir, par cela même qu'elles étaient comme collées sur la tête. Néanmoins la rupture s'est faite et a donné issue à un litre et demi de liquide amniotique.

La tête est venue s'appliquer davantage contre le détroit supérieur; pourtant je laissai encore en place, pendant deux heures, mes deux tampons de ouate. A minuit, les douleurs s'accentuant assez fortement, et la tête restant bien placée, je retirai mon bandage; la tête s'engagea davantage; à une heure du matin, elle était dans la cavité pelvienne. Cependant la contractilité de l'utérus restait assez faible; aussi, le travail marchant lentement, je dus songer à faire une application de forceps, d'autant plus que j'avais constaté chez cette femme, bien qu'elle fût encore jeune, l'existence d'une petite affection valvulaire du cœur.

J'attendis encore néanmoins quelques instants, pendant lesquels j'eus recours à un de ces petits procédés que connaissent bien les sages-femmes, c'est-à-dire au toucher vaginal, le doigt pressant un peu sur le périnée, ce qui donne constamment à la femme un besoin de pousser et lui fait, pour ainsi dire, l'effet d'un suppositoire. Presque aussitôt la tête s'avançant apparaissait à la vulve et l'enfant venait au monde, un peu pâlot. J'attendis quelques instants qu'il fût convenablement revenu à lui pour couper le cordon; je délivrai ensuite la femme, et lui administrai un gramme de seigle ergoté en deux paquets à cause du peu d'énergie de la matrice et des craintes d'hémorrhagie qu'elle entraîne, par suite, avec elle.

Enfin, ce matin, je l'ai quittée à deux heures et demie, heureuse d'avoir un enfant pesant bien près de six livres, venu, comme je vous le disais en commençant, à huit mois et une semaine.

J'ai tenu à vous raconter cette observation, en raison des petits détails que nécessite souvent, dans certains cas, l'avortement prématuré artificiel, et pour vous prouver une fois de plus que l'obstétrique est une science sérieuse qui a des règles précises, grâce auxquelles on peut arriver à des résultats heureux dans les cas même souvent les plus difficiles.

ENDOCARDITE DIABÉTIQUE (1)

Par M. le docteur Lecorché.

Les inflammations multiples qui se manifestent si souvent dans le cours du diabète ne laissent aucun doute sur la tendance qu'a cette affection à produire, chez les individus qui en sont atteints, un état diathésique inflammatoire. Mais ces inflammations ne se localisent pas seulement à la peau, au tube digestif, aux reins ou aux poumons : elles peuvent intéresser d'autres organes. Récemment, nous avons signalé à l'Académie de médecine (2), comme une complication assez fréquente du diabète, la cirrhose atrophique du foie. Aujourd'hui nous voulons attirer l'attention sur l'*endocardite*.

L'endocardite diabétique, que nous avons observée plusieurs fois, paraît se montrer plus souvent chez la femme que chez l'homme (huit fois sur quatorze). Nous ne l'avons rencontrée qu'à l'état chronique, et seulement dans les cas de diabète à forme subaiguë ou chronique.

Elle n'apparaît qu'à une époque avancée de cette maladie, deux ou trois ans et même plus après son début. C'est moins l'intensité de la glycosurie que sa longue durée qui semble en favoriser l'apparition.

Elle se localise au niveau de l'orifice mitral. Nous ne l'avons vue qu'une seule fois siéger au niveau de l'orifice aortique.

Elle traduit son existence par un bruit de souffle au premier temps et à la pointe du cœur, par l'irrégularité et l'intermittence du pouls.

Elle s'accompagne parfois de dégénérescence athéromateuse des artères (deux fois sur quatorze).

Elle précipite la marche du diabète et entraîne souvent la mort, soit en provoquant un œdème plus ou moins généralisé de l'ascite, soit en se compliquant elle-même d'hépatite aiguë.

Elle paraît être due à l'irritation que produit sur la membrane interne du cœur le contact prolongé d'un sang altéré par la présence du sucre en excès.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 3 mars 1882. — Présidence de M. Paul Bert.

COMMUNICATIONS

M. DUMONTPALLIER, en son nom et au nom de M. Magnin, fait une communication sur les conditions qui mettent en évidence le phénomène désigné sous le nom de surexcitabilité neuromusculaire dans les différentes périodes de l'hypnotisme.

En résumé, dit-il, on pourra toujours, dans les trois périodes franches de l'hypnotisme, déterminer les phénomènes dits de sur-

(1) Note présentée à l'Académie des sciences dans sa séance du 6 mars 1882.

(2) Voir *Gazette des Hôpitaux*, année 1881, page 1197.

excitabilité neuro-musculaire en portant une excitation, faible en général, sur la zone cutanée correspondant au muscle, au groupe de muscles ou au nerf animant les muscles que l'on veut mettre en action. Le mode d'excitation seul variera suivant les différentes périodes du sommeil provoqué et aussi suivant les différents sujets. Ces variations seront en rapport avec le mode ou les modes particuliers de sensibilité cutanée chez le sujet en expérience, dans une période déterminée.

L'action produite sera toujours la même. On aura ainsi l'avantage, dans les trois phases de l'hypnotisme, d'être à l'abri de toute simulation de la part du sujet en expérience.

M. JAVAL donne lecture d'un procès-verbal signé par MM. Dumontpallier, Pouchet et Javal, dans lequel sont relatées plusieurs des expériences antérieurement signalées par M. Dumontpallier et qui ont été reproduites en présence de ces messieurs.

M. POUCHET explique de la façon suivante les faits dont il a été témoin : Toute sensation, dit-il, est transmise mécaniquement au centre perceptif. Il peut se passer un dédoublement dans cette transmission fatale au centre perceptif, de telle sorte que la malade a la notion de ce qui se passe autour d'elle et répond par des actes voulus. C'est de la simulation involontaire. La malade, éveillée, ne se souviendra de rien.

M. JAVAL fait observer que les phénomènes de contracture et de décontracture se produisent très-nettement en dehors du moment où on agit dans le but de les produire.

M. DUMONTPALLIER a annoncé et croit avoir prouvé que l'action du regard est directe.

Métallothérapie. — M. BURQ fait une communication ayant pour titre : « Les surprises de la métallothérapie ; histoire curieuse de trois mille disques d'acier ; enseignements qui en résultent au point de vue de la théorie de *the expectant attention* des Anglais en métalloscopie et de l'action comparée des métaux et des aimants. Un mot sur la suggestion dans l'hypnotisme. » (Voy. *Gazette des hôpitaux*, août et septembre 1878.)

L'observation sommaire que nous venons de rapporter, dit en terminant M. Burq, comporte plusieurs enseignements, dont deux surtout que nous ne saurions ne pas faire remarquer.

Le premier, c'est une réponse péremptoire, ce nous semble, aux partisans attardés, s'il en existe encore après les réfutations de Schiff, de Westphal, d'Eulenberg, Seppili, Tuke, Thomson, Jordani, etc., de cette doctrine qui a pris naissance en Angleterre, savoir : que les faits métalloscopiques ressortissaient uniquement à ce que le docteur Carpenter a appelé *the expectant attention*, c'est-à-dire n'étaient dus qu'à l'imagination des malades.

Le deuxième, c'est un argument non moins topique à l'adresse des ennemis que la métallothérapie compte encore, mais surtout à celle de certains de ses partisans qui se sont mis tout à coup, en plein succès, à la délaisser ostensiblement, affectant de ne plus prononcer que le nom de sa fille aînée, la métalloscopie, « si tant est qu'elle existe par elle-même », ont-ils encore le soin d'ajouter, et qui, pendant qu'ils continuaient à appliquer les doctrines æsthésiogènes et dynamogènes qui lui servent de base, se sont efforcés d'en détourner les regards au profit exclusif des aimants d'abord, puis de l'électricité statique, du diapason, du tam-tam, etc., etc., que le burquisme avait ressuscités ou qui en sont nés, que ses amis d'hier nous permettent de le leur rappeler.

Mais il y a là une double question trop importante, et celle de l'hypnotisme, sur laquelle nous aurons à notre tour à nous expliquer bientôt, s'y trouve mêlée trop intimement ; d'autre part, certains faits, dont un surtout qui s'est produit au sein de la Société de biologie, la veille même du jour où allait paraître, à l'*Officiel*, un acte de justice suprême envers l'inventeur de la métalloscopie et de la métallothérapie, nous ont trop ému pour nous contenter de traiter incidemment d'un semblable sujet, alors même que nous pourrions le faire sans abuser de la faveur qui nous est accordée par la Société. Nous y reviendrons dans une autre séance. Pour aujourd'hui, nous nous bornerons à compléter cette première communication par une présentation d'échantillons des disques divers qui ont servi à M. Escoffier. A leur aspect, il ne sera point difficile de se rendre compte pourquoi les uns, les premiers et les derniers, polis de manière à bien mettre le métal à nu, ont été si efficaces, et pourquoi les autres, au contraire, n'ont eu qu'un effet nul ou insuffisant.

On comprendra également pourquoi, quand il s'agit de métallothérapie externe, nous ne manquons jamais de recommander aux malades d'avoir bien soin d'enlever des armatures oxydes et sels, qui s'y forment d'autant plus vite qu'elles agissent mieux.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 mars 1882. — Présidence de M. DUJARDIN-BEAUMETZ.

COMMUNICATIONS

Purpura. — M. DU CAZAL communique l'observation d'une jeune fille de seize ans, atteinte de phthisie pulmonaire, qui porte sur les membres supérieurs et sur les membres inférieurs des taches violacées. Depuis trois mois, tous les soirs, ces taches deviennent écarlates et s'accompagnent d'un gonflement douloureux des articulations des mains, des genoux et des pieds. Ces accidents, qui surviennent vers six ou sept heures du soir, s'amendent vers onze heures et finissent par disparaître en laissant seulement après eux un peu de fatigue. Tous les traitements employés sont restés sans résultat. L'ergot de seigle, le sulfate de quinine, le salicylate de soude, n'ont rien produit. Les alcalins et l'arsenic paraissent cependant enrayer ces accidents. Depuis ce temps, la dyspnée, qui existait auparavant et qui avait complètement disparu, apparaît de nouveau.

Pleurésie, thoracentèse. — M. DEBOVE rapporte l'observation suivante : Un vieillard, très-faible, atteint d'une hémiplégie gauche, est pris de fièvre. L'auscultation révèle chez lui l'existence d'un épanchement pleurétique. La dyspnée étant très-marquée, M. Debove pratique la ponction avec le trocart aspirateur et retire 1 litre de liquide clair. Immédiatement après la ponction, aucun accident. Le surlendemain, survient de la fièvre, un frisson, qui fait aussitôt penser à une modification purulente de l'épanchement. Il y a des gaz qui font croire également à un pneumothorax. Une nouvelle ponction donne issue à un liquide d'une horrible fétidité. Ce liquide, examiné au microscope, contient un très-grand nombre d'organismes inférieurs. Le malade meurt le lendemain. A l'autopsie, on trouve du liquide et des gaz dans la plèvre ; il n'y a pas la moindre perforation pulmonaire. Donc, à la suite d'une thoracentèse, production d'un épanchement liquide et gazeux, d'un hydro-pneumothorax. Pas de perforation pulmonaire pour expliquer la production des gaz. Ceux-ci étaient donc le résultat d'une fermentation. C'était probablement le trocart qui avait apporté un germe dans cette plèvre. Cependant M. Debove avait eu soin de le flamber avant de s'en servir. Il importe donc de se servir d'instruments d'une parfaite propreté. Le flambage lui-même ne suffit pas pour assurer l'immunité de ces instruments ; il faut, pour que tous les germes qu'ils peuvent contenir soient détruits, que ces instruments soient chauffés à une température de 120 à 130 degrés. M. Debove a fait construire par M. Mathieu un appareil-étuve destiné à obtenir facilement cette température et à purifier ainsi l'appareil aspirateur tout entier.

Herpès phlycténoïde. — M. HALLOPEAU communique, en son nom et au nom de M. Tuffier, une note sur un cas d'herpès facial, phlycténoïde, avec gangrène des muqueuses buccale et pharyngée ayant entraîné la mort du malade.

Il s'agit d'une jeune femme de vingt ans, accouchée depuis un an, nourrissant encore son enfant, qui, il y a trois semaines, sans malaise général, vit apparaître deux bulles sur la partie moyenne de la joue droite ; deux jours après, des boutons semblables se manifestent sur la joue gauche, puis des poussées successives ont lieu sur les ailes du nez et les parties voisines. Huit jours après, il

se produit une gêne de la déglutition, un nasonnement de la voix. Ces phénomènes vont en augmentant; elle est pâle, abattue, parle difficilement. Ses lèvres sont boursouflées et renversées en dehors; les gencives sont tuméfiées. Toute la muqueuse buccale est altérée; le caractère fuligineux de cette altération s'accentue de jour en jour, l'haleine prend une odeur fétide. Les ganglions sont engorgés. La salivation est abondante. L'état général va toujours s'aggravant; il survient de l'albuminurie, de la diarrhée; la température s'élève à 40 degrés, et la malade succombe environ un mois après le début des accidents.

A l'autopsie, on constate que les plaques de sphacèle occupent toute l'épaisseur de la muqueuse; son tissu, ramolli, d'une coloration brunâtre, exhale une odeur caractéristique. Sur la partie inférieure du pharynx, on voit de nombreuses ulcérations. Leur forme rappelle celle des bulles d'herpès.

Dans ce cas, l'apparition de l'herpès a précédé de huit jours celle des manifestations muqueuses; on peut donc considérer cette éruption comme symptomatique de l'affection buccale et pharyngée.

L'histoire de cette malade peut donc être résumée dans les termes suivants : Apparition, dans le cours d'un allaitement, de poussées successives d'herpès phlycténoïde, production de vésicules et de bulles de même nature dans la bouche et dans le pharynx, stomatite, amygdalite, gangrène pharyngée et buccale, engorgement ganglionnaire, réaction fébrile intense, signes d'infection générale, mort.

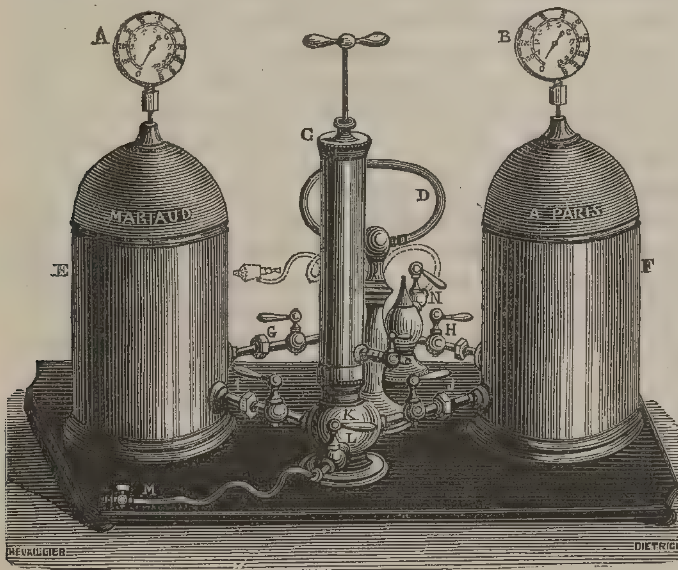
La séance est levée.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

Pneumo-incluseur du Dr Servajan.

M. Servajan, médecin-inspecteur des eaux minérales de Saint-Alban, a présenté à l'Académie de médecine, dans sa dernière séance, un appareil à injecter l'acide carbonique, auquel il a donné le nom de pneumo-incluseur.

Construit avec une grande précision par M. Mariaud, cet appareil permet de donner à volonté dans l'utérus, la vessie, le tube digestif, les poumons, l'oreille interne, etc., des injections de gaz acide carbonique à l'état de pureté, mélangé d'air atmosphérique ou de tout autre agent gazeux. Sous une pression graduée jusqu'à



10 atmosphères, il peut emmagasiner jusqu'à 2,000 grammes d'acide carbonique, le poids de ce gaz étant de 1,98 p. 100 par litre, soit plus d'un mètre cube.

Le pneumo-incluseur se compose :

1° De deux réservoirs cylindriques E F terminés à la partie supérieure en forme de coupole et fixés solidement par la base à un socle. Ils peuvent indifféremment contenir, l'un, le gaz acide carbonique, l'autre, l'air atmosphérique, ou le gaz mélangé, ou, encore, tous les deux le même fluide.

A la partie supérieure de chaque cylindre est adapté un manomètre métallique A B indiquant le nombre d'atmosphères de pression, la quantité de gaz et la proportion dans laquelle s'opère le mélange.

Quatre tubes métalliques, munis chacun d'un robinet G H *i j*, relient les cylindres entre eux pour permettre le mélange des gaz ou l'introduction du même gaz dans les deux réservoirs;

2° D'une pompe aspirante et foulante C, portant à sa partie inférieure sur deux plans différents deux robinets à soupape pour la prise du gaz carbonique et l'air atmosphérique;

3° A la partie antéro-inférieure se trouve un robinet de décharge sur le tube duquel se montent les ajutages variés servant à l'introduction du gaz dans les diverses cavités.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Corps de santé militaire. — Sont proposés et classés pour les grades de :

Médecin principal de première classe, 1880 : MM. Mourlon et Mathieu; — 1881 : MM. Müller, Pallé (Joseph-Pierre), Spillmann, Pallé (Jean-Pierre), Boisseau, Mathis et Tarneau.

Médecin principal de deuxième classe. — 1881 : MM. Lévy, Debaussaux, Albert, Delahousse, Peruod, Haro, Molinier, Milon, Massoutié, Dieu et Moussu.

Médecin-major de première classe. — 1880 : MM. Gayada et Nicol; — 1881 : MM. Boppe, Rouget, Boncour, Blaise, Crussard, Lepage, Buez, Bourgeois, Cuq, Laurent, Poignon, Millet, Desmonceaux, Bachelet, Bressy, Geschwind, Demmler et Zoepffel.

Médecin-major de deuxième classe. — 1880 : MM. Linarès et Monnart; — 1881 : MM. Franchet, Favier, Radouan, Cicile, Testeau, Renaut, Maljean, Vernial, Philippi, Viguier, Tournade, Wickersheimer, Choux, Cassedébat, Munier, Sockeel, Burlureaux, Chopinet, Villegente, Calmette et Héricourt.

Pharmacien principal de première classe. — 1881 : M. Marty.

Pharmacien principal de deuxième classe. — 1880 : MM. Warnier et Babeau; — 1881 : MM. Debeaux et Viltard.

Pharmacien-major de première classe. — 1878 : M. Balland; — 1881 : MM. Barillé, Moissonnier, Raby et Masson.

Pharmacien-major de deuxième classe. — 1881 : MM. Périer, Simair, Péré, Gessard et Simon.

— *Collège de France.* — M. de Forcrand (Robert), licencié ès sciences, est nommé préparateur de la chaire de chimie organique, en remplacement de M. Ogier, démissionnaire.

— *Hôpitaux de Lyon.* — M. le docteur Bard est nommé médecin des hôpitaux.

— M. le docteur Boucheron, ancien interne des hôpitaux, vient d'être nommé médecin oculiste des lycées de Paris.

— M. le docteur Theillier (Jules), médecin à Nieppe (Nord), vient de recevoir une médaille d'argent de deuxième classe (15 juillet 1880 — 6 août 1881), pour blessure en travaillant à l'extinction d'un incendie; s'est également dévoué pour arrêter un cheval emporté attelé à une voiture sans conducteur.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. Alibert (de Saint-Estèphe) et Merlin (de Gray).

— M. G. Pouchet, professeur d'anatomie comparée au Muséum d'histoire naturelle, commencera ce cours le jeudi 16 mars 1822, à neuf heures du matin, dans le laboratoire d'anatomie comparée, 55, rue de Buffon, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

— *Faculté des sciences de Paris.* — Les cours du second semestre de l'année 1881-1882 s'ouvriront à la Sorbonne le jeudi 16 mars 1882.

M. le professeur Jamin commencera son cours de physique le samedi 18 mars 1882, à deux heures, et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure. Il traitera de l'acoustique et de l'optique.

M. le professeur Debray ouvrira le cours de chimie le jeudi 16 mars 1882, à une heure, et le continuera les lundis et jeudis suivants, à la même heure. Il traitera des métaux et de leurs principales combinaisons.

M. le professeur Wurtz commencera son cours de chimie organique le vendredi 19 mars 1882, à une heure trois quarts, et le continuera les mercredis et vendredis suivants, à la même heure. Après avoir exposé quelques notions générales sur les fonctions chimiques, il traitera plus spécialement des hydrogènes carbonés, des alcools et acides. Il terminera par l'étude des combinaisons aromatiques.

M. le professeur Milne-Edwards ouvrira le cours de zoologie (anatomie et physiologie comparée), le samedi 18 mars 1882, à trois heures et demie, et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure. Il traitera, cette année, de la constitution des animaux, de leur multiplication et de leur développement.

M. le professeur Duchartre commencera son cours de botanique le vendredi 17 mars 1882, à midi un quart, et le continuera les mercredis et vendredis suivants, à la même heure. Il traitera des classifications, et spécialement de la méthode naturelle et des principales familles de plantes.

M. le professeur Hébert ouvrira son cours de géologie le vendredi 17 mars, à trois heures, et le continuera les mercredis et vendredis suivants, à la même heure. Il continuera d'exposer les caractères des périodes géologiques.

De la mensuration théorique et pratique du diamètre promonto-pubien minimum au point de vue obstétrical et d'un pelvimètre direct à arc tangent au pubis, par le docteur E. Crouzat. In-8°. – Prix : 2 francs. — Paris, A. Delahaye et Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 12533.

43

Eaux minérales de Vals.

Acidules, Gazeuzes, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. HENRY.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre.	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude...	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse.	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces,* essentiellement *digestives* Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux :* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre............... 1.33
Silicate acide
Arséniate »
Phosphate » } sesqui-oxyde de fer } 0.44
Sulfate »
— de chaux..
Chlorure de sodium..
Matières organiques..

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

47

PHTHISIE, AFFECTIONS DES BRONCHES.

Capsules molles de Bourgeaud

à la **CRÉOSOTE VRAIE** du goudron de hêtre et à l'**Huile de foie de morue**. — *Récompense unique à l'Exposit. universelle de Paris*, 1878. Les seules expérimentées et employées dans les Hôpitaux de Paris. — BOURGEAUD, pharm. de 1re cl., fourn. des hôp., 20, r. de Rambuteau, Paris.

CAPSULES contenant 0,02, 0,05 et 0,10 de créosote, la boîte, 4 fr. — VIN et HUILE créosotés conten. 0,20 de créosote par cuillerée, la bouteille, 5 fr.

105

FIÈVRES, ANÉMIE, CHLOROSE
MALADIES NERVEUSES

Vin de Bellini

(*Vin de Palerme au Quinquina et Colombo*) tonique, fortifiant, fébrifuge, contre les affections scrofuleuses et scorbutiques, les fièvres, les névroses, l'anémie, la chlorose, les diarrhées chroniques.

ADH. DETHAN, ph., r. Strasbourg, 10, Paris, et toutes pharmacies de France et de l'étranger. *Bellini*

53

Produits de l'Eucalyptus

par DELPECH et ARDISSON.

Les CAPSULES A L'ESSENCE PURE D'EUCALYPTUS (*Eucalyptol*), l'Alcoolature, le Sirop, le Vin, le Liniment réussissent contre : *Affections du poumon, névralgies, migraines, rhumatisme, pansement et désinfection des plaies.*

La phie DELPECH, rue du Bac, 23, prépare les **Capsules à l'Extrait éthéré de Cubèbe.**

49

Salicol Dusaule

(ACIDE SALICYLIQUE ET MÉTHYLÈNE).

Désinfectant, antiseptique, cicatrisant.

D'une odeur agréable, remplace avantageusement, pour tous les usages, le coaltar et le phénol. le flac. : 2 fr., 97, r. de Rennes, et les pharmacies.

54

Maladies de la peau

Les GRANULES et le SIROP D'HYDROCOTYLE ASIATICA de J. LEPINE, pharmacien en chef de la marine, à Pondichéry, sont, d'après le docteur CAZENAVE, médecin de l'hôpital Saint-Louis, le remède le plus sûr des affections rebelles de la peau : ECZÉMA, PSORIASIS, LICHEN, PRURIGO, DARTRES, etc.

Dépôt général à Paris : Pharm. FOURNIER, 56-rue d'Anjou Saint-Honoré. — Et pour la vente en gros : pharm. LABÉLONYE, 99, rue d'Aboukir, Paris, se trouvent dans toutes les pharmacies.

119

Sirop DU DOCTEUR Reinvillier

Au Phosphate de chaux gélatineux

Phthisie pulmonaire, bronchite chronique, rachitisme, débilité organique, maladies des os.

Le sirop du docteur Reinvillier, administré quotidiennement aux enfants, facilite la dentition et la croissance. Chez les nourrices et les mères, il rend le lait meilleur et empêche la carie et la perte des dents qui suivent souvent la grossesse.

Huile phosphorée titrée pour frictions.

31

Iode diastasé assimilable

du Dr V. BAUD.

Plus résolutif et plus dépurateur que l'*huile de foie de morue*, l'*Iode diastasé* en granules est indiqué contre la *scrofule, ulcères, tumeurs, maladies osseuses, etc.*

Paris, nos 22, 20 et 19, rue Drouot. *Dr V. Baud*

46

Hématosine *de TABOURIN et LEMAIRE*

FERRUGINEUX PHYSIOLOGIQUE ASSIMILABLE.

L'**Hématosine** est la matière organique la plus riche en fer et, **point capital**, en **fer assimilable.** Elle n'est pas attaquée par le suc gastrique, qui conserve intactes toutes ses propriétés pour les aliments, et elle passe comme une matière inerte de l'estomac dans l'intestin. — Elle se dissout seulement dans l'intestin en présence des sucs alcalins, et elle y est rapidement absorbée. — Arrivée dans le torrent circulatoire, elle se fixe sur les globules sanguins, se transforme immédiatement en hémoglobine et enrichit toute la masse du sang.

Dépôt dans toutes les Pharmacies.

39

Granules antimonio-ferreux et

antimonio-ferreux au Bismuth du docteur PAPILLAUD.

Nouvelle médication contre l'anémie, la chloro-anémie, la chlorose, les névralgies et névroses, les affections scrofuleuses.

Les Granules antimonio-ferreux au Bismuth contre les maladies nerveuses des voies digestives (gastralgies, dyspepsies).

Pharmacie E. MOUSNIER, à Saujon (Charente-Inférieure). A Paris, aux pharmacies : 1, rue des Tournelles; 141, rue Montmartre.

12

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris, contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales pharm.

38

Coton iodé préparé par **J. THOMAS**

pharmacien de 1re classe.

Le Coton iodé est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique, dont on peut graduer les effets à volonté. On a obtenu les plus éclatants dans les hôpitaux de Paris : le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc., ont été guéris, sans lésions de la peau, en un court espace de temps.

48, avenue d'Italie, Paris, et toutes les pharm.

56

Vin du docteur Forestier

TONIQUE RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE

Au Quinquina, Pyrophosphate de fer, Oranges amères et Malaga.

Voir : Traité de Thérapeutique, *Trousseau et Pidoux*. — Commentaires du Codex, *Gubler*.

Paris, ph. BOSREDON, r. des Francs-Bourgeois, 14.

22

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

23

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire; apaise les douleurs des reins et de la vessie; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry MURE, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

7

Les Dragées Carbonel

AU PERCHLORURE DE FER PUR.

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant quatre gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE francs. — Envoi franco par la poste.

Dépôt : à Avignon, pharmacie CARBONEL; à Paris, maison HUGOT.

40

VIANDE ET QUINA.

Vin Aroud au quina

et aux principes solubles de la VIANDE.

MÉDICAMENT ALIMENT d'une supériorité incontestable sur tous les vins de quina et sur tous les toniques et nutritifs connus, renfermant tous les principes solubles des plus riches écorces de quina et de la viande, représentant par 30 gr., 3 gr. de quina et 27 gr. de viande. — Prix : 5 fr.

Se vend chez J. FERRÉ, pharm., 102, *r. Richelieu*, successeur de AROUD, Paris, *et toutes pharm. de France et de l'étranger.*

51

Dragées QUINO-BALSAMIQUES Balmelle

(BAUME DU BRÉSIL ET EXTRAIT DE QUINA)

Préparation **tonique** et **anticatarrhale** prescrite avec le plus grand succès dans les affections aiguës et chroniques de la muqueuse urinaire (*blennorrhagie, blennorrhée, uréthrite, prostatite, cystite, catarrhe vésical, pyélonéphrite*). — DOSE : de 8 à 16 par jour.

PARIS, 41, fg Poissonière, et princip. pharmies.

54

Le phosphate monocalcique

CRISTALLISÉ DE BARBARIN

C'est le phosphate de chaux à son maximum de puissance et de pureté.

Le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.

Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. p. 30.
Vin id, id. à 1 — 60.

Paris, 163, r. de Belleville, et bonnes pharmies.

69

Rubinat,

EAU MINERALE NATURELLE PURGATIVE

Supérieure à toutes les Eaux purgatives allemandes. — Effet rapide, obtenu à tres-petite sans dose irritation intestinale.

46

AFFECTIONS UTÉRINES, CHLOROSE, ANÉMIE, ETC.

Liqueur de Laprade

à l'albuminate de fer

Spécifique de l'irrégularité de la menstruation.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Continuation de la discussion sur le chloroforme. Aux objections, — nous ne voudrions pas dire protestations, bien que le mot ait été employé, — aux objections vives, pressantes, convaincues, que MM. Verneuil, Rochard et Perrin ont opposées dans la dernière séance à la doctrine de M. Gosselin en matière de chloroformisation, sont venues s'ajouter aujourd'hui les oppositions non moins vives et non moins éclatantes de MM. Trélat et Le Fort.

Comme l'avaient déjà fait leurs collègues, MM. Trélat et Le Fort se sont attachés à montrer, par des exemples dont quelques-uns tout récents, combien, en présence de ces cas fortuits d'accidents tout à fait en dehors de toute prévision et de toute probabilité, les préceptes de M. Gosselin, s'ils étaient pris et suivis à la lettre, pourraient entretenir une sécurité trompeuse. Nous ne saurions pressentir encore quelle va être la défense de M. Gosselin contre une opposition aussi unanime et aussi énergique, qui met sa sagesse proverbiale à une aussi rude épreuve. Mais attendons la fin, et bornons-nous jusque-là à notre rôle passif d'auditeur et de rapporteur.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Gosselin.

I. Uréthrite parenchymateuse. — II. Hernie inguino-scrotale. — III. Dermite sous-unguéale.

I. Lorsque nous avons examiné pour la première fois le malade qui est couché au n° 10 de la salle des hommes, trouvant des accidents urineux assez insolites qui offraient quelques difficultés d'interprétation, nous avons formulé un diagnostic de présomption, disant qu'il s'agissait probablement là d'une uréthrite parenchymateuse avec phlegmon diffus péri-uréthral et quelques lésions, rigoureusement indéterminables, au voisinage de la prostate.

Il n'y avait pas alors d'infiltration urinaire appréciable à cause de la tuméfaction considérable du périnée, laquelle est ordinairement précédée d'abcès urineux suite de la perforation de l'urèthre et de l'épanchement de l'urine dans le tissu cellulaire du scrotum. J'ai dit que, si je constatais quelque apparence de suppuration, je pratiquerais une incision. Le lendemain, le gonflement était plus considérable au niveau du scrotum; remontant vers la symphyse pubienne, on percevait un certain empâtement voisin de la suppuration ; j'ai fait deux incisions, de 2 centimètres de longueur environ, sur les points qui me paraissaient les plus empâtés, afin d'amener un débridement et de faciliter le passage des urines. Je n'ai pas trouvé de pus, et, dans la journée, l'urine a pu s'écouler par les deux petites plaies. Il y avait donc là une perforation de l'urèthre sans accumulation de l'urine au périnée.

Depuis hier notre malade est entré dans une nouvelle phase ; l'urine continue bien à sortir par les deux ouvertures que nous avons pratiquées, mais il s'est formé une large eschare du scrotum qui semblerait prouver une infiltration urineuse, insolite en ce sens qu'elle a dû se faire dans la portion spongieuse de l'urèthre avant d'arriver dans le tissu cellulaire du périnée. Je ne doute donc plus aujourd'hui d'une uréthrite parenchymateuse, phlegmoneuse, avec perforation du tissu spongieux et épanchement propagé actuellement au tissu cellulaire.

Ce qu'il y a encore d'intéressant dans cette observation, c'est que, depuis que l'urine a trouvé une issue par les incisions, l'état général s'est amélioré notablement, les frissons que le malade éprouvait dans les premiers jours ont cessé, la fièvre est tombée, la langue est devenue humide. En un mot, l'état, fort grave encore vendredi, s'est amendé et nous donne lieu d'espérer que cet homme pourra s'en tirer avec des fistules urinaires, il est vrai, et dont la curabilité ne nous sera connue que plus tard, lorsqu'il y aura lieu d'y songer.

II. Le second malade dont je veux vous parler est un cas de pratique vulgaire. C'est un homme de cinquante-neuf ans qui a une grosse hernie inguino-scrotale ancienne, à la fois épiploïque et intestinale. La portion intestinale est réductible, mais la partie épiploïque ne l'est pas, en raison des adhérences contractées avec le sac herniaire, adhérences insuffisantes cependant pour boucher complètement l'anneau inguinal et empêcher l'intestin de rentrer.

Un certain nombre de bandages ont été essayés ; mais, aucun d'eux ne parvenant à retenir la hernie, cet homme

s'est décidé à venir à l'hôpital. Cette hernie est-elle absolument incoercible? Dans ce cas, un suspensoir serait le seul appareil qui pût lui convenir. N'est-elle, au contraire, incoercible que par le système de bandages défectueux auquel on a eu recours? Il s'agit alors d'en trouver un qui puisse lui convenir.

Avant de se prononcer, il convient d'essayer une de ces variétés de bandages qui, en comprimant l'épiploon, appuiera suffisamment pour maintenir l'ouverture inguinale fermée et empêcher l'intestin de sortir. Les coliques consécutives au passage de l'intestin dans le sac herniaire sont généralement peu intenses chez notre malade, mais sa hernie a toujours une tendance à augmenter, soit par les efforts physiologiques, soit par les efforts professionnels. De plus, toute hernie qui ne peut être contenue, quand bien même elle n'offre aucun danger d'étranglement, est une gêne continuelle, une véritable infirmité à laquelle nous devons tenter de remédier, dans les limites du possible, par l'application de quelque bandage, un peu insolite peut-être, mais capable de la maintenir.

Les bandages à ressort les plus efficaces sont ceux qui sont munis quelque part d'un système d'articulation et d'un mécanisme permettant de repousser la pelote vers l'anneau et le canal inguinal. Ce sont les bandages à clef. Ils sont de plusieurs variétés, les uns dont la clef est située près de la pelote à sa jonction avec le ressort; les autres dont l'articulation est sur le ressort même et dont la clef est fixe, tandis qu'elle est mobile dans les premiers.

C'est un bandage à clef fixe que je proposerai ici, parce que l'expérience m'a démontré qu'il maintenait mieux que les autres l'intestin dans la cavité abdominale. La pelote en est triangulaire, légèrement excavée; il est de plus muni d'un sous-cuisse cousu au sommet du triangle, afin d'éviter que la pelote puisse remonter, ce qui arrive presque constamment si le sous-cuisse est facultatif; dans ce cas, en effet, les malades plus ou moins soigneux, désireux de se débarrasser de tout ce qui leur paraît un impédiment, s'abstiennent de maintenir en place leur bandage au moyen dudit sous-cuisse dont ils ne comprennent pas la nécessité.

III. Vous m'avez vu faire, il y a quelques instants, au lit d'une malade, une petite opération pour une affection qui reste encore un peu indéterminée. Ce n'est pas un ongle incarné, bien que la malade éprouve d'assez vives douleurs en marchant, lorsque le gros orteil est un peu serré dans sa chaussure, de là une sorte d'impossibilité à marcher autrement qu'avec des chaussons, encore souffre-t-elle même avec ceux-ci.

De quelle nature est donc la lésion dont elle se plaint? Il n'y a pas de fongosités, pas de suppuration, pas d'ongle incarné, je le répète; elle en a, du reste, passé l'âge; elle a actuellement vingt-neuf ans, et cette affection ne se rencontre guère au-delà de dix-huit ou dix-neuf ans. L'ongle du gros orteil du pied droit est bombé, soulevé par quelque chose d'épais, comme une sorte de cal paraissant situé surtout à la partie antérieure entre la face inférieure de l'ongle et la face supérieure de la phalange. Cela ne me semble pas être une exostose sous-unguéale, ordinairement limitée.

La lésion ici paraît être diffuse. Serait-ce quelque psoriasis? mais un seul doigt est atteint, tandis que dans cette affection le soulèvement de l'ongle par une masse épidermique envahit ordinairement plusieurs orteils. De plus, je n'aperçois ni suintement, ni cette coloration blanchâtre qui caractérise les lamelles épidermiques.

J'étais donc dans le doute entre une exostose assez épaisse, diffuse, de la phalange, et un psoriasis à caractères insolites. Cependant, comme il y avait nécessité d'agir, j'ai fait une petite opération, après avoir anesthésié localement la partie malade par le bromure d'éthyle. Ordinairement je préfère un mélange de glace et de sel marin avec lesquels je suis constamment certain d'obtenir une anesthésie, tandis que je ne réussis pas toujours avec le bromure d'éthyle par suite des appareils nécessaires qui ne fonctionnent pas très-régulièrement.

Quoi qu'il en soit, j'ai détaché complètement l'ongle et l'ai enlevé; mais je n'ai pas trouvé au-dessous de lui cet amas de lamelles épidermiques que j'avais pensé rencontrer, s'il s'agissait d'un psoriasis. Je n'ai pas trouvé non plus de tumeur osseuse, donc pas d'exostose. Mais j'ai vu une surface dermique proéminente, un épaississement diffus du derme. J'en ai enlevé la partie antérieure avec la curette tranchante, c'est-à-dire là où le derme présentait une plus grande épaisseur. J'ai gratté aussi un peu la phalangette. Enfin j'ai constaté que l'épaississement du derme se prolongeait également en arrière, bien qu'il y fût un peu moins considérable.

D'après les faits que je viens de vous exposer, nous aurions donc là une sorte de dermite scléreuse, une transformation fibreuse du derme sous-unguéal.

HOPITAL NECKER. — M. Potain.

Paralysie rhumatismale.

Le malade du n° 14 de la salle Saint-Luc est un homme de quarante-sept ans qui avait toujours été très-bien portant jusque dans les quelques jours qui ont précédé son entrée à l'hôpital et qui ne présente aucun antécédent héréditaire ou personnel, aucune prédisposition rhumatismale.

Il y a treize jours, il a été pris brusquement des accidents qui nous l'ont amené dans nos salles. Il travaillait à la construction d'un four de boulanger, soulevant toute la journée des pierres dont le poids exigeait de sa part de grands efforts. De plus, demeurant à une assez grande distance de là, il préférait coucher le soir sur le lieu même de son travail, c'est-à-dire sous un escalier, le corps étendu sur des sacs vides et incessamment soumis à un courant d'air assez fort qui l'incommodait beaucoup. Néanmoins, ce travail devant être d'assez courte durée, il persista à passer ainsi ses premières nuits, lorsqu'il fut pris dans l'épaule gauche d'une douleur très-vive.

Le lendemain, fatigue, courbature générale, engourdissement des extrémités inférieures, puis fourmillements douloureux. Après deux jours de repos, il sort en s'appuyant sur un bâton, mais la faiblesse douloureuse des membres amène trois chutes successives dans la rue.

C'est dans ces conditions qu'il est entré à l'hôpital. A son arrivée, il était sans fièvre, il n'avait que peu ou point de troubles intestinaux; les fonctions générales étaient bonnes; pas de céphalalgie, mais il éprouvait une telle faiblesse qu'on fut obligé de le monter dans la salle.

Aujourd'hui, l'affaiblissement des membres inférieurs est tel qu'il ne peut rester debout, sous peine de tomber aussitôt. Cependant la paralysie est incomplète, car, lorsqu'il

est au lit, il peut lever ses jambes et les maintenir soulevées pendant quelques instants. Ce contraste entre l'impossibilité de rester debout et la facilité de se mouvoir au lit a été souvent constaté.

Bien qu'il n'y ait aucune atrophie des muscles, le dynamomètre indique une diminution notable de la force musculaire tant des membres inférieurs que des supérieurs. C'est ainsi que la main, par exemple, ne presse plus que 8 kilogrammes au lieu de 60, chiffre moyen.

Tous les muscles ont perdu de leur énergie, notamment le deltoïde, qui est tellement affaibli qu'il ne parvient même plus à soulever le bras.

La sensibilité paraît intacte, et le moindre contact est nettement perçu. Le mouvement réflexe, toujours délicat à apprécier, paraît avoir diminué sensiblement. Les mouvements du diaphragme et des muscles du tronc paraissent normaux. Le rachis ne présente aucune déviation, sa sensibilité est normale, sans hyperesthésie ni à la pression ni à une chaleur exagérée. Les viscères ne présentent rien de particulier, leurs fonctions s'accomplissent régulièrement et les urines sont normales.

Nous sommes donc en présence d'une paralysie généralisée des membres supérieurs et inférieurs dont le siège est dans l'axe cérébro-spinal, et, comme nous ne trouvons aucun phénomène cérébral, nous devons, circonscrivant davantage la lésion, la placer dans l'axe myélique. Serait-ce une affection des enveloppes de la moelle? non, car il n'existe pas d'hyperesthésie, pas de réflexe exagéré, pas de douleurs rachidiennes. Reste alors la moelle elle-même, où nous devons chercher l'origine du mal, et spécialement dans ses parties antérieures, qui sont destinées aux mouvements, la sensibilité étant restée absolument intacte.

Mais, dans les parties antérieures de la moelle, nous avons encore les cordons et la masse grise centrale. Or on sait que la myélite aiguë atteint tout d'abord les cordons antérieurs; il se manifeste de la contracture, de la raideur du tronc, de l'opisthotonos, tous les phénomènes que nous ne trouvons pas chez notre malade, dont le tronc est souple ainsi que les membres. Donc absence de toute excitation des cordons.

C'est en serrant ainsi de plus en plus notre diagnostic que nous arrivons à reconnaître une lésion commençante de la masse centrale grise antérieure, dont les phénomènes prédominants sont un affaiblissement musculaire et la diminution de l'excitabilité volontaire, réflexe ou électro-musculaire. Ce dernier symptôme est encore peu marqué; mais il est vrai d'ajouter que nous ne sommes encore qu'au septième jour des accidents; c'est pourquoi également nous ne constatons pas encore d'atrophie musculaire.

Selon toute vraisemblance, ici la lésion est diffuse dans la masse grise centrale intérieure et remonte jusqu'au-dessous du bulbe, sans que celui-ci soit atteint. Ce n'est point un ramollissement, mais une affection à développement progressif, se systématisant dans une certaine mesure, c'est-à-dire ou une myélite ou une congestion de la moelle.

Bien que la différence entre l'inflammation et la congestion soit très-grande, cependant la distinction en est difficile, car il existe entre elles deux de nombreux états intermédiaires et la congestion peut n'être pas autre chose que le premier degré de l'état inflammatoire, comme pour le poumon, lorsque la pneumonie n'évolue que lentement, débutant par des phénomènes congestifs, lesquels précèdent la pneumonie proprement dite.

Notre diagnostic peut donc être ainsi formulé: affection de la moelle, diffuse, très-étendue, paraissant prédominer dans la partie grise antérieure, affection congestive, sans réaction fébrile, c'est-à-dire fluxion de la moelle.

La maladie est née sous l'influence de fatigues exagérées, d'un surmènement d'une partie de l'organisme qui, soumise ensuite à un refroidissement assez intense, a donné lieu à un état congestif et de là, je le crois, à un rhumatisme spinal. Mais ce n'est pas une paraplégie *à frigore* qui affecte toujours une marche rapide, évoluant comme l'hémorrhagie spinale et donnant lieu aux phénomènes les plus graves de la myélite.

Le rhumatisme est dificile à définir, et, de même qu'il atteint les articulations et les viscères, de même il peut frapper l'axe myélique, et le cas actuel ressemble bien plus à une paralysie rhumatismale qu'à une paralysie *à frigore*. Il n'est pas nécessaire que la maladie s'accompagne de manifestations articulaires pour être une affection rhumatismale. C'est ainsi que la péricardite rhumatismale, dans certains cas, débutera d'emblée comme la myélite de même origine.

En résumé, notre malade est atteint d'une affection congestive très-étendue de la moelle, suite d'un refroidissement et d'un surmènement.

Quant au pronostic, il est très-difficile à émettre, la maladie pouvant évoluer de façons très-différentes. Dans certains cas l'affection est très-légère, dans d'autres elle est très-grave; enfin sa gravité peut varier depuis une paralysie très-légère jusqu'au ramollissement de la moelle et à la myélite chronique systématisée. Le pronostic varie donc selon chaque cas en particulier, selon l'étendue de la lésion et la rapidité avec laquelle les accidents se produisent, et chez notre malade il est encore forcément réservé.

Pour traitement, on doit avoir recours aux antiphlogistiques, aux ventouses, aux purgatifs, au calomel, au sulfate de quinine et au salicylate de soude comme dans le rhumatisme.

J'ai donné ce dernier médicament chez notre malade en raison de la nature rhumatismale de la maladie, de la date récente du début et du peu de gravité jusqu'à présent des accidents survenus. Il semble déjà que, sous cette influence, bien que l'administration du salicylate ait commencé seulement hier matin, il semble, dis-je, que l'évolution du mal se soit arrêtée; en tous cas, nous n'avons constaté aucune aggravation depuis vingt-quatre heures.

OSCILLATIONS EXPÉRIMENTALES

DES ÉTATS CATALEPTIQUE ET SOMNAMBULIQUE CHEZ UNE HYSTÉRIQUE,

Par MM. DUMONTPALLIER et MAGNIN.

Un auteur très-autorisé, M. le professeur Charcot, a écrit que chez un sujet, dans l'état somnambulique, il suffit, à l'aide des doigts appliqués sur les paupières, d'exercer une légère compression des globes oculaires pour remplacer l'état somnambulique par l'état léthargique avec surexcitabilité neuro-musculaire. Si, au contraire, continue le même auteur, relevant les paupières, on maintient dans un lieu éclairé l'œil ouvert, l'état cataleptique ne se produit pas. — Certes, ces faits ont été bien observés par M. Charcot; mais, voulant répéter la même expérience chez une de nos malades hystériques, nous avons constaté qu'il était très-facile de faire passer le sujet de l'état cataleptique à l'état somnambulique et réciproquement de l'état somnambulique à l'état

cataleptique. Pour obtenir ce double résultat, il nous a suffi d'exercer une légère pression ou une légère friction sur le vertex de la malade. Voici comment nous avons procédé : l'état cataleptique étant bien constaté, la pression sur le vertex déterminait immédiatement l'état somnambulique. Puis, ce dernier état existant, il nous suffisait d'exercer une nouvelle pression sur le vertex pour produire de nouveau l'état cataleptique. — Nous avons pu, en procédant de cette façon, dans l'espace de quelques minutes, mettre la malade en état somnambulique ou cataleptique, et inversement. Nous pensons donc que, dans certains cas, la même expérience pourra être reproduite par la pression sur le vertex dans les périodes somnambulique et cataleptique de l'hypnotisme chez les hystériques, et cela, en vertu de la loi que nous avons formulée, à savoir que la cause qui fait peut défaire. — La même pression sur le vertex, pouvant faire et défaire l'état somnambulique ou l'état cataleptique, fait passer le sujet de l'état cataleptique à l'état somnambulique, et réciproquement. — Ces dernières expériences nous ont été suggérées par une remarque de notre élève, M. Magnin, qui avait cru constater que, dans nos expériences sur la détermination des zones réflexes motrices du cuir chevelu, il nous était arrivé parfois, chez une de nos malades, de déterminer l'état somnambulique, puis l'état cataleptique, par la pression sur le cuir chevelu.

Peut-être existe-t-il entre l'état cataleptique et l'état somnambulique une relation plus directe qu'on ne l'avait d'abord pensé, ainsi que semblent le démontrer les expériences faites par nous et ci-dessus rapportées et la facilité avec laquelle, suivant M. Charcot, les malades subissent, dans ces deux états, les impulsions automatiques par voie de suggestion ou d'injonction, tandis que dans l'état léthargique, ainsi que chacun a pu le constater, les diverses tentatives que l'on peut faire pour impressionner le sujet par l'intimidation ou la suggestion restent le plus souvent sans effet.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 mars 1882. — Présidence de M. Gavarret.

CORRESPONDANCE

M. le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts transmet l'ampliation du décret par lequel est approuvée l'élection de M. Mesnet, dans la section des associés libres.

M. le ministre de l'intérieur transmet une note de M. Pernolet, ancien député, au sujet des précautions à prendre par les personnes qui soignent les malades atteints d'affections contagieus es et notamment de la diphthérie.

COMMUNICATIONS

De la dégénérescence graisseuse du cœur comme contre-indication du chloroforme. — M. HARDY. Dans la dernière séance, pendant le discours de M. Verneuil, je me suis permis une interruption sur laquelle je me crois obligé de donner une explication. Parlant des contre-indications de l'administration du chloroforme et des circonstances qui peuvent le rendre dangereux, M. Verneuil mentionnait comme une condition défavorable l'état graisseux du cœur, et il ajoutait que, d'après les statistiques des cas de mort, on avait signalé que, dans presque la moitié des cas, le cœur était hypertrophié ou gras, circonstance d'autant plus funeste que ce dernier état, ajoutait-il, est impossible à diagnostiquer dans la plupart des cas.

C'est contre cette dernière proposition que je me suis récrié, et c'est au nom de la clinique que je viens aujourd'hui expliquer ma protestation, en affirmant que la dégénérescence graisseuse du cœur n'est pas une maladie aussi latente que paraît le croire M. Verneuil. Lorsque la dégénérescence cardiaque est assez avancée pour constituer un danger dans le cas d'administration du chloroforme, il est habituellement possible de la reconnaître. La mollesse et surtout la lenteur du pouls, la faiblesse des mouvements et des bruits du cœur, la diminution ou la disparition complète du premier bruit, etc., et la coïncidence avec ces divers signes et d'autres qu'il serait trop long d'énumérer ici, des caractères appartenant à la goutte ou à l'alcoolisme, suffisent pour asseoir le diagnostic.

Paralysie par compression des nerfs. — M. PANAS, à l'occasion de la communication faite dans la dernière séance par M. Vulpian, rappelle la lecture qu'il a faite à l'Académie, en 1871, sur la cause réelle de la paralysie réputée rhumatismale du nerf radial; dans ce travail, il soutenait cette proposition, que, le plus habituellement, pour ne pas dire toujours, la paralysie radiale reconnaît comme cause une compression temporaire du nerf, les paralysies dites *à frigore* ne constituant, par rapport à la fréquence de celles-ci, qu'une rare exception. Il a été heureux de voir que M. Vulpian, qui avait d'abord présenté quelques objections à cette manière de voir, y a été ramené aujourd'hui par le fait dont il vient d'être témoin. Il y a donc accord entre MM. Vulpian et Panas sur cette proposition par laquelle M. Vulpian résumait sa communication de la précédente séance, savoir : que la compression prolongée des nerfs peut produire une paralysie de ces nerfs, caractérisée par une interruption passagère, mais plus ou moins durable, de la transmission des excitations des fibres nerveuses motrices aux faisceaux musculaires, bien que ces deux éléments anatomiques aient conservé leurs propriétés physiologiques.

Contraction tendineuse. — M. J. GUÉRIN, à l'appui des faits qu'il a exposés dans le travail dont il a donné lecture à l'Académie dans la dernière séance, met sous les yeux de ses collègues des dessins représentant divers degrés de transformation tendineuse de portions de muscles qui ont été soumises aux effets de tractions plus ou moins prolongées.

DISCUSSION SUR L'ANESTHÉSIE CHLOROFORMIQUE

M. TRÉLAT. Il y a un mois, le 14 février, à propos d'une communication de M. Regnault sur le chloroforme, M. Gosselin a présenté à l'Académie les considérations qui font aujourd'hui l'objet de la discussion. Ce même jour, 14 février, j'opérais un jeune malade de vingt et un ans pour un adénome du cou. Le malade avait été anesthésié par le chloroforme; on avait cessé les inhalations, je donnais les derniers coups de bistouri pour terminer l'énucléation de la tumeur, tout semblait sur le point d'être terminé, lorsque tout à coup le malade pousse un petit cri, en portant sa main au lieu de l'opération; en même temps l'élève, qui tenait ses doigts sur le pouls de l'opéré, s'écrie : Le pouls devient filiforme. J'envoyai immédiatement chercher une pile que j'ai toujours la précaution de tenir à ma portée, en prévision d'accident. Pas une demi-minute ne s'était écoulée entre ce moment et l'application de la pile que le malade était mort. Un médecin italien qui assistait à l'opération s'offrit à faire la respiration artificielle d'après un procédé d'une très-grande puissance. Cette manœuvre n'eut pas plus d'effet que l'emploi de la pile. Le malade ne put être ramené à la vie. Il y a vraiment des coïncidences bizarres. Ce triste évènement se passait le jour même où M. Gosselin formulait ici à cette tribune cette proposition que le chloroforme ne cause jamais la mort lorsqu'il est bien administré. C'était là une parole grave, d'autant plus grave qu'elle vient de plus haut, qu'elle a été émise par un homme dont nous nous plaisons tous à reconnaître l'autorité et à suivre les avis.

Peut-être M. Gosselin nous dira-t-il qu'il y avait dans le fait que je viens de rapporter quelque contre-indication qui nous aura échappé. On n'administre pas bien le chloroforme, nous a-t-il dit; chaque fois qu'il arrive un accident, c'est qu'on a failli à l'une des règles de l'administration de l'anesthésique ou qu'on a méconnu une contre-indication. C'est ce qui a amené notre collègue à la tribune. C'est contre cette proposition qu'ont déjà protesté M. Léon Labbé, M. Verneuil, M. Rochard, M. Perrin. Je ne puis pas ne pas joindre ma protestation à celle de mes collègues. Non, il n'est pas vrai

que, lorsque des malades succombent au chloroforme, ce soit la faute du chirurgien qui l'a administré.

Lorsque, il y a dix ans, en 1872, M. Gosselin a publié la première édition de son grand ouvrage (*la Clinique de la Charité*), dans un préambule sur l'anesthésie, il disait : « On peut observer par le chloroforme des accidents connus, des accidents prévus ; on peut aussi observer des accidents imprévus ; il y a des contre-indications que nous ne connaissons pas, qui nous échappent. » Telle était, il y a dix ans, sa conclusion sur ce sujet. Je me demande quelle est la conquête, quel est l'évènement survenu depuis pour qu'il se soit fait un aussi grand changement dans le langage de M. Gosselin. Est-ce aux intermittences dans la manière d'administrer le chloroforme que nous devons attribuer ce changement ? Je sais bien qu'il a été fait dans ces derniers temps des découvertes physiologiques très-intéressantes relativement à la progression d'action du chloroforme sur les centres nerveux. Mais ces données scientifiques, si intéressantes qu'elles soient, n'ont eu malheureusement jusqu'à présent que bien peu d'influence sur la pratique. Quand un opéré succombe sous l'influence du chloroforme, faut-il attribuer sa mort à une seule cause ? Non, certes ; il y a des causes diverses catégorisées : tantôt c'est à une syncope, tantôt c'est à une action réflexe sur le bulbe. En outre, ceux qui succombent pendant l'anesthésie ne meurent pas au même moment ; les uns meurent au début, les autres à la fin de l'anesthésie. M. Gosselin dira : On a introduit trop de chloroforme à la fois dans le sang, c'est là la cause de la mort ; mais il y en a qui sont morts après avoir respiré vingt gouttes seulement de chloroforme. Ainsi la cause de la mort, l'époque de la mort, tout varie.

Enfin, il faut aussi tenir compte du choc traumatique qui peut intervenir pendant l'anesthésie ; n'est-ce pas lui qu'il faut invoquer chez le malade dont j'ai parlé et qui, l'anesthésie étant terminée sous l'influence d'un dernier coup de bistouri, tombe en syncope mortelle, exactement comme les chiens chez lesquels M. Vulpian pratique l'excitation du pneumo-gastrique?

On peut conclure de ces faits que, quand on commence à administrer le chloroforme, quelle que soit la méthode employée, quelles que soient les précautions prises, quelles que soient les réserves faites, l'opéré traverse une série de périodes dangereuses ; quoi que vous fassiez, quoi que vous disiez, vous vous trouverez toujours en présence de ces dangers inhérents à l'anesthésie elle-même.

M. Gosselin a cherché à déterminer quelle était la quantité de chloroforme qui pouvait être introduite dans le sang sans danger, ou, mieux, quelle était la dose qu'il ne fallait pas dépasser sous peine d'introduire à la fois une trop grande quantité dans le sang. Les résultats auxquels il est arrivé ne sont que des hypothèses, des probabilités ; il manque de données certaines, précises. Si M. Gosselin se bornait à dire : « Voilà la pratique que j'ai suivie depuis trente ans, et je n'ai jamais eu d'accidents, » ce serait très-bien ; mais, s'appuyant sur sa longue expérience, sur une conviction profonde, sur des recherches très-sérieuses, il institue une méthode et semble la donner comme infaillible ; non, certes, elle n'est pas infaillible ; il faut que nous perfectionnions encore la manière de donner le chloroforme. Quant à moi, j'adopte la manière de voir et la manière de faire de MM. Verneuil et Perrin ; je suis bien convaincu que c'est dans l'étude physiologique que nous trouverons les moyens d'apporter de réels progrès dans l'anesthésie chloroformique ou autre. Si la doctrine de M. Gosselin était admise sans conteste, ce serait jeter les jeunes chirurgiens dans une sécurité des plus dangereuses.

Nous ne sommes plus au temps où le chloroforme avait seulement la propriété de supprimer la douleur pendant les opérations chirurgicales. Sans doute c'était là déjà un immense progrès. Mais bien d'autres applications sont survenues depuis dans la pathologie et la thérapeutique chirurgicales. Combien de diagnostics sont faits aujourd'hui qui étaient impossibles autrefois ! Quel élément précieux de diagnostic nous fournit la résolution musculaire obtenue pendant l'anesthésie chloroformique ! Et la pathologie et la chirurgie des hernies, que n'ont-elles pas gagné avec le chloroforme ! et la luxation, et la chirurgie abdominale, l'ovariotomie, l'hystérectomie ! etc. Cette chirurgie dans laquelle on ouvre le ventre comme une valise, soit pour le débarrasser de tumeurs volumineuses, solides ou liquides, soit pour lever un obstacle au cours des matières dans le tube intestinal, soit pour réséquer une partie plus ou moins longue d'intestin et réunir bout à bout les deux portions séparées ; cette chirurgie, qui a fait tant de progrès et rendu tant de services depuis une quinzaine d'années, eût-elle été possible, eût-elle été créable sans l'anesthésie par le chloroforme ?

L'anesthésie chloroformique est aujourd'hui si bien implantée dans les besoins de la chirurgie que rien ne saurait la détruire. Sans doute, il faut compter les morts, mais il faut aussi compter les survivants et les sauvés ; et, si l'on mettait dans le plateau d'une balance les 250 victimes du chloroforme et dans l'autre ceux dont la maladie, jusqu'ici méconnue, a pu, grâce au chloroforme, être reconnue et traitée, ceux ou celles qui depuis de longues années traînèrent de tristes et pénibles infirmités dont ils sont aujourd'hui débarrassés, tous ceux enfin qui doivent le retour à la santé à une opération quelconque, on verrait des milliers de survivants élever la voix pour la défense du chloroforme, alors que les 150 ou 200 victimes feraient triste figure, s'ils pouvaient tenter de le détruire. Le chloroforme est une puissance et par cela même un danger ; car nous savons que toute force entraîne un danger. C'est à la science, à l'art chirurgical, qu'il appartient de modérer, de moduler, de modifier cette puissance dont il ne saurait plus se passer. Mais il ne faut pas nous dire que cette puissance n'est pas dangereuse, car nier le danger d'une chose dangereuse est plus dangereux que de s'en garer.

Autant que personne je suis pénétré de la grandeur et de la noblesse de notre profession ; nous sommes à la fois juges, justiciers et arbitres ; notre responsabilité est d'autant plus grande qu'elle est sans contrôle ; nous ne relevons que de ces deux choses qui sont en nous-mêmes, la science et la conscience ; dans ces conditions, ce n'est jamais sans émotion que nous portons sur cet autre nous-même l'instrument tranchant, le fer rouge et le chloroforme.

Je reste donc convaincu que nous continuerons à nous servir de l'anesthésie chirurgicale comme et mieux que par le passé ; mais il faut que nous nous en servions avec cette conviction profonde que c'est une puissance et que, comme toute puissance, c'est un danger.

M. LE FORT. En 1848, Sédillot disait que le chloroforme pur et bien administré ne tue jamais. C'était là une parole dangereuse pour l'avenir, et même pour le passé, puisqu'à l'époque où Sédillot tenait ce langage il y avait eu déjà des cas de mort par le chloroforme. M. Gosselin, avec toute son autorité, prononce aujourd'hui ces mêmes paroles en les aggravant, puisqu'il dit que le chloroforme, même légèrement impur, n'a pas d'inconvénients et ne donne pas la mort quand il est bien administré. Sédillot laissait encore une échappatoire aux chirurgiens assez malheureux pour perdre un malade de chloroforme ; M. Gosselin ne laisse même pas cette échappatoire de l'impureté du chloroforme, puisque, selon lui, même impur, il n'a pas d'inconvénients. Dans la statistique des cas de mort par l'anesthésie chloroformique, je ne relève que trois cas dans lesquels on ait pu invoquer l'impureté du chloroforme comme cause de la mort.

La parole de M. Gosselin est dangereuse pour les chirurgiens ; il faut se rappeler qu'en 1863 il y a eu une condamnation d'un chirurgien par arrêt du tribunal pour un cas de mort par le chloroforme. Simpson a employé pendant trente ans le chloroforme avec succès, jusqu'au jour où il a perdu un jeune homme de vingt-deux ans par suite d'une syncope provoquée par l'emploi du chloroforme. Dans les hôpitaux de Londres, pendant une période de vingt-six ans, on a chloroformisé dix-sept mille malades sans avoir un cas de mort ; dans l'espace de six ans, sur sept mille cinq cents opérés, on compte six cas de mort par le chloroforme. Pendant la guerre de sécession, on compte sept morts sur quatre-vingt mille chloroformisations.

J'ai pu relever, dans mes recherches statistiques, jusqu'à ce jour, 250 cas de mort par le chloroforme. Mais il faut tenir compte aussi

des cas dans lesquels le chloroforme a pu être étranger à la cause de la mort. Quelques faits suffisent pour le prouver. Cazenave (de Bordeaux), sur le point de chloroformiser un malade, pour l'habituer lui met devant la bouche une compresse sans une goutte de chloroforme ; à la quatrième inspiration, le malade tombe en syncope et meurt. Simpson va opérer un malade d'une hernie étranglée ; il envoie chercher du chloroforme ; l'aide qui l'apporte laisse tomber le flacon, qui se casse ; plus de chloroforme ; l'opération est pratiquée sans anesthésie, et le malade meurt de syncope. On compte dix-neuf cas dans lesquels les malades sont morts avant d'avoir respiré 2 grammes de chloroforme. Il y a des cas où ils meurent véritablement sidérés par le chloroforme, dès les premières inhalations. M. Gosselin donne 20 grammes comme dose maniable ; dans la plupart des cas de mort, cette dose de 20 grammes n'a pas été atteinte.

Les causes de la mort par le chloroforme sont multiples et variables ; tantôt c'est une syncope, tantôt une contracture, un spasme, une action réflexe du larynx sur le cœur ; la respiration s'arrête, le malade a une syncope et meurt. Il faut tenir compte des impressions morales vives, de l'influence de l'alcoolisme, des cœurs gras, etc. L'alcoolique meurt en se débattant, en pleine période d'agitation de l'anesthésie chloroformique. Il y a aussi la mort par asphyxie. On connaît l'histoire de ce dentiste ruiné, qui s'est suicidé avec sa femme et ses enfants en respirant, lui et les siens, dans une atmosphère chargée de vapeurs chloroformiques. On sait que la chloroformisation est un mode de suicide fréquent en Angleterre. Il y a aussi l'asphyxie déterminée par la rétrocession de la langue pendant l'anesthésie chirurgicale. On le voit, les causes de la mort par le chloroforme sont fréquentes et variées, mais la plus fréquente est la syncope.

J'opérai, un matin, à Beaujon, un jeune homme de vingt-deux ans ; ce malade était à jeun ; je l'endormis moi-même ; il était atteint d'une fissure à l'anus ; je lui fis la dilatation ; il fit un mouvement ; sa face devint pâle, la respiration s'arrêta ; j'étais allé me laver les mains, et, quand je revins auprès de ce malade, il était mort, malgré les efforts qui avaient été faits pour le ranimer. Ce ne peut être qu'à une syncope déterminée par la douleur pendant l'anesthésie qu'a succombé ce malade, car, il faut bien le reconnaître, il y a souvent une douleur très-vive pendant l'anesthésie ; les malades anesthésiés par le chloroforme sont dans l'état de ces hommes ivres sortant d'un banquet qui se réveillent le lendemain au poste sans se rien rappeler de ce qui est arrivé pendant la nuit.

En résumé, il faut admettre qu'il y a des causes multiples de mort dans l'anesthésie par le chloroforme, dont les unes sont dues au malade lui-même, dont les autres sont dues à des circonstances qu'on ne peut apprécier d'avance. Il n'y a pas plus de sécurité avec le procédé de M. Gosselin qu'avec les autres procédés.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1882.

88. M. Cot. Les eaux de Lamalou et l'ataxie locomotrice. — 89. M. Charvy. Essai sur la périostite phlegmoneuse diffuse et de son traitement. — 90. M. Segrestan. Considérations sur la tuberculose aiguë secondaire. — 91. M. Variot. Du rôle pathogénique des lésions viscérales et ganglionnaires de la leucocythémie. — 92. M. Le Gemble. De la fièvre jaune au Sénégal. Épidémie de 1878. — 93. M. Aussourd. De l'élévation de la température dans les néoplasmes et en particulier dans le cancer du foie. — 94. M. Chameroy. Traitement des abcès froids tuberculeux des parties molles, par le drainage et les antiseptiques. — 95. M. Dupont. Traitement de la tuberculose pulmonaire par les inhalations carboniques. — 96. M. Yvon. De l'ankylose de la rotule. — 97. M. Naudet. Des périostoses crâniennes dans la période secondaire de la syphilis. — 98. M. Guignard. Contribution à l'étude des chancres syphilitiques extra-génitaux. — 99. M. Labbé. Étude sur les granulations de Pucchioni, suivie d'une note sur les moyens de communication de la circulation veineuse intra-crânienne avec l'intérieur du crâne. — 100. M. Pannier. Étude sur l'occlusion des paupières chez l'embryon. — 101. M. Raynal. De l'emploi du chlorure de zinc dans le traitement des tumeurs solides. — 102. M. Nunez. Étude sur les vices de conformation de l'urèthre chez la femme. — 103. M. Gauquelin. Étude de la mégaloglossie. — 104. M. Bastard. De la thrombose veineuse dans les tumeurs fibreuses de l'utérus. — 105. M. Battesti. Du staphylôme pellucide et de son traitement. — 106. M. Boussavit. Contribution à l'étude de la cystite des calculeux. — 107. M. Cohadon. Contribution à l'étude de l'albuminurie dans le cours des accidents secondaires de la syphilis.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les candidats inscrits, au nombre de quarante, pour le concours qui doit s'ouvrir le lundi 20 mars 1882, pour la nomination à trois places de médecin au Bureau central sont, par ordre alphabétique :

MM. Ballet, Barié, Barth, Benoit, Béringier, Bourceret, Brault, Brissaud, Buzot, Cadiat, Carrière, Chouppe, de Beurmann, Decaisne, Déjérine, Dreyfus, Eloy, Frémy, Gombault, Hirtz (Edgard), Hirtz (Hippolyte), Jean, Joly, Josias, Lataste, Leduc, Leroux (Charles), Leroux (Henri-Marie), Letulle, Lorey, Lucas-Championnière, Martin, Merklen, Moizard, Muselier, Oulmont, Renault, Robin, Talamon et Tapret.

Le jury, tiré au sort, se composera de MM. les professeurs Fournier, Proust, E. Besnier, X. Gouraud, Tenneson, Archambault, Cadet de Gassicourt, Gérin-Roze et Benjamin Anger.

— Un concours pour deux places de prosecteur s'ouvrira, le jeudi 23 mars 1882, à midi et demi, à la Faculté de médecine de Paris.

MM. les aides d'anatomie sont seuls admis à prendre part à ce concours. Le registre d'inscription est ouvert au secrétariat de dix heures du matin à quatre heures du soir, tous les jours, du lundi 6 au samedi 18 de ce mois inclusivement.

Les prosecteurs nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1882. Leur temps d'exercice expirera le 1er octobre 1886.

— Un concours pour huit places d'aides d'anatomie s'ouvrira le samedi 22 avril 1882, à midi et demi, à la Faculté de médecine de Paris. — Tous les élèves de la Faculté seront admis à prendre part à ce concours. Le registre d'inscription sera ouvert au secrétariat de la Faculté, de dix heures à quatre heures, tous les jours, du samedi 25 mars au lundi 17 avril 1882.

Les aides d'anatomie qui seront nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1882 ; leur temps d'exercice expirera le 1er octobre 1885.

Pour tous les autres renseignements, consulter le règlement soit à la Faculté, soit à l'École pratique.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le docteur Segond, prosecteur, avec le concours de six aides d'anatomie, fera, sous la direction de M. Farabeuf, chef des travaux anatomiques, sa première démonstration d'exercices opératoires, le vendredi 17 mars 1882, à une heure précise, à l'École pratique, pavillon n° 3.

M. le docteur Nélaton, prosecteur, avec le concours de six aides d'anatomie, fera, sous la direction de M. Farabeuf, chef des travaux anatomiques, sa première démonstration d'exercices opératoires le lundi 20 mars 1882, à une heure précise, à l'École pratique, pavillon n° 7.

M. le docteur Ch. Monod, agrégé, commencera son cours complémentaire de pathologie externe le mardi 21 mars, à cinq heures (petit amphithéâtre), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure. — M. Monod traitera des affections chirurgicales de la face, de la bouche et du cou.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

De l'obstétrique en Italie. — Compte-rendu adressé à M. le Ministre de l'Instruction publique par le docteur Gabriel Millot, chargé par le gouvernement d'une mission scientifique. Grand in-8° de 502 pages, avec un tableau statistique. — Prix : 12 francs. — Paris, O. Doin.

De l'épithélium calcifié des glandes sébacées, par le docteur Chenantais, ancien interne des hôpitaux de Nantes. In-8° de 182 pages, avec 4 planches chromolithographiques. — Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

Étude clinique sur les tumeurs des os du crâne et sur l'ostéosarcome en particulier, par le docteur Havage, ancien interne des hôpitaux de Paris. In-8° de 125 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Du climat de Nice et de ses indications et contre-indications en général, par le docteur Baréty. 1 vol. in-8° de 128 pages, avec le plan topographique du bassin de Nice. — Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin.

Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie, compte-rendu du service des épileptiques et des enfants idiots et arriérés de Bicêtre pendant l'année 1880, par MM. Bourneville, médecin de Bicêtre, et d'Olier, interne du service, etc. In-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

De l'épithélioma primitif de la rate, hypertrophie idiopathique de la rate sans leucémie, par le docteur Ernest Gaucher, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris, préparateur des travaux d'histologie à la Faculté de médecine. In-8° de 30 pages avec figures dans le texte. — Prix : 2 francs. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 12542.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

La technique médicale.

Le bon ouvrier ne vaut pas seulement par la connaissance des éléments essentiels de l'œuvre qu'il doit accomplir ; il vaut encore par l'appropriation et par la perfection des instruments qui doivent lui servir à la conduire à bonne fin. La médecine a aussi ses instruments, ses appareils, ses procédés de plus en plus perfectionnés d'examen, d'exploration, ses moyens d'interroger et de faire répondre l'organisme humain à ce qu'il lui importe de connaître pour le ramener des déviations qu'il a pu subir dans la voie de son fonctionnement normal ; elle a, en un mot, sa technique, technique qu'elle a eue toujours, sans doute, depuis ses origines mêmes, mais pendant longtemps bien rudimentaire, et qui a pris de nos jours, grâce aux emprunts quotidiens qu'elle ne cesse de faire aux progrès des sciences physico-chimiques, un développement et des proportions dont il n'est pas possible de prévoir le terme. Ce que l'auscultation et la percussion ont apporté de précision, d'exactitude au diagnostic des affections thoraciques, ce que le spéculum a amené de facilité dans l'exploration et dans le traitement des affections utérines, ce que l'ophthalmoscopie a révélé de nouveau dans la connaissance des affections oculaires, ce que la sphygmographie, la thermométrie, l'électroscopie, ce que la technique chimique tout entière ont apporté d'éléments utiles au diagnostic, au pronostic et à la détermination des indications hygiéniques et thérapeutiques, c'est ce que ne cessent de rappeler et d'inscrire au jour le jour nos feuilles volantes, et c'est ce que des œuvres plus durables, telles que nos grands dictionnaires et de nombreux ouvrages spéciaux, apprendront, au grand honneur de notre époque, aux générations futures.

L'énoncé seul de tous les procédés techniques aujourd'hui en usage ne tiendrait pas moins d'une colonne. Leur description sommaire a fait le sujet d'un livre publié en 1877, dont nous devons la communication à l'obligeance de MM. Baillière : l'*Arsenal du diagnostic médical*, par M. le docteur Maurice Jeannel, médecin aide-major de première classe. Nous y voyons décrits successivement la thermométrie médicale, la pesée, tous les procédés d'exploration des organes respiratoires, l'auscultation avec toutes les variétés connues de stéthoscope, la percussion et la plessimétrie, la mensuration et ses divers procédés, la spirométrie, la pneumographie ; les procédés d'exploration de l'appareil cardio-vasculaire, les cardiographes, les polygraphes, la sphygmographie ; les appareils d'exploration du système nerveux, la cérébroscopie, l'æsthésiométrie, l'acoumétrie, la dynamométrie, la pince myographique ; toute la série des appareils électriques et leurs applications multiples ; la laryngoscopie, la pharyngoscopie et la rhinoscopie ; enfin tous les procédés physico-chimiques si importants de l'uroscopie. A cette énumération si riche et pourtant déjà incomplète, il nous faudrait ajouter aujourd'hui les applications des recherches récentes de MM. Schutzenberger, Quinquaud, Hayem, sur l'hématologie pathologique, la métalloscopie, qui, bien que remontant à un assez grand nombre d'années, n'est définitivement entrée dans la science que depuis peu de temps, l'étude des signes déduits des réflexes tendineux, les applications du téléphone et du microphone à la physiologie et à la clinique, etc. ; nous en omettons encore certainement.

Mais il ne faudrait pas qu'une admiration légitime, sans doute, mais trop exclusive, pour ces inventions et ces procédés qui ont si manifestement étendu, élargi nos connaissances et accru nos ressources médicatrices, nous rendît oublieux et ingrats envers les procédés plus simples et plus naturels à l'aide desquels nos devanciers avaient édifié une séméiologie qui est loin d'avoir perdu aujourd'hui toute sa valeur. N'imitons pas ceux qui, après la découverte de Laennec, considéraient volontiers le stéthoscope comme devant suffire désormais, à lui seul, au diagnostic de toutes les lésions pulmonaires et cardiaques, ni, plus près de nous, ceux qui, dans leur enthousiasme pour le sphygmographe et le thermomètre, faisaient reposer à peu près exclusivement le diagnostic des pyrexies sur les relevés graphiques fournis par ces deux instruments. Il importe, en cela comme en toute autre chose, et plus qu'en beaucoup d'autres choses, puisqu'il s'agit de la vie humaine, de ne pas se laisser entraîner par des engouements irréfléchis et, en bénéficiant des nouveautés, de ne point dédaigner les enseignements du passé.

Tout n'est d'ailleurs pas rigoureusement usuel et pratique dans ces procédés techniques dont nous n'avons pu voir, sans en être émerveillés, les applications dans les cliniques qui en sont abondamment pourvues. Mais que

l'humble praticien qui se rend auprès de ses malades, fût-ce en voiture, se croie obligé de s'y présenter escorté de tout cet arsenal d'instruments et d'appareils explorateurs, ce serait là une prétention assez difficilement réalisable. C'est le plus souvent les mains dans ses poches que le médecin aborde son malade; ses mains, ses yeux, son ouïe et son odorat constituent toute la technique qui est pour le moment à la disposition de son intelligence. C'est de ces procédés les plus simples et les plus naturels, et non toujours les moins parfaits, qu'il doit surtout, dès le début de ses études, avoir appris à se servir.

Telle était l'impression sous laquelle nous sortions un jour de la salle de conférences de la Pitié, où M. Lasègue venait de développer, avec toute sa finesse d'observation, son originalité de forme et sa mimique expressive, les règles de la palpation, nous promettant bien à l'occasion de consigner ici quelques-uns des souvenirs qui nous en étaient restés, lorsque son éditeur voulut bien nous faire remettre deux tout petits volumes in-12 intitulés, l'un : *la Technique de l'auscultation pulmonaire, à l'usage des étudiants en médecine*, par M. Ch. Lasègue; l'autre: *la Technique de la palpation et de la percussion*, par MM. Lasègue et Grancher. (Voir plus loin la Revue bibliographique.)

Dans cette petite trilogie de technique médicale, où nous aurions beaucoup à puiser au profit de nos lecteurs, bien qu'elle n'élève pas sa prétention au-delà de la lecture des étudiants, nous nous bornerons pour aujourd'hui à quelques courtes considérations relatives seulement au procédé de la palpation.

Technique de la palpation. — Envisagée d'une manière générale, la technique de la palpation se compose de deux procédés : la palpation vraie, qui n'a lieu qu'à la condition que l'objet à examiner puisse être saisi entre le pouce et l'index, et qui consiste à multiplier et à faire varier à la fois les points de contact par une série de manœuvres instinctives, de succussions successives ou simultanées de ces deux doigts, jusqu'à ce que la forme de l'objet puisse être affirmée ; la palpation, sans préhension possible, par la seule apposition des doigts, donnant la notion de la surface plutôt que celle de la forme. Rien n'est à négliger dans les préceptes de ce mode d'exploration, où l'instinct de l'observateur le sert d'ailleurs si bien, depuis la position à donner au malade, suivant la nature de la région à explorer et l'ordre de notions cherchées, jusqu'à la posture qu'il doit prendre lui-même, posture familière au chirurgien lorsqu'il va passer en revue les parties du corps d'un blessé : debout, se maintenant, par l'écart des jambes, sur une base solide, libre de ses mouvements peu étendus, mais d'autant plus délicats.

Mais passons à l'examen des principales régions.

La palpation du crâne a pour objet principal l'étude de l'asymétrie crânienne dans ses deux moitiés latérales qui, indépendamment des données utiles qu'elle procure directement, peut permettre jusqu'à un certain point de déduire la configuration probable de la base du crâne dont la constatation directe est impossible et qui importerait cependant d'autant plus qu'elle est beaucoup plus immédiatement en rapport que les parties latérales avec certains états ou certaines aptitudes morbides. Mais cette exploration du crâne implique aussi celle de la face, sans laquelle elle serait tout à fait insuffisante ; elle doit, en outre, s'aider de l'examen visuel dont le contrôle est indispensable et de l'exploration de la cavité buccale et pharyngienne.

Pour l'examen tactile de la région frontale, il importe de se servir simultanément des deux mains, en imitant les procédés de la préhension, de manière à apprécier la différence de saillie des deux côtés.

La région temporale réclame le même manuel opératoire, mais en s'aidant cette fois simultanément de la vue, la constatation étant plus délicate et plus difficile à cause de la distance qui sépare les points à examiner.

L'examen de la région malaire se fait à l'aide du palper pratiqué de deux façons, ou par la simple apposition des mains, ou par un procédé plus décisif, consistant à prendre deux points de repère, l'un sur la face, l'autre sur l'apophyse mastoïde, de manière à déterminer l'écart qui les sépare. Si la distance ainsi reconnue est égale des deux côtés, c'est qu'il n'y a pas d'asymétrie.

On comprendra l'importance que M. Lasègue attache à ce mode d'exploration de la tête, sachant à quelles conclusions pratiques utiles il peut conduire soit pour le diagnostic de certaines formes de l'épilepsie, soit pour la détermination de certaines espèces d'idiotie, d'arrêts de développement ou de perversions de l'intelligence et des sentiments. En effet, l'asymétrie crânio-faciale n'a pas seulement pour conséquence l'épilepsie, comme M. Lasègue a cherché à l'établir ; elle détermine aussi les divers états dont nous venons de parler, et elle peut avoir pour effet l'aptitude à contracter des affections cérébrales aux différentes phases de la vie, autres que celles de l'enfance, c'est-à-dire celles qui supposent l'achèvement complet de la consolidation osseuse.

Le *palper du thorax* n'a pas seulement pour but d'aider à la constatation de l'état actuel des organes intrathoraciques; il peut souvent permettre aussi d'affirmer l'existence d'une pleurésie antérieure, de déterminer le côté où elle s'est produite et d'estimer les défectuosités respiratoires qu'elle a laissées à sa suite.

Voici quelques-unes des règles que M. Lasègue formule à cet égard. Toutes les fois, dit-il, qu'au cours d'une affection pulmonaire, on croit la percussion utile, il ne faut jamais omettre le palper aux points correspondants. Les vibrations vocales du thorax ne sont bien perçues que par une palpation méthodique consistant à apposer les deux mains, l'une en avant, l'autre en arrière de la poitrine, et à faire varier la pression sur le thorax ainsi interposé, pendant qu'on fait parler le malade.

Le palper du thorax, naturellement aidé par l'exploration des courbes alternantes de la colonne vertébrale et des clavicules, serait, même avec ce secours accessoire, encore incomplet si l'on ne joignait pas à la palpation de l'ossature celle de l'appareil musculaire de la respiration.

Ce dernier examen fournit non-seulement des indices, mais des signes dans les pleurésies; il donne presque la date et la mesure de l'épanchement; enfin il a une grande importance dans la tuberculisation, dans les broncho-pneumonies chroniques, toutes les fois, en un mot, que la lésion pulmonaire se concentre plus ou moins dans un seul côté.

Le *palper abdominal*, qui fournit journellement aux chirurgiens de si précieux éléments de diagnostic, et qui entre les mains des accoucheurs a réalisé, dans ces derniers temps, un si notable progrès dans les manœuvres obstétricales, ne laisse pas que de rendre aussi de grands services aux méde-

cins, soit qu'il s'agisse d'obtenir la délimitation exacte du foie, sa consistance, sa forme, sa sensibilité, ou d'apprécier si la rate, si les reins ont dépassé leurs limites habituelles, si la vessie est distendue ou non ; soit qu'on veuille déterminer l'état des intestins et rechercher par exemple si une distension du cæcum est due à la rétention de matières fécales, à une accumulation de gaz ou de liquides. Pour cette dernière détermination, qu'il s'agisse du cæcum, de l'estomac ou du gros intestin, la palpation est utilement secondée par la succussion. Là, en effet, les conditions favorables sont fréquemment réalisées pour la production des bruits hydroaériques, et leur constatation est d'une grande importance, en ce qu'elle fournit des éléments très-utiles de diagnostic. Enfin la palpation abdominale, aidée par la percussion, est du plus grand intérêt, quand il est question de fixer le siège exact d'un tympanisme intestinal, sur lequel on peut avoir à agir, ou d'apprécier des collections liquides, des épanchements péritonéaux, des lésions périmétriques ou périvésicales.

Nous examinerons dans une autre Revue les points plus particulièrement dignes d'être signalés que nous relèverons dans les deux autres parties de cette trilogie, celles qui sont relatives à l'auscultation et à la percussion.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 12 mars 1882. — Présidence de M. Paul Bert.

COMMUNICATIONS

Saignement de nez épidémique des chiens. — M. MÉGNIN entretient la Société d'une anémie grave, ordinairement mortelle, qu'il a étudiée chez les chiens réunis en meute et qui est connue des veneurs sous le nom de *saignement de nez épidémique des chiens*, parce que la plupart des animaux qui en sont atteints, mais non pas tous, ont un écoulement nasal muco-sanguinolent.

Dans les nombreuses autopsies qu'il a faites de chiens affectés de cette anémie pernicieuse et qu'on lui abandonnait, M. Mégnin a constamment trouvé une inflammation chronique de la muqueuse de l'intestin grêle et du cæcum, dans laquelle cette membrane et les villosités qui en dépendent sont épaisses, infiltrées, rouges. La perversion amène l'arrêt des fonctions absorbantes de la muqueuse intestinale, et des villosités expliquent la production de l'anémie grave.

Quant à l'entérite chronique, elle est amenée par les piqûres ou morsures répétées de nombreux *ankylostomes* et *trichocéphales*. Les morsures du premier de ces parasites s'accompagnent d'une petite gouttelette hémorrhagique ; mais la somme de ces gouttelettes, qui feraient tout au plus un total de 20 ou 30 grammes de sang par sujet, serait impuissante à expliquer seule la production de l'anémie. Ces morsures s'accompagnent d'une action irritante et persistante qui doit être due à la salive que sécrètent les ankylostomes et dont l'action serait analogue à celle de la salive des sarcoptes et autres acariens psoriques ; on ne peut expliquer qu'ainsi la production d'une entérite aussi grave et aussi persistante que celle que produisent ces helminthes presque microscopiques. C'est sans doute ainsi qu'agit l'*ankylostome* de l'homme, dans l'anémie du Saint-Gothard, l'anémie des mineurs, la chlorose égyptienne, noms divers de la même affection à laquelle M. Mégnin assimile celle du chien qu'il vient d'étudier, et qui existe aussi chez le chat, ainsi qu'il l'a constaté après MM. Grassi et Parona, de Pavie.

L'*ankylostome* trouvé par M. Mégnin chez les chiens atteints d'anémie pernicieuse est armé de dents comme celui de l'homme et il en présente tous les autres caractères ; à ce compte, le chien pourrait bien être un propagateur et un disséminateur d'un parasite dangereux beaucoup plus répandu qu'on ne le pense, même en France.

Pour le détruire, M. Mégnin va expérimenter le traitement anthelminthique préconisé par M. le professeur Perroncito, de Turin, et il s'attachera surtout à désinfecter les eaux de boisson, lieu de développement et véhicule des embryons des helminthes en question.

Des rapports croisés et directs des nerfs optiques avec les hémisphères cérébraux. — M. PARINAUD. On admet généralement que chez l'homme et chez les animaux qui jouissent de la vision associée des deux yeux, avec superposition plus ou moins complète des deux champs visuels, chaque bandelette optique a son origine unique dans l'hémisphère correspondant. Cette opinion exclusive ne saurait être acceptée. D'après M. Parinaud, il faut admettre une double connexion des nerfs optiques avec le cerveau, en vertu de laquelle *chaque nerf optique dans sa totalité est en rapport croisé avec l'hémisphère opposé, et chaque bandelette, ou les deux moitiés homonymes des deux rétines, en rapport direct avec l'hémisphère correspondant.*

Les faits cliniques qui établissent l'existence d'un *rapport croisé* entre le nerf et l'hémisphère opposé sont les suivants :

Amblyopie unilatérale liée à l'hémianesthésie. — C'est pour expliquer cette forme de trouble visuel que M. Charcot a admis que la décussation des fibres optiques, partielle dans le chiasma, se complète en un point quelconque du cerveau. On a objecté que cette amblyopie n'était pas rigoureusement unilatérale et que, par suite, elle n'avait pas une signification bien précise. Il est vrai que l'œil du côté sain en apparence est souvent intéressé ; mais il est probable que, dans ce cas, les deux hémisphères le sont aussi. Quoi qu'il en soit, l'amblyopie rigoureusement unilatérale, liée à l'hémianesthésie, existe. M. Parinaud s'est assuré que, dans un assez grand nombre de cas, l'un des yeux est tout à fait intact. L'argument de M. Charcot conserve donc toute sa valeur.

Dans l'hypnotisme, on peut provoquer l'état cataleptique dans un côté seulement, en ouvrant à la lumière l'œil correspondant, ce qui prouve que l'impression lumineuse va retentir sur l'hémisphère opposé.

On a récemment cité des observations de *daltonisme congénital unioculaire* qui doivent être rapprochées de l'achromatopsie unilatérale de l'hystérie.

M. Parinaud cite une observation d'*hémiopie latérale typique unioculaire* qui ne peut s'expliquer que par la séparation en un point quelconque du cerveau des deux faisceaux dont se compose chaque bandelette. Elle vient à l'appui de l'existence d'un rapport croisé entre le nerf et l'hémisphère opposé. Cela s'explique très-bien par le schéma de M. Charcot.

L'*amblyopie passagère unioculaire* plaide également dans ce même sens. Étant admis, ce qui est très-vraisemblable, qu'elle a son origine dans un trouble cérébral, elle prouve qu'il y a un foyer spécial pour chaque œil.

Voici, d'autre part, les faits cliniques qui démontrent l'existence d'un rapport direct entre chaque bandelette ou les deux moitiés homonymes de chaque rétine et l'hémisphère correspondant.

Début presque toujours subit de l'hémiopie latérale homonyme, impliquant un processus hémorrhagique ou embolique plus favorable à l'existence d'une lésion des centres que de la bandelette.

Coïncidence fréquente de phénomènes hémiplégiques avec l'hémiopie latérale. Dans ce cas, on peut, il est vrai, expliquer l'hémiopie par une lésion du voisinage de la bandelette ; mais il y a beaucoup de faits où cette interprétation ne saurait être admise, car les phénomènes hémiplégiques disparaissent, tandis que l'hémiopie persiste. M. Parinaud décrit une forme d'*hémiopie latérale partielle*, dont il a observé plusieurs cas, et qui prouve que la lésion ne peut être localisée dans la bandelette, mais bien dans l'hémisphère, dans un centre où les points de chaque rétine vont aboutir.

Le daltonisme congénital et l'amblyopie passagère, qui se pré-

sentent parfois sous forme unioculaire, peuvent revêtir aussi la forme hémiopique. Ces deux modalités d'une affection de même nature prouvent l'existence de la double connexion que l'auteur admet en se basant sur la seule observation clinique.

Munck, Ferrier et d'autres expérimentateurs ont produit tantôt l'amblyopie croisée, tantôt l'hémiopie par l'ablation des couches corticales des lobes occipitaux ou du gyrus angulaire chez le singe. Les faits cliniques et expérimentaux sont donc en concordance au point de vue des rapports généraux des nerfs optiques avec l'encéphale. Mais, si l'on veut faire de la localisation plus précise, il faut se garder d'une assimilation trop grande entre l'hémiopie et les résultats de l'expérimentation chez les animaux.

Nerfs vaso-moteurs du système lymphatique. — M. PAUL BERT a continué, avec M. Lafont, ses recherches sur les nerfs vaso-moteurs du système lymphatique. Il résulte de ces recherches, et des nombreuses expériences qu'ont faites MM. Bert et Lafont, qu'il existe une action directe constrictive des nerfs mésentériques sur les vaisseaux chylifères innervés par ce nerf, et, au contraire, une action de dilatation du nerf splanchnique sur ces mêmes vaisseaux.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 mars 1882. — Présidence de M. Léon LABBÉ.

COMMUNICATIONS

Fistules et dépressions congénitales paravertébrales inférieures. — M. LANNELONGUE fait un rapport sur une observation présentée dans une des dernières séances par M. Reclus et ayant pour titre : Fistule congénitale de la région ano-coccygienne. Après avoir rappelé les communications de MM. Terrillon et Heurtaux, les travaux de MM. Féré, Kuhn, Guéniot, etc., sur le même sujet, M. Lannelongue nous fait connaître son appréciation. Ses investigations ont porté exclusivement sur des enfants, depuis la naissance jusqu'à l'âge de quatorze ans. Les questions à résoudre, dit-il, sont celles-ci : Existe-t-il une dépression constante dans la région sacro-coccygienne? Quelle est son siège anatomique? Quelle en est l'origine, et quelle influence peut-elle exercer sur la production des fistules ou de certaines tumeurs de la région?

La dépression cutanée, dit M. Lannelongue, peut occuper trois sièges distincts correspondant, l'un au sacrum proprement dit, le second à l'articulation sacro-coccygienne, le troisième enfin à la pointe du coccyx. Le siège inférieur est le plus variable.

Sur 130 sujets examinés, M. Lannelongue a noté 95 fois l'existence d'une dépression, d'un infundibulum ou d'une petite fistule. En un mot, explorant la profondeur du sillon interfessier depuis sa naissance supérieure jusqu'à l'anus, il a constaté dans les quatre cinquièmes des cas la présence d'un état anatomique tantôt consistant en une petite dépression qui n'apparaît que quand on écarte les bords de la rainure interfessière, tantôt constituant une fossette en entonnoir allongée, tantôt enfin un véritable infundibulum. L'extrême fréquence de cette disposition conduit à la rattacher à une évolution antérieure à la naissance et à lui donner pour point de départ la période embryonnaire elle-même.

L'observation de M. Reclus, dit M. le rapporteur, présente un intérêt particulier. En voici le résumé :

Un jeune garçon de seize ans est atteint d'une fistule située dans la rainure interfessière, juste sur la ligne médiane, entre l'anus et la pointe du coccyx. L'orifice mesure 4 à 5 millimètres de diamètre, et il lui succède un trajet qui remonte à une hauteur de 5 centimètres et se termine en cul-de-sac. La fistule ne paraît pas présenter de communication avec le rectum; elle est le siège d'une sécrétion muco-purulente; les parois qui l'entourent sont constituées par des tissus absolument souples, sans callosités ni indurations.

Un point qu'il est regrettable de ne pas voir noté avec précision dans l'observation est le siège exact de l'orifice extérieur du trajet; j'ai déjà dit, en effet, que je n'ai jamais rencontré d'infundibulum entre la pointe du coccyx et l'anus ; les dépressions les plus inférieures sont à peine au-dessous de la pointe de cet os. Mais il pourrait arriver que le développement du sujet modifiât cette apparence, et qu'une fossette placée initialement en regard de la pointe du coccyx se trouvât plus tard déplacée et plus rapprochée de l'anus. En envisageant les choses à ce point de vue, on pourrait rapprocher l'exemple de M. Reclus des fistules précédentes. Mais d'autres considérations doivent intervenir pour faire rejeter cette explication. La fistule est très-longue; loin de se diriger vers le canal sacré, elle se développe en avant du squelette, entre le coccyx et le rectum. On est donc réduit à des hypothèses sur sa nature, et ces hypothèses sont d'autant plus faciles que les caractères qu'elle présente n'ont peut-être pas toujours été les mêmes. Sans mettre en doute la congénitalité sur laquelle n'a peut-être pas assez insisté M. Reclus, il y a un autre caractère dont il faut tenir compte, la sécrétion qui s'échappe des conduits. Les infundibula normaux sont secs, et ils ne donnent lieu à la suppuration que lorsqu'il s'y est ajouté une complication nouvelle. De plus, le sujet de M. Reclus a quitté l'hôpital sous le coup d'une tuberculose aiguë. Ce sont ces considérations qui m'obligent à garder une réserve prudente sur l'origine de la fistule précédente. M. Reclus a émis l'opinion qu'elle pouvait provenir soit de la glande de Lushka, soit, d'après M. Cadiat, d'un cloisonnement uro-génital postérieur, analogue à celui qui forme le périnée en avant de l'anus. Je ne saurais me prononcer sur ces explications ingénieuses, et, en terminant, j'ai l'honneur de vous proposer de remercier M. Reclus de son intéressante communication et de renvoyer son observation aux Archives de la Société.

Opération du phimosis. — M. SURMAY (de Ham) fait connaître un nouveau procédé opératoire, qui consiste à tendre en avant le prépuce à l'aide du dilatateur trachéal de Trousseau et à sectionner d'un seul coup, et au même niveau, la peau et la muqueuse.

M. MARC SÉE trouve ce procédé défectueux, en ce sens que, dans l'opération du phimosis, il faut enlever le moins de peau possible et qu'il faut enlever surtout de la muqueuse. Or un procédé qui coupe la muqueuse et la peau d'un seul coup, et au même niveau, est un mauvais procédé.

M. HORTELOUP s'applique, contrairement à M. Surmay, à ne jamais sectionner la peau et la muqueuse en même temps. Il fait l'opération en deux temps, coupe d'abord ce qu'il faut de peau et coupe ensuite la muqueuse.

M. VERNEUIL préfère la dilatation à toutes les opérations sanglantes pour le phimosis. Dans la grande majorité des cas, la dilatation seule suffit; c'est seulement dans quelques cas très-rares que l'opération à l'aide du bistouri est préférable.

M. LANNELONGUE a essayé tous les procédés. On a, dit-il, quelquefois de mauvais résultats après les opérations avec le bistouri; on a des récidives ou, d'autres fois, un étranglement circulaire en arrière du gland; dans d'autres cas, une véritable inflammation du tissu spongieux, souvent aussi des œdèmes à la partie inférieure de la verge, de telle sorte que M. Lannelongue renonce de plus en plus aux opérations sanglantes pour recourir à la dilatation, après avoir eu soin de détacher toutes les adhérences avec une sonde cannelée.

M. THÉOPHILE ANGER, d'accord avec MM. Verneuil et Lannelongue, emploie depuis longtemps la dilatation, qui lui a donné jusqu'ici de très-bons résultats.

M. MARJOLIN fait observer qu'à la suite des opérations sanglantes on a souvent des hémorrhagies très-graves. C'est pourquoi il préfère aussi la dilatation.

M. DESPRÈS, se basant sur ce fait que depuis trente et un ans les juifs recourent à l'opération sanglante, pratique cette opération selon la méthode de Celse, et n'en a jamais obtenu que de très-bons résultats.

M. MARC SÉE trouve ce procédé aussi mauvais que possible.

Polype naso-pharyngien. — M. DESPRÈS présente un jeune homme de vingt ans auquel il a pratiqué l'ablation du maxillaire supérieur comme opération préliminaire pour faciliter la destruction par la cautérisation d'un énorme polype naso-pharyngien. Ce polype, selon M. Desprès, serait aujourd'hui en voie de transformation fibreuse; il n'y a plus d'hémorrhagie, et le jeune homme serait en voie de guérison. Il a enlevé tout le maxillaire supérieur sauf le plancher de l'orbite, il a laissé le voile du palais. Il s'est fait une reproduction osseuse. Il a eu recours à l'incision de Nélaton.

M. BERGER croit qu'avec le procédé employé dans ce cas par M. Desprès il est impossible de faire la résection totale du maxillaire supérieur.

M. LANNELONGUE. Ce n'est pas là un exemple de guérison. Cet enfant porte encore une tumeur volumineuse dans la gorge, qui, quoi qu'en dise M. Desprès, peut augmenter de volume. Cet enfant n'est donc nullement guéri.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité d'anatomie topographique (1), par P. Tillaux.

Quand le savant directeur des travaux anatomiques de l'amphithéâtre des hôpitaux de Paris fit paraître son *Traité d'anatomie topographique*, nous fûmes heureux de constater l'importance de son œuvre. Après dix ans de l'enseignement le plus apprécié, M. Tillaux s'était enfin décidé à donner un traité éminemment classique. Le succès devait couronner son travail : un an après l'apparition de son livre, il fallait une seconde édition. Ceci se passait en 1878, et, trois ans après, M. Tillaux nous donne sa troisième édition. Jamais succès ne fut mieux mérité.

M. Tillaux ne se contente pas simplement d'énumérer les couches dont se compose une région; il fait ressortir en même temps les conséquences qui en résultent pour la pathologie et la médecine opératoire. Il a négligé volontairement ce qui a trait à la médecine proprement dite. Il estime qu'il serait utile qu'un médecin entreprît de faire un livre analogue à celui-ci avec application à la médecine.

Cet appel de M. Tillaux est très-juste ; sera-t-il entendu ?

Nous faisons des vœux pour que le médecin qui entreprendra cette œuvre reçoive, — comme M. Tillaux, — la juste récompense de son travail.

Le *Traité d'anatomie topographique* avait reçu le prix Montyon en 1880; cette haute distinction de l'Institut est justifiée par la voix de tous ceux qui prennent part aux études anatomiques.

Signalons dans cette nouvelle édition un chapitre nouveau sur la moelle épinière, les modifications de détail ayant pour but de maintenir l'ouvrage au niveau du courant scientifique, et un certain nombre de figures nouvelles.

L'Année scientifique et industrielle (2), par Louis Figuier.

Pour la vingt-cinquième fois nous présentons à nos lecteurs *l'Année scientifique*. M. Louis Figuier lui donne cette année un relief singulier par un compte-rendu très-détaillé de l'exposition internationale d'électricité.

Il est inutile de dire les services que rend un livre où s'accumulent chaque année un souvenir et comme un dernier écho du mouvement scientifique de l'année. On n'a pas encore oublié, mais la vie est si rapide, les faits se pressent tellement, les découvertes succèdent si vite aux découvertes, qu'on ouvre avec plaisir un livre aussi bien fait que l'*Année scientifique*. On est sûr d'y retrouver bien des faits curieux, de revoir le chemin parcouru, et ce plaisir, déjà vif pour les mois qui viennent de disparaître, est d'autant plus grand qu'on remonte les années, et un quart de siècle nous sépare du premier volume, car c'est bien 1856 qui, pour la première fois, fut racontée par M. Louis Figuier sous ce titre de *l'Année scientifique*.

En 1881, une comète périodique a causé une grande surprise à nos astronomes. Elle avait été vue en 1807, le 9 septembre : on l'attendait bien après 1881, et cependant elle a été visible juin et juillet de l'année dernière!

L'électricité domine l'année 1881 : nous la retrouvons dans l'éclairage des phares, des locomotives, du fond de la mer, dans les signaux ou messages télégraphiques. Nous la retrouverons dans son palais à l'exposition internationale.

Les chimistes nous donnent un nouveau métal, l'*actinium*, contenu dans le zinc du commerce ; un nouvel alcaloïde, la *napelline*; et cette brillante étude des alcaloïdes cadavériques, les ptomaïnes, auquel est attaché le nom du regretté professeur Selmi (de Bologne), et dont les études récentes illustrent à juste titre le nom de de M. le docteur Gautier.

Les voyages scientifiques nous montrent le corps médical au premier rang : la mission Bayol en Afrique ; le docteur Crevaux dans l'Amérique équatoriale.

L'histoire naturelle nous rappelle les tremblements de terre si fréquents en 1881. Tremblement de terre en Suisse, à Ischia, à Chio, en Arménie, en France, en Savoie, en Tunisie. Puis la catastrophe d'Elm, etc.

L'hygiène publique, après s'être beaucoup préoccupée des incendies dans les théâtres, s'est beaucoup trop occupée des jambons d'Amérique. Que de bruit, que de discours, que de papier noirci ! — Et comme résultat ?

Mais, si l'année 1881 est riche en faits de toute sorte, elle a été bien fatale au monde savant. La liste est longue de ces morts, tombés souvent avant l'âge, mais dont la disparition est une perte très-sensible au point de vue scientifique. M. Louis Figuier, suivant sa coutume, leur consacre un tribut de regret et de souvenir.

En résumé, *l'Année scientifique* est ce qu'elle a toujours été : un livre utile, d'une lecture facile, précieux à conserver et à consulter.

Dictionnaire de botanique (1), par M. H. Baillon.

Le quatorzième fascicule du « Dictionnaire de botanique » comprend les articles consacrés aux mots commençant par *Cossi* et se termine par ceux qui commencent par les lettres *Cyclo*.

Parmi les articles qui méritent une mention spéciale, nous trouvons d'abord les notices biographiques si intéressantes du docteur Eugène Fournier; puis les articles : Cotylédon (de Lanessan); Couronne (H. Baillon); Cristaux (de Lanessan); Croton (H. Baillon) ; Crucifères (de Lanessan) ; Cryptogames (Ch. Manoury) ; Cucurbitacées et Cycadacées (Tison).

Mais, à côté de ces monographies, que de renseignements précieux et quelle abondance de faits et d'éclaircissements! La sobriété et la concision des articles du Dictionnaire en ont rendu le nombre très-considérable. On peut affirmer qu'aucun dictionnaire de botanique n'a rendu plus de services que celui-ci n'est appelé à en rendre.

Sans insister sur le soin donné au côté matériel de l'œuvre, il est bon de signaler encore la planche chromolithographiée jointe au fascicule et qui nous représente avec tous ses détails anatomiques le *Montagnites Candollei*.

Dictionnaire de chimie pure et appliquée (2), par Ad. Wurtz (de l'Institut).

Le quatrième fascicule du supplément reprend l'étude du chrome, du chrysène et de la cinchonine. Les acides citraconique, citramalique, les citrates et l'acide citrique attirent plus parti-

(1) 1 vol. gr. in-8°. — Prix : 25 francs. — Paris, Asselin et Cie.
(2) In-12. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Hachette et Cie.

(1) In-4°. — Prix : 5 francs. — Paris, Hachette et Cie.
(2) In-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, Hachette et Cie.

culièrement l'attention du médecin. Il en est de même de la conicine, du baume de copahu, des créatines, de la créosote. L'étude du cyanogène et des cyanures et celle de la densité complète la série des plus importantes additions de ce fascicule qu'il suffit de signaler aux nombreux souscripteurs du « Dictionnaire de chimie ».

La technique de la palpation et de la percussion (1), par MM. LASÈGUE et GRANCHER.

M. le professeur Lasègue et M. l'agrégé Grancher offrent sous ce titre aux étudiants en médecine deux petits traités très-utiles et très-pratiques.

La percussion et la palpation, mettant en œuvre des sens différents, se complètent l'une par l'autre si même elles ne sont solidaires.

Toutes deux rentrent dans la classe des modes d'exploration médicale où le principal rôle appartient à la sagacité de l'observateur et où aucun appareil mécanique ne saurait se substituer aux informations que des sens bien exercés lui fournissent.

Un simple apprentissage fait au hasard ne suffit pas, si prolongé qu'il soit; il faut procéder méthodiquement.

Ce sont les règles qui président d'abord à l'éducation des sens du tact et de l'ouïe, et ensuite à leur emploi pour la recherche clinique, que les auteurs ont exposées de leur mieux dans ce petit livre.

Anecdotes médicales (2), par le docteur G-J. WITKOWSKI.

M. le docteur Witkowski inscrit en tête de ce recueil l'épigraphe :

La mère *en défendra* la lecture à sa fille.

A qui donc s'adresse ce recueil de bons mots, pensées, maximes, chansons, épigrammes, recueillis et annotés par l'auteur ? Il va nous le dire lui-même.

« Fidèle à une vieille maxime d'Horace qui nous a servi de guide dans la plupart de nos travaux, nous avons cherché, dans nos « Anecdotes médicales », à unir l'utile à l'agréable,

Passant du grave au doux, du plaisant au sévère.

Un seul genre a été éliminé avec soin : le genre ennuyeux.

Sans cependant en abuser, nous avons fait une bonne part à la plaisanterie gauloise, dont l'allure vive et franche est un des traits de l'esprit français. Notre recueil n'est donc pas écrit « pour les petites filles dont on coupe le pain en tartine ». Il s'adresse à la fois au monde médical, qui y trouvera, sous une enveloppe légère, des renseignements précieux, et au public mondain, qui est généralement friand de ces sortes d'écrits. »

Les *Anecdotes médicales* forment comme un supplément à « la Médecine littéraire et anecdotique » de MM. les docteurs Gorecki et Witkowski.

L'enfant, causeries sur la manière d'élever les enfants (3), par le docteur TONY BLANCHE.

M. le docteur Tony Blanche est médecin-inspecteur des enfants du premier âge. Il a dédié son livre à Mme Anna Eyre, directrice du *Journal des mères*. C'est dire dans quel esprit est écrit ce petit livre. Il s'adresse plus aux gens du monde qu'aux médecins ; on y trouvera, sous une forme agréable, un résumé de nos livres d'hygiène soit généraux, soit spéciaux.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le ministre de la guerre vient d'accorder un témoignage de satisfaction, pour le dévouement dont ils ont fait preuve en soignant gratuitement, pendant de longues années, les militaires de la gendarmerie, ainsi que leurs familles : 1° à MM. les docteurs Viguié, de Saint-Antonin (Tarn-et-Garonne); Millet-Lacombe, à Miallet (Dordogne); Mannoury à Morteaux-Coulibœuf (Calvados); Mergaut, à Bayon (Meurthe-et-Moselle); Dubreuilh, à Thenon (Dordogne); Paulus, à Josselin (Morbihan);

2° A MM. les officiers de santé : Delamare, à la Chapelle-Moche (Orne); et Saint-James, à Bretteville-l'Orgueilleuse (Calvados).

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Jacquinot, interne des hôpitaux de Nancy et lauréat de la Faculté.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les travaux pratiques auront lieu dans l'ordre suivant pendant le cours du second semestre de l'année scolaire 1881-1882 :

A. *Première année.* — 1° Exercices pratiques de chimie médicale : M. le docteur Armand Gautier, agrégé, chef des travaux, le mardi et le jeudi, de deux heures à onze heures du matin. — 2° Exercices pratiques de physique médicale : M. le docteur Gay, agrégé, chef des travaux, les lundi, mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à sept heures et demie du matin. — 3° Exercices pratiques d'histoire naturelle médicale : M. le docteur Faguet, chef des travaux, le lundi, le mardi, le jeudi et le samedi à sept heures et demie du matin.

B. *Deuxième année.* — 1° Exercices pratiques de physiologie : M. le docteur Laborde, chef des travaux, démonstrations de physiologie expérimentale, le mardi, le jeudi et le mardi, à une heure et demie. — 2° Exercices pratiques d'histologie : M. le docteur Cadiat, agrégé, chef des travaux, tous les jours, à trois heures du soir.

C. *Quatrième année.* — 1° Exercices pratiques de médecine opératoire : M. le docteur Farabeuf, agrégé, directeur des travaux anatomiques, tous les jours, de une heure à quatre heures du soir, cours successifs par les prosecteurs, exercices opératoires. — 2° Exercices pratiques d'anatomie pathologique : M. le docteur Gombault, agrégé, chef des travaux, tous les jours, de deux heures à quatre heures du soir.

— M. le docteur Debove, agrégé, a commencé son cours auxiliaire de pathologie interne, le vendredi 17 mars 1882, à cinq heures du soir, dans le petit amphithéâtre, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure. Il traitera cette année des maladies du système nerveux.

— M. le professeur Vulpian commencera le cours de pathologie expérimentale et comparée le samedi 18 mars 1882, à deux heures, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure. — Les études de cette année porteront sur l'appareil respiratoire.

— M. le docteur Gariel, agrégé, commencera le cours auxiliaire de physique médicale le lundi 20 mars 1882, à midi, dans le petit amphithéâtre, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Il traitera pendant ce second semestre de l'année scolaire 1881-1882 les sujets suivants : application de l'électricité ; acoustique ; optique ; étude générale des radiations ; notions de météorologie et de climatologie.

— M. le docteur Pinard, agrégé, suppléant M. le professeur Pajot, commencera le cours d'accouchements, maladies des femmes et des enfants, le mardi 21 mars 1882, à midi, dans le grand amphithéâtre, et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure. Les leçons porteront plus spécialement sur la grossesse et les accouchements naturels.

— M. le professeur Baillon commencera son cours d'histoire naturelle médicale le mercredi 22 mars 1882, à onze heures, dans le grand amphithéâtre du Muséum d'histoire naturelle, et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure. Sujet du cours : Botanique médicale ; étude des plantes les plus employées en médecine et des espèces vénéneuses.

Les travaux pratiques d'histoire naturelle pour le second semes-

(1) In-18. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Asselin et Cie.
(2) In-18. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, C. Marpon et E. Flammarion.
(3) In-18. — Prix : 2 fr. 50. Paris, Asselin et Cie.

tre de l'année scolaire 1881-1882, ont commencé hier jeudi 16 mars 1882, sous la direction de M. le professeur Baillon et de M. Faguet, chef des travaux ; ils se continueront les samedi, lundi, mardi et jeudi de chaque semaine, de sept heures et demie à neuf heures et demie du matin.

— M. le professeur Guyon commencera son cours de pathologie chirurgicale le mercredi 22 mars 1882, à trois heures, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Les leçons porteront sur les maladies chirurgicales des vaisseaux (artères, veines et lymphatiques).

— M. le docteur Henninger, agrégé, commencera le cours auxiliaire de chimie organique le vendredi 24 mars 1882, à dix heures moins un quart du matin, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure. — Sujets du cours : généralités, définitions, analyses, formules, classification. Série du cyanogène, acide cyanhydrique. Série grasse. Série aromatique.

— M. le professeur J. Regnauld commencera son cours de pharmacologie le samedi 25 mars 1882, à midi, dans le petit amphithéâtre, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure. — Examen pharmacologique des médicaments les plus usités et des principes chimiques auxquels ils doivent leurs propriétés. Applications de cette étude à la thérapeutique et à l'art de formuler.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 12558.

N° 34. — MARDI 21 MARS 1882. 55e ANNÉE. MARDI 21 MARS 1882. — N° 34.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Verneuil.

Ablation d'un épithélioma de la langue par le procédé Roux-Sédillot.

Nous allons faire dans quelques instants une de ces opérations laborieuses qui, pour réussir, doivent être largement faites, ainsi que nous l'avons soutenu à la Société de chirurgie.

Il s'agit de l'épithélioma ou cancroïde de la langue, sur lequel j'ai appelé l'attention de mes collègues, les invitant à combattre les idées, soit préconçues de bonne foi, soit charlatanesques, de ceux qui croient encore, dans cette maladie, à l'efficacité du mercure et de l'iodure de potassium. Nous devons, au contraire, en proscrire, de toutes nos forces, l'emploi, comme de tout traitement interne qui ne peut qu'accroître la marche et les progrès de cette affection, et faire un perdre un temps précieux pour une opération qui a d'autant plus de chances de succès, — tout au moins d'un succès palliatif sinon curatif, — qu'elle est pratiquée de bonne heure, c'est-à-dire alors que la tumeur n'occupe encore qu'une étendue peu considérable.

J'ajouterai même que, si peu étendue que soit la lésion, il faut savoir opérer sans attendre ; enfin, j'insisterai sur la nécessité d'opérer largement, d'opérer sur les trois régions distinctes où l'épithélioma peut successivement se développer. Ces trois régions suspectes sont : la partie de la langue où siège l'ulcération cancroïdale primitive, le plancher de la bouche correspondant à la lésion linguale, les ganglions où se rendent les lymphatiques de la langue. C'est sur ces trois régions qu'il faut intervenir chirurgicalement, comme nous allons le faire tout à l'heure chez notre malade sous peine de voir une prompte récidive. Tel est, en effet, le résultat des opérations parcimonieuses, de favoriser la récidive dans des délais très-rapprochés; c'est un reproche que je me suis permis d'adresser à mes collègues, reproche que je méritais aussi autrefois, mais que les faits révélés par l'expérience me permettent de ne plus encourir aujourd'hui; reproche analogue à celui que j'adresse aux médecins qui non-seulement perdent un temps précieux dans une médication interne, mais encore dont la médication donne un coup de fouet à la maladie.

Ces opérations larges portent non-seulement sur les parties malades, mais encore sur les ganglions voisins, sains en apparence, mais le plus souvent, en réalité, dégénérés ou en voie de dégénérescence, opérations comme les pratiquait M. Kocher (de Berne), et comme M. Terrillon a eu l'occasion de les faire plusieurs fois ; ces opérations, dis-je, ne peuvent s'effectuer par les voies naturelles, dès que le cancroïde a une certaine étendue comme chez notre malade.

Le procédé qui consiste à inciser la région sous-hyoïdienne pour aller à la recherche des parties malades et à enlever la glande sous-maxillaire et les ganglions qui l'environnent, n'est pas encore suffisant, et je lui préfère le procédé de Roux-Sédillot, beaucoup plus radical, par lequel, coupant d'un trait de scie la symphyse du menton, on peut explorer beaucoup plus sûrement les régions malades.

Le malade que je vais opérer est un homme vigoureux, robuste, quoique d'un certain âge, d'une santé ordinairement bonne. Il présente un épithélioma de la langue qui siège sur la partie droite de l'organe, notamment dans la région postérieure. La lésion s'étend aux parties molles voisines qui adhèrent à la face interne de la mâchoire, et, très-probablement, jusqu'au pilier antérieur du même côté du voile du palais et jusqu'à l'amygdale. Elle ne s'accompagne d'aucun ganglion appréciable; néanmoins l'étendue de la lésion nous donne lieu de redouter que le système ganglionnaire correspondant ne soit envahi par les éléments néoplasiques.

C'est en raison de cette étendue même et des craintes qu'elle nous inspire pour la dégénérescence des ganglions, que le procédé employé par M. Terrillon, c'est-à-dire l'opération sous-hyoïdienne, nous paraît insuffisante, et que nous aurons recours ici au procédé beaucoup plus radical qui porte le nom de Roux-Sédillot.

Il consiste à pénétrer dans la bouche en fendant la mâchoire sur la ligne médiane de façon à avoir un large champ opératoire. On peut ainsi aller en arrière aussi loin que le mal nous paraît atteindre, en extirpant complètement, jusqu'à la base, la moitié droite de la langue, et en détruisant le pilier antérieur du voile du palais et l'amygdale, s'ils sont envahis par la dégénérescence épithéliale, enfin, en nettoyant la face interne de la mâchoire.

Il s'agit donc de se tracer, par avance, le plan opératoire à suivre, en le décomposant en plusieurs temps, le malade étant tout d'abord chloroformisé. Dans un premier temps je découvrirai, par une première incision dans la région

sus-hyoïdienne, la glande sous-maxillaire, et ferai de suite la ligature de l'artère faciale. Le second temps consistera à enlever la glande sous-maxillaire et les ganglions qui lui sont accolés ou qui en sont voisins, à découvrir l'artère linguale pour la lier à son tour, de façon à éviter toute perte de sang, qui, d'une part, serait une gêne opératoire, et, de l'autre, une cause d'affaiblissement toujours fâcheuse pour le malade.

La section de la mâchoire sur la ligne médiane avec la scie à chaîne constituera le troisième temps. Dans le quatrième, je détacherai le bord latéral de la langue, du côté malade, du bord alvéolaire de la mâchoire, en rasant toutes les parties molles. Puis, par un cinquième temps, je diviserai la langue, sur la ligne médiane, par l'écraseur linéaire. Ceci fait, dans un sixième temps, la langue sera tirée au dehors de telle sorte que nous pourrons explorer la région tout à l'aise et juger des rapports de la tumeur avec les parties profondes, et déterminer les limites du mal. C'est alors qu'au moyen de l'écraseur ou du thermocautère avec la ligature en masse, nous pourrons détacher la langue près de l'os hyoïde, et terminer ainsi l'opération.

Septième temps : double suture du maxillaire inférieur, avec un fil d'argent. Huitième temps : suture des parties molles, en laissant une petite ouverture pour le drainage de la partie postérieure de la plaie. Afin d'avoir des surfaces aussi exsangues que possible, les incisions seront faites par le thermocautère de préférence au bistouri.

Pendant le cours de l'opération, M. le docteur Krishaber pratiquera le tubage laryngé, qui n'est pas indispensable dans le cas présent, mais que nous désirons expérimenter de nouveau. Enfin, avant d'appliquer nos sutures, nous essaierons d'introduire par les fosses nasales, dans l'œsophage, une sonde molle en caoutchouc rouge, afin d'alimenter, les premiers jours, notre malade par cette voie, et d'éviter le contact irritant des aliments sur une plaie aussi étendue que celle que nous allons avoir.

L'opération a été pratiquée ainsi que nous venons de l'indiquer, opération des plus laborieuses. Il n'y a eu aucun accident. La perte de sang a été insignifiante, à peine 100 grammes.

Les adhérences de la partie malade de la langue, ou plancher de la bouche, ont rendu plus difficile son extraction au dehors, et par suite ont produit une certaine gêne momentanée de la respiration. C'est pendant ce temps, et par suite même de cette difficulté de respirer, que les vaisseaux ont donné un peu de sang, Le tubage du larynx a été pratiqué dès que le maxillaire inférieur a été scié.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. JULES SIMON.

Sclérose cérébrale.

I

La sclérose du cerveau est une maladie qui n'a jamais été jusqu'ici bien connue ; moi-même, avant d'entrer dans cet hôpital, je ne savais pas au juste ce que ce pouvait être, et ce n'est qu'ici que j'ai pu en faire une étude suivie. Je fus, du reste, fort surpris, en parcourant les auteurs classiques, de ne rien trouver dans la science sur cette affection, aucun document pouvant me fournir quelques données précises.

Ce que je vous en dirai donc aujourd'hui est le fruit de mes recherches comparées aux observations si intéressantes de MM. Pitres et Charcot.

Comme pour l'organe hépatique, la sclérose est caractérisée par une prolification de tissu conjonctif, laquelle est suivie d'une destruction lente des éléments nerveux ou, si vous aimez mieux, d'une cérébrite lente. Elle est caractérisée automatiquement par un état scléreux, par une inflammation, sous l'apparence d'une tache ou d'un noyau, plus ou moins gros, mou dans le principe, s'indurant avec le temps, augmentant tout d'abord de volume, pour s'atrophier ensuite.

La sclérose est superficielle ou profonde. La première forme est la plus fréquente. Elle a plus de tendance à se localiser dans le voisinage très-rapproché du sillon de Rolando, son siège le plus ordinaire, que dans toutes les autres parties de l'encéphale, bien qu'elle puisse s'y rencontrer aussi. C'est donc sous la forme d'un noyau plus ou moins mou au début, s'indurant peu à peu, prenant ensuite des apparences cartilagineuses, criant sous le scalpel, que l'anatomie pathologique nous le montre le plus ordinairement, et empiétant de la substance grise sur la substance blanche. De plus, ce ou ces noyaux, car il n'est pas toujours unique, sont assez adhérents, difficilement énucléables ; la coupe n'en est pas humide, mais sèche ; enfin ils contiennent à peine quelques vaisseaux. En même temps on constate une certaine congestion périphérique, de la distension des veines, et le liquide arachnoïdien est un peu plus abondant.

Lorsque la sclérose existe dans les couches profondes, elle peut s'être développée soit du centre à la périphérie, soit de la périphérie au centre.

En tous cas, la maladie affecte généralement une marche très-lente.

La symptomatologie de la sclérose cérébrale superficielle chez l'enfant est la même que celle des tumeurs cérébrales superficielles ; seules, l'évolution de la maladie et ses conséquences sont différentes.

La sclérose partielle, c'est-à-dire limitée, et superficielle est caractérisée par des phénomènes épileptiques localisés; l'enfant, sujet aux attaques, assiste pour ainsi dire à leur début, sent très-bien son *aura*, il voit la convulsion épileptique commencer ; sa main se contracte, puis le poignet, et, gagnant de proche en proche la contracture, atteint bientôt l'avant-bras, le bras et l'épaule, y reste limitée ou s'étend au membre inférieur, enfin à tout un côté du corps, et l'enfant perd connaissance.

Ces phénomènes, que nous indiquons pour les membres, peuvent se manifester à la face et se localiser, restant limités à l'une des joues, à la paupière ; mais toujours l'enfant a la sensation de la partie malade, avant que la perte de connaissance survienne.

D'autres fois les accidents épileptiformes restent bornés à quelques vertiges, sans rien autre.

La sclérose superficielle cérébrale est une affection à évolution lente, sourde, succédant à une période d'irritation cérébrale de laquelle elle procède ; ou bien elle se produit sournoisement, véritable cérébrite sourde se développant en raison d'une diathèse syphilitique ou tuberculeuse ou chez des sujets microcéphales.

L'enfant, qui est atteint, est sujet depuis un certain temps à des maux de tête fréquents, à des insomnies, à des cris et à de l'agitation nocturne ; son intelligence est surexcitée ou

diminuée, suivant le siège et l'étendue de la lésion. De temps à autre il éprouvera, sans aucun motif apparent, des vertiges et des vomissements.

Mais le fait saillant que l'on observe dans la sclérose, ce sont les troubles qui surviennent dans la motilité, troubles caractérisés par des paralysies dissociées, c'est-à-dire paralysie d'un bras ou d'une jambe, ou des deux membres supérieur et inférieur du même côté, ou encore paralysie localisée à la face seule ou à la face et au bras, etc.

Cette sclérose n'est pas une affection spinale, mais bien cérébrale, qui s'accompagne très-souvent de contractures, comme nous venons de le dire, souvent aussi de mouvements insolites, de mouvements choréiques ou incertains. Mais, d'autre part, la sensibilité est rarement atteinte en raison même du siège de la lésion, et le seul phénomène que l'on observe quelquefois de ce côté, c'est une certaine excitabilité plus grande, une sensibilité exagérée.

Enfin il y a des attaques épileptiformes tellement identiques à celles de l'épilepsie proprement dite, qu'on ne peut pas, le plus souvent, les différencier de cette dernière maladie. C'est là un point très-important à retenir, car il vous obligera dès le début à une très-grande réserve dans le diagnostic de l'affection.

Mais, me direz-vous, au milieu de tout cela comment nous y reconnaître ? Vous distinguerez ces deux affections par la différence qu'elles présentent dans la succession même des attaques. En effet, dans la sclérose, ces convulsions épileptiformes se reproduisent avec une ténacité et une fréquence que vous ne retrouvez pas dans l'épilepsie vraie, et au point de compter parfois jusqu'à douze et quinze attaques dans une seule journée. Elles se reproduisent à tout propos, avec ou sans prétexte. En un mot, leur caractère particulier c'est leur constance, ou, pour mieux dire, leur fatalité.

L'attaque épileptiforme surviendra sous nos yeux tout en causant avec l'enfant, sans qu'il se soit produit aucune influence particulière, sans cause apparente.

En résumé donc, dans la sclérose partielle superficielle, l'enfant éprouve des phénomènes de contracture, une sorte de tremblement, qui gagnent de proche en proche, jusqu'au moment où il perd connaissance. Ce qu'il y a de plus bizarre, c'est qu'avec pareille lésion scléreuse de l'encéphale l'état général reste ordinairement excellent, sans que l'on constate aucune perturbation dans l'organisme ; l'enfant est vorace, il reste gros et gras et sans aucun phénomène fébrile.

Pourtant cette dernière assertion n'est pas tout à fait absolue ; et, au début de la maladie, on constate quelquefois, de loin en loin, de petites poussées congestives, lesquelles s'accusent au dehors par un léger mouvement de fièvre.

Les veines sont un peu distendues, les joues colorées, les yeux injectés et la température du crâne est un peu plus élevée ; mais ces phénomènes n'ont que la durée d'une petite poussée et s'éteignent bientôt.

Tels sont, à grands traits, les phénomènes principaux de la sclérose cérébrale partielle et superficielle, dont il nous reste maintenant à faire le diagnostic différentiel d'avec les affections qui pourraient présenter avec elle quelque similitude.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Potion contre la toux férine. — Le docteur Valsuani recommande la potion suivante, à prendre par cuillerée à bouche, d'heure en heure, dans les cas de toux férine :

Camphre monobromé	150 centigr.
Extrait de belladone	1 —
Eau distillée	125 grammes.
Sirop d'ipéca	15 —

(*Lyon méd.*)

Crevasses du sein. — Oindre de la préparation ci-dessous les points excoriés, où se forme, en séchant, une pellicule qui ne se détache même pas après la tetée :

Gutta-percha	1g,10
Chloroforme pur. . .	Q. S. pour la dissoudre.

(*Monit. de la policl.*)

Traitement du prurit. — Doyon préconise contre le prurit la solution suivante :

Lait d'amandes	500 grammes.
Sublimé.	25 centigr.
Chlorhydrate d'ammoniaque. .	25 —

— M. F. Guyon fait usage d'un glycérolé ainsi composé :

Glycérolé d'amidon	60 grammes.
Sous-nitrate de bismuth	5 —
Oxyde de zinc	5 —

— Delioux de Savignac traite le prurit par des lotions avec :

Infusion de mauve	1 litre.
Eau de laurier-cerise filtrée. . .	50 grammes.
Sous-borate de soude	10 —

— M. Vidal emploie les lotions au chloral :

Eau	150 grammes.
Hydrolat de roses	100 —
Hydrate de chloral.	5 à 10 —

Après chaque lotion on saupoudre avec de l'amidon.

— Doyon et Hébra conseillent aussi une solution d'acide phénique.

— Enfin, contre l'eczéma des parties génitales, M. Vidal emploie l'eau phagédénique, et Devergie recommandait l'une des deux solutions suivantes :

Alun.	10 à 20 grammes.
Eau.	500 —

Ou bien :

Sublimé	10 à 15 centigr.
Eau	500 grammes.

(*Journ. des connaiss. méd.*)

Solution contre la conjonctivite granuleuse. — Une fois par jour on applique la solution suivante sous forme de pulvérisation dans le cas de conjonctivite granuleuse :

Acide tannique	25 centigr.
Glycérine pure	6 grammes.
Borate de soude	2 —
Eau camphrée	32 —

Le docteur Agnew (C.-R.), professeur de clinique ophthalmologique à New-York, conseille aussi, dans cette maladie, l'emploi du crayon d'alun, en évitant la cornée, à moins qu'elle ne soit très-vasculaire ou opaque ; mais il rejette les médications énergiques, telles que les solutions concentrées de nitrate d'argent ou de sulfate de cuivre. Il recommande, en outre, d'agir sur la peau au moyen des bains turcs, ou, si l'on est dans l'impossibilité de s'en procurer, au moyen des injections hypodermiques de pilocarpine.

D'après l'auteur, un bon nombre de cas de sclérose conjonctivale incurable peuvent être imputés à la violence de l'inflamma-

tion provoquée par l'emploi immodéré de substances corrosives. (*Union méd.*)

Traitement de la diarrhée de la Cochinchine. — Chez les malades qui reviennent de la Cochinchine atteints de ce flux intestinal rebelle, reste de la dysentérie qu'ils y ont contractée, M. le docteur Dieulafoy a recours aux moyens thérapeutiques suivants :

1° Lait avec 60 grammes d'eau de chaux par litre;

2° Bismuth en quantité plus ou moins considérable, suivant l'abondance du flux intestinal;

3° Vésicatoires répétés sur le ventre;

4° Viande crue et hachée.

Il est nécessaire de continuer ledit traitement pendant un temps assez long, si l'on veut avoir un résultat satisfaisant. (*Mon. de la policl.*)

Nouveau traitement de l'épistaxis. — Le docteur Hartmann a institué depuis quelque temps un nouveau traitement de l'épistaxis que nous résumons ainsi :

Avant tout, rechercher avec soin le point d'où provient l'hémorrhagie. Armé d'un spéculum nasal et d'un miroir réflecteur, il nettoie la narine de tout le sang qu'elle contient, l'essuie avec un tampon de ouate, et souvent cela seul le conduit au but. Si par contre l'hémorrhagie est plus abondante, il faut procéder avec plus de méthode. On commence alors par essuyer le méat supérieur; puis, si, après cette opération, ce dernier reste libre de sang, on essuie le méat moyen, et, procédant ainsi par exclusion, on arrive très-facilement, dans la très-grande majorité des cas, à découvrir l'origine précise de l'hémorrhagie.

C'est ordinairement une plaie de petite dimension où la muqueuse est érodée. Il suffit alors d'introduire au moyen de pinces coudées un simple tampon de ouate, que l'on comprime pendant quelques minutes avec une sonde épaisse sur l'érosion et qu'on laisse ensuite à demeure pendant vingt-quatre heures.

Le plus généralement, l'épistaxis a son point d'origine au niveau de la partie antérieure de la cavité nasale, du septum ou du plancher; il est alors facile de l'atteindre. Si elle provient de la partie supérieure du septum, on comprime le tampon de ouate en serrant l'aile du nez par dessus. Enfin, si l'on n'a pas découvert le point exact d'où part l'hémorrhagie, mais seulement la région d'où elle provient, on introduit dans la cavité nasale un cylindre de ouate, gros comme le petit doigt et long de 3 à 5 centimètres, et l'on comprime avec une sonde dans la direction voulue.

Il est utile de faire suivre ce traitement instantané de lavages avec une solution de chlorate de potasse ou une solution astringente. D'autres fois, si l'on a affaire à des épistaxis habituelles, il est nécessaire d'avoir recours à la galvano-caustique pour produire une cicatrice résistante sur le lieu d'origine de l'hémorrhagie. (*Union méd.*)

Injections de liqueur de Villate dans les kystes de la grande lèvre. — M. le docteur Chéron a obtenu, dans ces dernières années, d'excellents résultats de l'emploi de la ligature élastique dans le traitement des kystes de la grande lèvre. Mais ce moyen chirurgical a le don d'effrayer parfois quelques malades pusillanimes qui s'y refusent absolument, tandis qu'elles veulent bien se soumettre à l'injection. Aussi M. Chéron, après avoir expérimenté un certain nombre de liquides, parmi lesquels le chlorure de zinc, dont il redoute l'emploi à juste titre et dont il est bien décidé à ne plus se servir, a-t-il recours maintenant et avec succès à la liqueur de Villate, soit pure, soit additionnée d'un cinquième d'eau distillée :

Liqueur de Villate.	30 grammes.
Eau cuite.	4 —

Il injecte 1 gramme de la liqueur sans rien retirer du contenu du kyste.

Le plus ordinairement, dit-il, la malade n'accuse aucune sensation; dans le cas contraire, un sentiment de chaleur persiste pendant quelques heures. Lorsque la tension du kyste diminue le lendemain ou le surlendemain, il injecte encore 1 gramme de la liqueur ci-dessus mentionnée, et renouvelle ce traitement jusqu'à trois et quatre fois dans l'espace de huit jours.

Il abandonne ensuite le kyste, qui revient sur lui-même peu à peu et disparaît en moins d'un mois en laissant à sa place une masse indurée, qui cède à l'application d'une pommade à l'extrait de digitale ainsi formulée :

Extrait de digitale	4 grammes.
Vaseline.	40 —

que l'on emploie en onctions matin et soir, gros comme un pois. (*Revue méd.-chir. des mal. des femmes.*)

Potion dans la broncho-pneumonie chez les enfants. — Dans la broncho-pneumonie des enfants, on obtient de bons résultats de la potion suivante contre l'état de cyanose et d'adynamie qui accompagnent fréquemment cette maladie :

Infusion de mélisse	60 grammes.
Eau-de-vie de France . . . 10 à	30 —
Sirop de quinine..	15 —
— fleur d'orange	15 —

On administre à l'enfant une cuillerée à café toutes les heures. (*Courr. méd.*)

Blépharite ciliaire. — M. le docteur Galezowski emploie avec succès la pommade suivante contre la blépharite ciliaire :

Précipité rouge.	10 centigr.
Acétate de plomb cristallisé. . .	5 milligr.
Axonge très-fraîche.	5 grammes.
Huile de noisettes.	5 gouttes.

On enduit, matin et soir, de cette pommade, le bord libre des paupières, que l'on aura préalablement le soin de laver avec une infusion de thé vert. (*Monit. de la policlin.*)

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 18 mars 1882. — Présidence de M. Paul Bert.

COMMUNICATIONS

Règles de l'hypnotisation des hystériques. — M. DUMONT-PALLIER, au nom de M. Magnin et au sien, expose les règles qu'ils ont établies pour l'hypnotisation des hystériques. Lorsqu'il s'agit de produire d'emblée ou successivement chacune des trois périodes de l'hypnotisme, la léthargie, la catalepsie et le somnambulisme, voici comment ils s'y prennent :

Pour obtenir la première période, la léthargie, il suffit, la malade étant endormie, les paupières supérieures baissées, de frotter légèrement les globes oculaires à travers les paupières; cet état de léthargie se maintiendra aussi longtemps que les paupières resteront abaissées. Le frottement des globes oculaires, exercé à nouveau, fera cesser la léthargie et provoquera le réveil.

La période cataleptique est obtenue d'emblée en dirigeant sur les yeux ouverts de la malade un rayon de lumière réfléchie. Cette période persiste aussi longtemps qu'on maintient les paupières relevées. En agissant de nouveau par le même procédé, on fait cesser la catalepsie et on détermine le réveil.

La période somnambulique s'obtient d'emblée en exerçant une légère pression sur le vertex. La même pression, exercée à nouveau, réveille la malade.

Dans les trois cas, la cause qui fait défait.

Dans toutes ces expériences, il est possible de faire passer les malades de l'une des périodes dont il vient d'être question dans l'autre, et de celle-ci dans une troisième, en faisant usage pour chacune des procédés spéciaux qui les déterminent, et en commençant, à volonté, par telle ou telle période; mais, lorsqu'on voudra redescendre l'échelle, il faudra le faire dans l'ordre inverse de celui que l'on a employé pour la monter, à l'aide des mêmes procédés et en se conformant aux mêmes règles.

Il faut bien faire attention, dans toutes ces expériences, de se conformer exactement à ces règles et de suivre l'ordre indiqué, sous peine de voir se produire des états mixtes qui pourraient devenir très-dangereux.

M. SUCHARD fait une communication sur les lésions histologiques de l'ongle dans les inflammations de cet organe.

Altération des nerfs cutanés chez les ataxiques. — M. DÉJÉRINE communique quelques résultats de nouvelles recherches qu'il a faites sur les nerfs cutanés ou périphériques chez les ataxiques. A l'occasion d'une précédente communication sur ce sujet (voir le numéro du 25 février dernier), M. Albert Robin ayant attribué à M. Pierret (de Lyon) la découverte des altérations des nerfs cutanés chez les ataxiques, M. Déjérine croit devoir revenir sur ce sujet pour rappeler que la priorité de cette découverte appartient à M. Westphal. Ce sont les résultats constatés par Westphal que M. Déjérine a confirmés dans ses dernières recherches. Il a examiné chez des ataxiques les ganglions des racines postérieures de la moelle, qu'il a constamment trouvés sains, tandis qu'il a, au contraire, trouvé toujours les nerfs périphériques malades.

Innervation cardiaque. — M. DASTRES donne lecture d'un travail sur l'innervation cardiaque et sur la loi de l'inexcitabilité périodique cardiaque de Marey.

Faim, appétit. — M. LEVEN. La faim et l'appétit sont deux sensations que les physiologistes ont étudiées, dont l'analyse ne peut se faire par la méthode expérimentale.

On emploie indistinctement ces deux termes l'un pour l'autre; mais ils ont un sens différent.

La faim et l'appétit ne peuvent être étudiés que chez l'homme à l'état de santé ou malade.

On ne peut observer la faim que chez le nouveau-né durant les trois ou quatre premiers mois de la vie. Poussé par l'instinct de l'aliment, il prend le sein de la nourrice, en tire une quantité de lait suffisant pour satisfaire cet instinct, et s'endort jusqu'à ce que la sensation de la faim le réveille; il reprend le sein. La faim est une sensation simple que le lait seul peut calmer.

Si vous essayez d'ajouter quelque autre aliment à son repas, vous risquez de compromettre son faible organisme. Laissez s'écouler quatre ou cinq mois; ses forces se seront accrues, les organes auront plus de vigueur et on ajoutera sans risque au lait des œufs, des soupes, des farines.

A ce moment de la vie l'esprit de l'enfant se manifeste; il acceptera ou refusera à certain jour tel ou tel de ces aliments, après avoir consulté les nerfs du goût et de l'odorat.

Son cerveau devient actif et n'obéit que selon les impressions que lui donne telle ou telle substance; tant qu'il ne buvait que du lait, le cerveau était passif, poussé par le seul instinct de la faim. Quand les nerfs du goût et de l'odorat interviennent, il est déterminé par l'appétit.

Il faut donc distinguer la faim qui n'a sa source que dans un nerf et la sensation de l'appétit qui est une résultante des sensations provoquées par les nerfs de la faim, du goût et de l'odorat.

Tous les fois que nous faisons un repas dans l'état de santé, ces trois groupes de nerfs fonctionnent simultanément.

L'appétit peut rester intact dans la dyspepsie; mais le plus souvent il diminue ou disparaît entièrement. Les trois nerfs sont troublés simultanément; l'aliment a un goût, un fumet désagréable, il est pris sans faim.

Dans un très-grand nombre de cas il se fait une dissociation fonctionnelle de ces nerfs, et l'on observe la faim modifiée seule sans que les nerfs du goût et de l'odorat soient touchés, ou bien les nerfs du goût seuls atteints ou encore les nerfs de l'odorat dérangés alors que les nerfs de la faim et du goût ont échappé à l'influence de la dyspepsie.

Passons rapidement en revue ces différents désordres fonctionnels.

Chez certains malades, aussitôt qu'une bouchée d'aliment prise avec plaisir, bien accueillie par les nerfs du goût et de l'odorat, est introduite dans l'estomac, la faim est calmée et le malade n'ose plus continuer le repos, ou, s'il le continue, il a des nausées.

Pour d'autres, la faim augmente sans cesse et aussi vive le repas fini qu'avant d'être commencé. C'est là ce qu'on appelle boulimie.

Les gens nerveux, dyspeptiques, qui sentent le besoin de manger, ne trouvent plus à l'aliment son goût normal, ou bien ils ont de l'appétence pour des substances excitantes, pour des substances bizarres, telles que du vinaigre, de la craie, du charbon, et se rempliraient avec plaisir l'estomac de ces aliments.

Les femmes enceintes présentent des types de ces désordres du goût dans la dyspepsie provoquée par la grossesse.

Enfin il est une dernière catégorie de dyspeptiques chez qui les nerfs de l'odorat seul ont un fonctionnement dérangé. J'ai traité un malade âgé de quarante ans, affecté de dilatation de l'estomac, qui avait faim, prenait la viande avec plaisir, mais elle lui laissait pendant douze heures une sensation de putréfaction qui ne disparut que quand l'estomac fut rétabli.

Le siège de ces sensations est dans les nerfs de la langue, du nez.

Mais où siège la faim? C'est ce que l'on ne sait pas encore.

Sédillot, Longet ont coupé le nerf pneumo-gastrique chez les chiens et les ont vus manger trois ou quatre jours après l'opération; mais on n'a jamais pu couper le grand sympathique.

N'est-ce pas lui qui, en l'absence du pneumo-gastrique, transmet la sensation de l'estomac au cerveau? Longet et Schiff ont soutenu que la faim ne siège pas dans l'estomac, mais dans tout l'organisme; que nous avons faim dans tous nos tissus, dans nos muscles, dans nos nerfs, et qu'on pourrait établir une véritable équation entre le degré de la faim et les déchets de l'organisme. Il est facile de leur objecter qu'il y a des gens qui jamais ne sentent la faim, que la plus grande usure de l'organisme se fait dans l'état fébrile, où la faim est absente.

Schiff a fait des expériences pour démontrer que la faim n'est pas localisée dans l'estomac.

Il prenait des chiens à jeun, affamés, qui ne cessaient de crier. Quand il avait injecté des peptones dans leurs veines, les chiens cessaient de crier.

Mais tous les physiologistes ont observé qu'en injectant de l'eau dans les veines de chiens à jeun, ils cessaient de crier, ils se calmaient.

On ne peut donc rien déduire de ces expériences.

Ce qui paraît certain, c'est que la sensation de la faim est localisée dans l'estomac, transmise au cerveau par les deux nerfs sympathique et pneumo-gastrique.

Pour que la faim soit sentie, il faut que la muqueuse de l'estomac ne soit pas congestionnée, qu'elle soit à l'état sain.

La déduction pratique à tirer de ces données, c'est qu'on ne rétablit pas la faim par des médicaments, mais par le régime alimentaire, en proportionnant le nombre des repas avec des aliments solides à l'état congestif de la muqueuse. On ne rétablit pas la faim avec du vin de quinquina, ni avec des substances ferrugineuses, ni avec des préparations amères, mais en traitant rationnellement la dyspepsie.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

A partir de mercredi prochain, 22 mars 1882, les consignations pour les examens seront reçues les mercredi et jeudi de chaque semaine au secrétariat de la Faculté.

— Les candidats qui se sont fait inscrire, au nombre de seize seulement, pour le concours qui doit s'ouvrir, pour la première fois, le lundi 27 mars 1882, pour la nomination à quatre places

d'accoucheurs des hôpitaux de Paris sont, par ordre alphabétique :

MM. les docteurs Bar (Paul-Jean), Budin (Pierre-Constant), Bureau (Arsène-Charles), Carafi (Joseph-Maxime), Champetier de Ribes (Louis-Antoine), Doléris (Jacques), Loviot (Louis-Ferdinand), Martel (Joannis), Maygrier (Eugène-Charles), Pinard (Adolphe), Porak (Charles-Auguste), Ribemont (Alphonse-Ambroise), Schweich Michel), Stapfer (Horace-Jules), Vermeil (Jean-Baptiste), Verrier (Joseph-Jacques).

— M. le docteur Dujardin-Beaumetz est nommé membre de la commission administrative des écoles normales supérieures d'enseignement primaire de Fontenay-aux-Roses et de Saint-Cloud.

— M. Lebrun, préparateur au Muséum d'histoire naturelle, est adjoint, en qualité de naturaliste, à la mission astronomique envoyée à Santa-Cruz (Patagonie), à l'effet d'observer le passage de Vénus.

— M. Aubœuf, médecin de deuxième classe de la marine, a donné la démission de son grade.

— Le concours pour le prix à décerner aux internes en pharmacie des hôpitaux de Paris s'est terminé avant-hier par les résultats suivants :

Première division. — Prix, médaille d'or : M. Thomas (Jean-Frédéric), interne de quatrième année à la Salpêtrière. — Accessit, médaille d'argent : M. Anthoine (Henri), interne de troisième année à l'Hôtel-Dieu. — Mention honorable : M. Verne (Ernest) interne de troisième année à l'hôpital de Lourcine.

Deuxième division. — Prix, médaille d'argent : M. Béhal (Auguste), interne de première année à la Pitié. — Accessit (livres) : M. Meillière (Jean-Pierre, interne de première année à l'hôpital Trousseau. — Première mention honorable : M. Coué (Émile-Eugène), interne de première année à l'hôpital Necker. — Deuxième mention honorable : M. Hébert (Auguste-Louis), interne de première année à l'hôpital Necker.

La séance de distribution des prix aux élèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices civils de Paris aura lieu le mercredi 30 mars 1882, à deux heures de l'après-midi, dans l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, 3. La proclamation des noms des élèves qui sont nommés internes en pharmacie par suite du concours ouvert au mois de janvier dernier, pour entrer en fonctions le 1er avril prochain, aura lieu dans cette même séance.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. Deville (Antony), bachelier ès lettres et bachelier ès sciences, est nommé préparateur du laboratoire des recherches de physique en remplacement de M. Blondot, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté des sciences de Lyon.* — M. Louise, chargé des fonctions de maître de conférences de chimie à la Faculté des sciences de Montpellier, est nommé en la même qualité à la Faculté des sciences de Lyon, en remplacement de M. de Forcrand, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le professeur Brouardel commencera le cours de médecine légale le vendredi 24 mars 1882, à quatre heures du soir, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure. Il s'occupera cette année de déontologie médicale, attentats contre la santé et la vie.

— M. le professeur Bouchardat commencera le cours d'hygiène le samedi 25 mars 1882, à quatre heures du soir, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure. Il traitera dans ses leçons les questions suivantes : alimentation, exercice, entraînement, excrétions, professions insalubres et hygiène générale.

— M. le professeur Peter commencera le cours de pathologie médicale le samedi 25 mars 1882, à trois heures, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure. — Il traitera cette année des maladies de l'appareil respiratoire.

— M. le professeur Ball reprendra son cours de clinique des maladies mentales le dimanche 16 avril 1882, à dix heures du matin, à l'asile Sainte-Anne, et le continuera les jeudis et dimanches suivants, à la même heure.

— Les démonstrations pratiques de physiologie commenceront le samedi 25 mars 1882, sous la direction de M. le docteur Laborde, chef des travaux de physiologie. Elles auront lieu dans les dépendances de l'ancien collège Rollin, rue Vauquelin, les mardis, jeudis et samedis, à une heure et demie de l'après-midi.

Les élèves de deuxième et troisième années pour lesquels elles sont obligatoires, ainsi que les élèves justifiant de seize inscriptions, pour lesquels elles sont facultatives, et dûment autorisés par le doyen sur leur demande qui peut être déposée jusqu'au jeudi 23 mars, devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté, où un registre est ouvert, à cet effet, dès maintenant tous les jours, de midi à trois heures.

— *Faculté des sciences de Paris.* — L'ouverture du cours de zoologie de M. le professeur Milne-Edwards, qui devait avoir lieu le samedi 10 mars, est retardée pour cause de service public. La nouvelle date d'ouverture en sera ultérieurement annoncée.

— *Amphithéâtre d'anatomie.* — MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices civils de Paris sont prévenus que M. le docteur Tillaux, chirurgien de l'hôpital Beaujon, directeur des travaux anatomiques, ouvrira le cours de médecine opératoire le lundi 17 avril 1882, à quatre heures.

M. le docteur Tillaux, directeur, traitera des résections et des opérations spéciales.

M. le docteur Quénu, premier prosecteur, traitera de la ligature des artères.

M. le docteur Le Bec, deuxième prosecteur, traitera des amputations.

Des répétitions seront faites après chaque leçon sous la direction des professeurs.

Des conférences sur l'histologie normale et pathologique seront faites par M. le docteur Siredey, chef du laboratoire. MM. les élèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope. Les microscopes et les autres instruments nécessaires à ces divers travaux pratiques seront mis gratuitement à la disposition des élèves par l'administration de l'Assistance publique. — Les séries devront être reformées pour la médecine opératoire. MM. les élèves sont prévenus que leurs cartes seront reçues à l'amphithéâtre d'anatomie à partir du 3 avril prochain.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

De l'expectation en médecine et en chirurgie, par le docteur Sorbet. In-8°. — Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

Du suicide dans l'armée, étude statistique, étiologique et prophylactique, par le docteur Mesnier. In-8° de 183 pages. — Prix : 3 fr. 80. — Parie, O. Doin.

Étude clinique de la syphilis du cerveau, cas grave, curabilité, par le docteur Bernheim. — In-8° de 88 pages. — Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin.

De la méthode graphique dans le diagnostic des lésions organiques du cœur gauche, par le docteur Labatut. In-8°, avec 7 planches. — Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin.

Des kystes des ligaments larges, par le docteur Castaneda y Triana. In-8° de 94 pages. — Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin.

Études cliniques sur le traitement des bubons vénériens, compression combinée à diverses méthodes thérapeutiques, par le docteur GAVOY, médecin-major de première classe des hôpitaux. 1 vol. in-8° de 90 pages. — Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin.

Expériences avec le cranioclaste de Carl Braun (de Vienne) dans les bassins très-rétrécis avec le même instrument, par le docteur NARICH. In-8° de 90 pages, avec 4 planches. — Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin.

De l'île d'Hydra (Grèce) au point de vue médical, et particulièrement du Tzanaki, maladie spéciale de l'enfance et des maladies des plongeurs, par MM. les docteurs PARISSIS et TETZIS. In-8°. — Prix : 2 fr. 75. — Paris, O. Berthier.

Notions générales sur la diathèse congestive (diathèse arthritique), par le docteur H. SÉNAC, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin consultant à Vichy. — Prix : 2 francs. — Paris A. Delahaye et Lecrosnier.

De la lithotritie rapide, par le docteur RELIQUET, lauréat de l'Institut, ancien interne des hôpitaux, etc. In-8°, avec 28 figures intercalées dans le texte. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Le congrès international d'hygiène du 5 au 12 septembre 1880, par le docteur Paul FABRE. In-8°. — Prix : 1 franc. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Galvanocaustique et électrolyse, partie chirurgicale de la galvanisation, quelques applications nouvelles, par le docteur TRIPIER. In-8°. — Prix : 1 franc. — Paris, O. Doin.

Persistance de l'hymen n'ayant pas empêché la conception, par le docteur Paul FABRE. In-8°. — Prix : 0 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Coexistence de la scarlatine et de la vaccine chez un même sujet, par le docteur Paul FABRE. In-8°. — Prix : 50 centimes. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 12572.

N° 35. — JEUDI 23 MARS 1882. 55e ANNÉE. JEUDI 23 MARS 1882. — N° 35.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Le chloroforme et l'anesthésie chloroformique ont encore occupé toute cette séance. M. Lasègue, d'abord, en son nom et au nom de son collègue M. Regnault, a présenté en hommage à l'Académie un travail qu'ils ont fait en commun sur le chloroforme et son emploi thérapeutique en dehors de l'inhalation, et a mis sous les yeux de l'assistance une préparation d'eau chloroformée qu'il considère comme susceptible de rendre de grands services à la thérapeutique, soit qu'on l'administre pure comme agent propre, en étendant suivant les besoins sa solution, soit qu'on l'emploie comme excipient ou associé d'autres substances médicamenteuses. M. Regnault, ensuite, est venu donner lecture de nouvelles recherches faites avec la collaboration de M. Rousse sur l'un des agents les plus dangereux auxquels donne naissance la décomposition du chloroforme exposé à l'air et à la lumière, l'oxychlorure de carbone. Voilà pour la part du chloroforme.

Quant à la question de l'anesthésie chloroformique, qui est toujours à l'ordre du jour, elle a occupé tout le reste de la séance. M. Gosselin, qui s'était fait inscrire à la fin de la dernière séance pour être entendu le premier dans celle-ci, est monté à la tribune. Il n'avait pas voulu attendre, pour prendre la parole, l'épuisement complet de la liste des orateurs inscrits, trouvant sans doute, non sans raison, que c'était assez d'avoir à répondre en une fois aux argumentations si vives et si pressantes de ses collègues, et qu'il était temps, — c'est lui-même qui parle, — d'arrêter ce mouvement croissant d'indignation qu'il semble avoir suscité, et de montrer combien il y a d'exagération et d'injustice à son égard dans quelques parties de ces argumentations. Piqué au jeu, et il y avait de quoi, M. Gosselin s'est vaillamment et dignement défendu. Il a commencé par remonter au point de départ de la discussion et a rétabli, à mesure qu'il rappelait chacune des parties de son exposition, le sens vrai et la portée réelle des propositions qui en faisaient le sujet, propositions qui, dans la chaleur de la discussion, lui paraissent avoir été plus d'une fois méconnues ou altérées.

Après s'être rendu justice à lui-même, M. Gosselin a eu la satisfaction de voir enfin un adhérent à ses principes monter à la tribune. M. Tillaux, dans une improvisation rapide, qu'il a dû condenser, pressé qu'il était par l'heure fixée pour un comité secret, a donné sur presque tous les points raison aux propositions de son collègue, qu'il a soutenues de son expérience personnelle.

A mardi la suite et peut-être la fin de cette discussion.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. LASÈGUE.

Quelques faits cliniques de diabète.

Il est important de bien connaître les divers procédés au moyen desquels on peut reconnaître la présence du sucre dans les urines, car, si bien des gens entrent dans le diabète par une porte bâtarde, si d'autres y pénètrent par une porte largement ouverte, il en est qui, malgré certaines apparences et quoi que l'on en croie tout d'abord, n'y entrent pas du tout.

Ici se place tout naturellement l'histoire d'un mari et de sa femme qui occupaient le même lit et usaient à tour de rôle du même pot-de-chambre. Depuis quelque temps la femme commençait à s'apercevoir avec peine que son mari était moins viril, plus faible. Un peu inquiète, préoccupée, elle s'en va raconter le fait à son médecin, ajoutant que, quant à elle, elle se portait comme un charme. C'est tout à fait comme l'aliéné qui conduit sa femme dans le cabinet de son médecin, disant à celui-ci, tout bas à l'oreille, que sa femme perd la tête.

De même ici, la femme fait si bien que son mari est considéré comme diabétique. Le médecin a fait son enquête comme d'habitude, c'est-à-dire très-légèrement, et, comme toujours aussi, moins il sait, plus il écrase son malade par *sa* thérapeutique, — simple moyen de remplacer un diagnostic qu'on n'a pas su faire. Que voulez-vous! chaque médecin a foi dans *sa* thérapeutique.

Il met donc notre homme en coupe réglée : supprimer tout, ne rien garder en fait de la nourriture habituelle ; autrement dit il ordonne du pain de gluten, beaucoup de vin et des biftecks en telle quantité que bientôt le sujet est atteint de cette anorexie spéciale que vous savez. Notre

homme suit donc un régime dont sa femme se réjouit, se disant : Hé ! hé ! sans moi, le pauvre homme n'aurait jamais été traité, c'est à moi qu'il devra sa guérison ! Mais pendant ce temps il maigrit et s'affaiblit de plus en plus, si bien que, de potiron qu'il était, il est bientôt réduit à l'état d'une véritable asperge. Et chacun de dire, la femme comme son médecin : Avais-je assez raison ? Cependant certain évènement allait changer la piste. Par suite de circonstances qu'il serait trop long de raconter ici, notre ménage était entré dans la voie des deux lits rapprochés tout d'abord et remplaçant le lit commun, puis des lits à distance, enfin des lits dans deux chambres séparées. Partant le pot unique se trouvait dédoublé, et que voit-on ? Tandis que celui du mari reste presque à sec toute la nuit, à peine contient-il quelques gouttes d'une urine rare et foncée en rapport avec l'alimentation susdite, le pot de madame au contraire s'emplit au point de déborder d'une urine des plus abondantes et.... des plus diabétiques. Le mari n'avait jamais rien eu, la femme était la véritable diabétique.

Autre fait : un confrère de province, assez inquiet de sa santé, tourmenté d'une soif vive, mangeant beaucoup sans engraisser et se trouvant plus frigide qu'autrefois, — cette frigidité qui joue un si grand rôle, — se décide un beau jour à prendre de son urine et à la porter chez son voisin le pharmacien (la cigale, et la fourmi sa voisine). Celui-ci examine, analyse, et, trouvant dans son tube ce fameux précipité type jaune-verdâtre, surmonté d'une couche de liquide vert, si souvent confondu avec celui qui dénote réellement la présence du sucre dans l'urine, s'écrie que son voisin est diabétique, soit qu'il ait employé un mauvais réactif, soit qu'il n'ait pas su expérimenter.

Notre confrère aussitôt d'entreprendre le traitement farouche du diabète et de s'imposer le martyre complet ; de là affaiblissement, amaigrissement, état général tel qu'il s'en vient à Paris me voir. Il me raconte son histoire, et, en gredin de médecin qu'il est, — tous les médecins le sont plus ou moins, — il a bien soin de mettre en saillie certains symptômes, par exemple, qu'il crevait de faim, qu'il mourait de soif, etc. Il n'avait garde aussi d'oublier d'apporter son petit tube de verre. Mais, après examen, je reconnus bien vite que son diabète ne méritait qu'un immense éclat de rire ; il n'existait pas le moindre atome de sucre dans ses urines. Ses tortures avaient duré dix-huit mois grâce à son voisin le pharmacien, et, quelques jours encore, il y eût laissé la peau de ses os et les os de sa peau.

Dans une précédente leçon sur le diabète, je vous ai dit que par l'une de ses manifestations on pouvait parfois reconnaître la maladie alors que tous les autres symptômes n'étaient nullement saillants. Cependant on ne peut à tout venant, en lui serrant la main, demander un petit tube de son urine.

Prenons donc maintenant un autre exemple de diabétique, celui d'un homme qui entre sournoisement dans sa maladie. Un individu âgé de cinquante ans, fort intelligent, ma foi ! était venu en sabots à Paris, à l'âge de dix-neuf ans pour servir les maçons. Il les avait même si bien servis qu'à son tour il se faisait servir par eux et était devenu un grand entrepreneur de bâtisses. Cet homme, fort riche, était resté toujours parfaitement sobre, ne buvant pas, ne commettant jamais la moindre petite débauche sous prétexte d'affaires avec quelque confrère en bâtisse ; il menait, au contraire, une vie active, vivant dans son ménage avec sa femme, possesseur de deux filles dont l'une est agréablement mariée et l'autre ne demande qu'à l'être plus agréablement encore. Il vivait donc ainsi, lorsqu'il y a quatre ans il devint sujet à des accidents de diarrhée intermittente durant chaque fois trois ou quatre jours. Il consulte son médecin, qui lui ordonne quelques médicaments, et tout s'arrête. Mais quelque temps après il est pris de malaises, de gastralgie survenant une demi-heure après le repas, et l'on considère son mal comme une dilatation stomacale. Il diminue alors sa nourriture, cependant il ne maigrit ni n'engraisse et continue à bien dormir. Mais il y a dix-huit mois, descendant certain jour après le dîner avec quelques amis dans le jardin de son hôtel, il s'affaisse à la dernière marche et tombe sans connaissance. On le relève, on l'emporte dans sa chambre, on le met au lit, il revient à lui, éprouve quelques nausées, mais ne vomit pas. La nuit passée, tout était fini, il n'y paraissait plus et l'incident était pris pour un état digestif. A quelque temps de là, deux ou trois autres petites crises ont lieu. Enfin dernièrement il en eut une qui le foudroya ; il resta dans un état syncopal prolongé pendant vingt minutes, après quoi il revint à lui et tout encore fut fini.

Qu'était-ce donc que ces accidents nerveux chez un homme dont le cœur était parfaitement sain, dont les autres organes ne paraissaient point lésés ?

Consulté par ce malade, j'étais au premier abord assez étonné ; pourtant, après avoir causé quelque temps avec lui, j'arrive à lui demander la thermométrie de ses capacités génitales. Il me répond alors que depuis quinze mois il n'a plus ni envie ni possibilité. Il n'a encore cependant que cinquante ans, mais, ajoute-t-il : « J'en ai le souvenir. » — J'examine alors les urines, et je trouve..... de 25 à 30 grammes de sucre par litre !

Cependant cet homme n'a jamais eu de soif vive, jamais d'accidents autres que les crises que je vous ai rapportées. Voilà donc un fait pris sur le vif, qui vous montre combien parfois le diabète est difficile à reconnaître.

Si nous supprimons toutes les théories émises sur le diabète, nous trouvons que, quoi qu'on ait écrit, ce qui a été fait se réduit à très-peu de chose. Il n'y a pas d'histoire de diabétiques au début, honnêtement et sincèrement écrite : de diabète confirmé, oui ; de diabète au début, non. Nous n'assistons le plus souvent qu'à la dernière phase de la maladie ; car, celle-ci étant longue, d'une part le malade se fatigue de son médecin, et d'autre part la curiosité de celui-ci, au bout de trois mois, est tout à fait épuisée. Cela est si vrai qu'un malade un peu malin remplacerait son médecin tous les trois mois.

Le diabète, en réalité, a beaucoup plus fourni matière à des dissertations sans fin ou à l'étude des réactions qu'à l'histoire du malade en lui-même, qu'à une étude clinique.

Voici donc un homme qui est pris de phénomènes gastralgiques et de troubles intestinaux et devient diabétique. Dira-t-on que les premiers accidents ont créé le diabète, ou bien que le diabète a déterminé ces accidents ? Mais je ne veux faire ici aucune théorie ; je reste sur le terrain anecdotique, historique, du diabète, sans entrer dans les expériences de Claude Bernard sur la fonction glycogénique du foie, expériences auxquelles j'ai pris, en leur temps, une certaine part. De même dira-t-on que les phénomènes nerveux sont la cause du diabète, parce qu'ils sont survenus au début de la maladie ? mais ne les voit-on pas aussi disparaître à la fin ? C'est comme si l'on prétendait qu'une femme devient phthisique parce que la menstruation s'est arrêtée ou s'est trouvée supprimée, tandis que nous voyons bien

des fois chez les femmes la phthisie débuter longtemps avant la suppression des menstrues.

Je ne veux donc faire ici, je le répète, aucune théorie ; j'ai voulu vous montrer des faits tels qu'ils se sont passés, des faits réellement cliniques de diabète.

OBSTÉTRIQUE

Accouchement gémellaire. Engagement simultané des deux têtes. Cavité de l'œuf unique.

Par M. Bailly, agrégé libre.

Observation. — Mme R..., rue du Pré-Saint-Gervais, à Pantin, vingt ans, primipare, taille moyenne, svelte, bonne conformation du bassin, bonne santé. Dernière période menstruelle du 8 au 10 mars 1881. Rien de particulier à signaler pendant la grossesse. Premières douleurs d'accouchement le 29 novembre 1881, vers le milieu du jour ; elles s'accentuent dans la soirée, et le 30 novembre, à cinq heures du matin, sortie d'une tête d'enfant. Celle-ci reste fortement appliquée contre la vulve, et les efforts prudents de la sage-femme et d'un confrère de Pantin, M. le docteur Pillat, sont impuissants à extraire le tronc. Sans avoir senti positivement la seconde tête, notre confrère et son aide, par une intuition bientôt vérifiée, attribuaient cependant les difficultés de l'accouchement à la présence d'un second enfant, qui gênerait la sortie du premier.

Appelé auprès de Mme R... vers huit heures du matin, le 30 novembre, je trouve, comme je l'ai dit, la vulve fermée par une tête fœtale assez mobile. En la soulevant et en écartant les lèvres de la vulve, je fais apparaître le cuir chevelu d'une seconde tête, très-engagée dans le petit bassin et pressant déjà sur le périnée distendu. Le premier enfant est très-certainement mort ; d'un autre côté je ne perçois nulle part de battements cardiaques indiquant la survie du second jumeau ; cependant, comme celui-ci peut ne pas avoir succombé encore, je me préoccupe de l'avoir sans mutilation. En conséquence je fais placer la mère en travers de son lit, puis je sectionne le cou du premier enfant ; j'applique ensuite le forceps sur la tête du second et l'amène facilement au dehors. Le tronc du premier jumeau sort alors presque spontanément. Ce sont deux filles : la première du poids de 2,700 grammes environ, la seconde pesant à peu près 2,500 grammes. Celle-ci était morte également et probablement depuis plusieurs heures. Son crâne présentait un remarquable aplatissement transversal causé par la pression considérable qu'exerçait sur lui le tronc de l'autre enfant. Délivrance naturelle au bout d'une demi-heure. Il existe un seul gâteau placentaire, et une cavité amniotique unique formée de trois membranes superposées, comme dans la grossesse simple, montre les deux cordons insérés à deux pouces l'un de l'autre vers le centre du gâteau placentaire. Deux grammes de la solution titrée d'ergotine d'Yvon sont injectés à la cuisse droite aussitôt après la sortie du délivre ; l'utérus, convenablement rétracté, est excité pendant une demi-heure encore avec la main. Je l'abandonne alors, complètement rassuré à l'égard des hémorrhagies. En l'explorant de nouveau dix minutes plus tard, je le trouve très-distendu, remontant jusque vers l'hypochondre droit, et j'en extrais de 4 à 500 grammes de sang liquide ou coagulé, dont la sortie amène chez l'accouchée un peu de pâleur et de faiblesse. Nouvelle injection sous-cutanée d'un gramme de la solution d'ergotine, et pendant une heure encore j'excite l'utérus avec la main.

Huit jours après l'accouchement, une lettre du mari m'informait que les suites de cette couche furent naturelles. J'ai su depuis que Mme R... est aujourd'hui complètement rétablie.

Réflexions. — Dans le fait relaté ci-dessus, il n'est pas douteux que l'engagement des deux enfants n'ait été en quelque sorte simultané. Il ne pouvait même pas l'être davantage eu égard à l'âge et au volume des fœtus. Une première tête pénètre dans l'excavation ; la seconde, appliquée contre le cou du premier jumeau, suit immédiatement, et ces deux têtes superposées descendent ainsi dans l'excavation jusqu'au moment où les deux troncs viennent toucher le détroit supérieur du petit bassin et, par leur volume excessif, empêcher toute progression ultérieure des fœtus. C'est en effet bien probablement cette dernière cause, le volume trop considérable des deux thorax, qui a déterminé l'arrêt définitif du travail, car il n'est pas certain que le périnée seul se fût opposé à la sortie de la seconde tête. En somme, comme exemple de dystocie mécanique tenant à la présence de deux enfants, ce fait ne diffère pas des faits de même nature publiés antérieurement. Il est moins curieux que celui dont j'ai donné la relation dans les *Archives de tocologie*, il y a quelques années, et dans lequel on observait un remarquable aplatissement du thorax du premier enfant, comprimé entre la tête du second et la colonne vertébrale de la mère, un écrasement du cœur, et, par suite, la mort de ce premier enfant. Dans ce premier fait, l'engagement des jumeaux était moins concordant que dans l'observation actuelle, la tête d'un fœtus correspondant, non au cou de l'autre, mais seulement à la moitié supérieure du tronc.

Un second point qui mérite de fixer l'attention, c'est le fait d'une cavité amniotique commune aux deux enfants. Cette conformation du délivre est de beaucoup la plus rare parmi celles qu'on observe dans la grossesse gémellaire, et je ne l'avais encore rencontrée ni à la clinique d'accouchement ni dans la ville. Je n'ai pas à discuter ici la cause première de cette disposition de l'œuf, que différents auteurs, et récemment encore M. le docteur Thévenot, ont cherché à élucider ; je veux seulement faire remarquer qu'elle n'a peut-être pas été étrangère à la descente simultanée des enfants. On comprend, en effet, que tous deux aient été bien plus sollicités à venir se présenter en même temps à l'orifice supérieur du petit bassin que dans les cas où le second enfant habite une loge membraneuse distincte, laquelle, en général, ne s'ouvre qu'après l'expulsion du premier fœtus. Il y a lieu, pour les praticiens qui auront à l'avenir l'occasion d'observer des faits du même genre, de noter avec soin l'état du délivre et s'il présente ou non deux poches amniotiques.

Quoi qu'il en soit, l'indication chirurgicale, chez Mme R..., ne pouvait être un seul instant douteuse. Le premier enfant était certainement mort, et dès lors c'est sur lui qu'il fallait agir pour ménager une sortie plus facile au second enfant, qui, lui, pouvait vivre encore, bien que l'auscultation abdominale fût absolument négative à cet égard. Je devais donc, en faisant tomber la tête déjà sortie, rétablir la liberté des voies à travers le détroit inférieur et la vulve, extraire ensuite le second enfant au moyen du forceps, puis enfin aller chercher le tronc du premier. L'opération, vu l'abaissement considérable des jumeaux, fut d'une extrême simplicité, mais malheureusement ne donna que deux cadavres.

Un troisième point, d'une grande importance pratique, est relatif à l'hémorrhagie si subite et si abondante survenue chez Mme R... une heure après la délivrance. L'inertie momentanée de la matrice après un travail laborieux et une déplétion subite de l'organe est trop connue, trop de faits antérieurs me l'avaient apprise, pour que je ne fusse pas sur mes gardes dans ce nouveau cas ; aussi, la délivrance à peine achevée, deux grammes de la solution titrée d'ergotine d'Yvon furent-ils injectés sous la peau, en même temps que l'utérus est excité par un massage ininterrompu pendant une demi-heure. Ce délai écoulé, j'abandonne l'utérus ; mais, dix minutes après, l'explorant de nouveau, je le trouve développé par 4 à 500 grammes de sang liquide ou coagulé, dont la perte amène, chez l'accouchée, de la pâleur, une petitesse et une précipitation du pouls, qui contrastent avec sa lenteur et sa force antérieures. Je n'ai nullement l'intention de déduire de ce fait l'inefficacité de la solution d'Yvon, dont je fais un fréquent usage, ni son infériorité à l'égard de la poudre d'ergot, trop souvent vomitive même à la dose de moins d'un gramme ; mais je tiens à dire que, sous quelque forme qu'on l'administre, l'ergot de seigle,

dont je ne méconnais pas les avantages, m'inspire cependant moins de confiance que l'excitation de la matrice pratiquée avec la main, dans les hémorrhagies par inertie utérine qui succèdent si souvent à l'accouchement. Un massage méthodique de l'utérus, et au besoin sa compression continue dans l'intervalle de ses rares contractions, sont, à mon avis, un préservatif beaucoup plus assuré des hémorrhagies que les meilleures préparations d'ergot, et, dès lors, l'emploi de celles-ci ne devra aucunement dispenser de l'action manuelle, qu'on prolongera aussi longtemps qu'on ne sentira pas la matrice solidement et définitivement rétractée.

PHYSIOLOGIE

Étude expérimentale sur la vitesse de transmission nerveuse chez l'homme (durée d'un acte cérébral et d'un acte réflexe, vitesse sensitive, vitesse motrice).

Par le docteur Albert René,
Chef des travaux physiologiques à la Faculté de médecine de Nancy.

I

J'apporte ici le résultat de plus d'un millier d'expériences faites, sous la direction de M. le professeur Beaunis, au laboratoire de physiologie de la Faculté de médecine de Nancy, pendant les années 1880 et 1881. La plupart ont été faites sur les élèves qui fréquentaient les travaux pratiques du laboratoire, quelques-unes sur des sujets atteints de maladies du système nerveux, et diverses autres sur moi-même. Je donnerai, dans un petit appendice, le résultat d'un certain nombre d'expériences faites sur des animaux.

J'exposerai d'abord comment les premières expériences ont été réalisées, comment ensuite, la question devenant plus complexe, les causes d'erreur apparaissant successivement et étant successivement mesurées et éliminées, le sujet s'est agrandi et a exigé de nouvelles recherches. Je divise mon travail en plusieurs parties :

I. Première série d'expériences : acte cérébral, acte réflexe.
II. Deuxième série d'expériences : vitesse sensitive.
III. Troisième série d'expériences : vitesse motrice.
IV. Applications pathologiques.
V. Appendice : expériences sur les animaux.
VI. Conclusions.

I. *Première série d'expériences : acte cérébral, acte réflexe.*

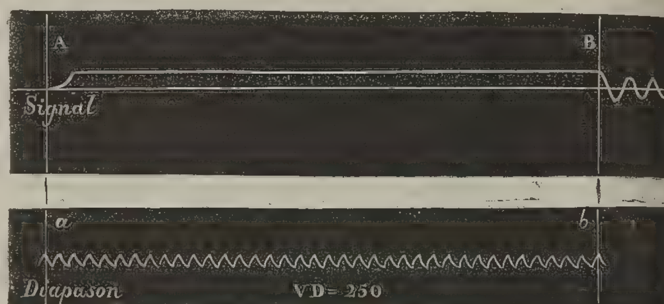
La pulpe de l'index gauche est placée sur les deux boutons d'un petit appareil à chariot de Du Bois-Reymond, mis en activité par une pile de quatre éléments Leclanché (modèle de 15 centimètres de hauteur). Le pouce de la main droite presse sur le bouton d'un manche interrupteur de Gaiffe. L'appareil est disposé de façon que, lorsqu'un courant est lancé dans l'appareil à induction, un signal électrique, qui est en communication avec le manche interrupteur de Gaiffe, marque le moment du passage du courant. Quand le sujet a senti dans l'index gauche le courant induit, il presse aussitôt le bouton du manche interrupteur, ce qui produit un nouveau mouvement du signal qui revient dans sa première position.

Le cylindre enregistreur est mis en mouvement par un moteur à eau de Bourdon et tourne, en général, avec une vitesse d'environ deux tours par seconde. Il peut atteindre parfois une vitesse de douze tours par seconde. Un diapason de 250 VD inscrit la mesure du temps. Dans la vitesse maximum, chaque vibration (c'est-à-dire $\frac{1}{250}$ de seconde) est représentée par une onde d'une longueur de 2 centimètres, c'est dire que des différences de un dix-millième de seconde peuvent être facilement appréciées. Toutes nos expériences ont été faites avec cette disposition; mais, comme on le verra, il n'est pas nécessaire de réaliser une si grande vitesse, et le plus souvent nous nous sommes contentés d'une vitesse de quelques tours du cylindre par seconde.

Dans la première catégorie d'expériences, on fait glisser la bobine mobile du chariot de Du Bois-Reymond, depuis le courant induit le plus faible, c'est-à-dire 0°, vers le point où le courant induit est le plus fort, c'est-à-dire vers 40°, point où la bobine mobile coiffe complètement la bobine fixe. Jamais le courant induit n'est perçu au-dessous de l'excitation 30°. On commence à sentir vaguement la secousse à 31° et à 32°. A 33°, on la sent nettement, et à 34° elle est assez sensible pour que le sujet retire le doigt assez vivement. A 35°, la secousse est forte. A 39° et 40°, elle est très-forte, aiguë, remontant jusque dans les poignets ou le coude, assez désagréable, sans toutefois être réellement douloureuse.

C'est donc à 33° et 34° que l'on se trouve dans les meilleures conditions pour exciter certainement une sensation bien nette perçue sans douleur et laissant au sujet toute liberté d'esprit pour accomplir l'acte cérébral qui se traduit par le fait de presser le bouton avec la main droite dès que le courant est perçu dans l'index gauche. La main et l'esprit se font vite à ce genre d'exercice, et, après quelques essais préliminaires, les chiffres se retrouvent toujours réguliers.

Tout étant disposé comme nous l'avons indiqué, on obtient le tracé suivant :



A indique le moment où le courant inducteur est lancé dans la bobine, c'est-à-dire le moment de la secousse dans l'index gauche. B indique le moment où le pouce a pressé sur le bouton interrupteur (1).

Je mesure sur la ligne du diapason la longueur *ab* qui représente, dans le tracé pris pour exemple, 37 vibrations doubles valant chacune $\frac{1}{250^e}$ de seconde. Cet intervalle représente tout le temps nécessaire à l'excitation de la pulpe de l'index, à la transmission sensitive au cerveau, à l'acte cérébral de transformation de la sensation en mouvement qui, enfin, est transmis au pouce de la main droite et est exécuté par lui.

J'ai remarqué, dès le début de mes recherches, un fait important qui s'est constamment vérifié dans mes recherches ultérieures et sur lequel j'appelle immédiatement l'attention. Le temps AB diminue à mesure que l'intensité de l'excitation augmente. Ainsi la *moyenne générale* des diverses expériences faites pour chaque degré du chariot de Du Bois-Reymond et pour chaque individu donne les résultats suivants calculés en centièmes de seconde :

Tableau I. — VD = 100.

EXCITATION.	30°.	31°.	32°.	33°.	34°.	35°.	36°.
Valeur de AB en 100es de seconde	24,8	23,6	23,2	19,6	19,2	19,6	17,2

On voit dans ce tableau que la vitesse de transmission nerveuse augmente avec l'intensité de l'excitation. Pour l'excitation 30°,

(1) Notons en passant un petit détail qui a son utilité pratique : il faut recommander au sujet de maintenir le pouce pressant sur le bouton jusqu'à ce que l'on ait retiré le signal, sinon le ressort rétablirait une

l'intervalle AB est de $\frac{24,8}{100}$ de seconde, tandis que pour E = 36° on a seulement $\frac{17,2}{100}$ de seconde.

Ce fait est important. Dans toutes nos expériences il s'est reproduit d'une façon aussi constante que régulière. On remarquera que, seul ici, le chiffre moyen correspondant à l'excitation 35° est un peu supérieur à celui qui le précède. Ce fait se retrouvera ultérieurement pour des excitations de même intensité. Nous n'en avons trouvé d'autre explication que la fatigue peut-être des nerfs; cependant, même après un repos, souvent ce chiffre reste plus élevé. Il y a là un certain effarement dû probablement encore à l'intensité de l'excitation, effarement qui diminue un peu à l'excitation suivante, même plus forte, à 36°. Nous signalons ce fait, en tout cas, parce qu'il s'est reproduit souvent; mais nous n'en trouvons pas une explication suffisante. Ce n'est pas à dire, hâtons-nous de le noter, que nous ayons fait des excitations dans un ordre régulièrement progressif; très-souvent, après 36°, nous revenons à 33°, etc. Plusieurs fois nous avons observé que, après plusieurs excitations 34°, 35°, 36°, l'excitation 33° ou 32°, qui n'avait pas au préalable été perçue, l'était parfois dans la suite. Toutefois, généralement, même après l'éducation relative produite par 35°, 36°, le temps revient pour 33° au chiffre plus élevé primitivement obtenu. Donc, sans nier absolument une certaine influence de l'habitude, nous pouvons dire que les chiffres restent proportionnels à l'intensité du courant. Même pour les sujets les plus exercés et les plus habitués à ces expériences, comme cela est arrivé pour moi-même, l'habitude ne perfectionne guère, après les premières expériences, l'habileté à répondre à une excitation, et comme le montrera notamment un petit tableau des résultats obtenus sur moi pour l'excitation de diverses régions du membre supérieur (tableau VI), — à un chiffre d'intensité faible correspond généralement un intervalle de temps prolongé.

La moyenne de tous les chiffres du tableau I, de 30° à 36°, est de $\frac{21,2}{100}$ de seconde. Ce chiffre 21,2 représente donc, en résumé, pour une excitation moyenne, le temps nécessaire à la perception d'une excitation sensitive, plus le temps employé à vouloir, à transmettre et à effectuer un mouvement.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 mars 1882. — Présidence de M. GAVARRET.

CORRESPONDANCE

M. le ministre de l'instruction publique transmet une notice de M. le capitaine Charronet, intitulée : *l'Hémophone, appareil indicateur des hémorrhagies.*

La correspondance non officielle comprend une lettre de M. Onimus, accompagnant l'envoi d'une note dans laquelle il relate un cas de contracture et de crampe déterminée par l'emploi des béquilles, conséquence beaucoup plus rare que la paralysie signalée par MM. Panas et Vulpian.

PRÉSENTATION

M. LASÈGUE présente, en son nom et au nom de M. Regnauld, une brochure intitulée : *Le chloroforme et son emploi thérapeutique en dehors de l'inhalation.*

---

nouvelle communication, nouveau courant, et par suite nouvelle marque du stylet, de sorte qu'on ne reconnaîtrait plus le point exact de la première interruption. Il est préférable, pour plus de sécurité, d'annuler tous les tracés où il y a plus de deux lignes d'ascension du signal électrique, soit pour la cause que nous venons d'indiquer, soit à la suite d'une pression involontaire exercée par le pouce avant la perception sensitive, etc.

COMMUNICATION

Recherches sur la production de l'oxychlorure de carbone dans le chloroforme. — M. REGNAULD, en son nom et au nom de M. Rousse, lit sous ce titre une note dont l'objet est de démontrer que l'oxychlorure de carbone résultant de la décomposition du chloroforme exposé à l'air et à la lumière est le composé le plus dangereux qui puisse souiller cet anesthésique.

Avant d'étudier ses propriétés toxiques, MM. Regnauld et Rousse ont voulu préciser les conditions de sa genèse, sujet sur lequel règnent des dissidences. C'est là le sujet de cette première note. Les résultats de leurs expériences n'étant pas encore complets, et n'étant donnés que pour prendre date, nous attendrons la prochaine communication pour en résumer l'ensemble.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE CHLOROFORME

M. GOSSELIN fait observer que, comme il arrive presque toujours en pareil cas, la discussion s'est égarée. Il rappelle le point de vue principal, le point de départ de sa communication, et montre comment ses contradicteurs, s'en écartant de plus en plus, en sont arrivés à lui prêter une opinion dangereuse pour la société et pour la profession médicale. Revenant donc à ce point de départ, il rappelle en peu de mots sa première communication. Tous les chirurgiens, dit-il, n'administrent pas le chloroforme de la même façon ; les uns le donnent d'emblée à doses massives, d'autres à doses progressives, d'autres à doses continues, c'est-à-dire sans jamais lever la compresse ; d'autres par certains procédés spéciaux et à l'aide d'appareils appropriés, etc. Tous ces moyens, tous ces procédés, sont-ils également bons, également dépourvus d'inconvénients? C'est ce qu'il importait d'étudier, et c'est pourquoi il m'a paru utile de soulever cette question. Le principal but à atteindre, à mon sens, était de chercher un procédé à l'aide duquel on pût ne pas arriver à cette dose qui, inoffensive pour le plus grand nombre, peut être dangereuse et même mortelle pour quelques-uns.

Il y a trois catégories de sujets : 1° ceux auquels on peut impunément, et sans le moindre inconvénient, donner du chloroforme d'une façon continue; 2° ceux qui, arrivés à une certaine dose moyenne, sont pris d'un spasme de la glotte, d'un spasme du diaphragme, d'une respiration haletante, et chez lesquels tous ces phénomènes disparaissent aussitôt qu'on retire la compresse; 3° enfin ceux qui sont frappés d'une mort instantanée, foudroyante, terrifiante, sans avoir préalablement présenté le moindre indice, la plus petite particularité. Heureusement, ces derniers sont extrêmement rares. Mais il n'en existe pas moins un petit nombre de sujets prédisposés, chez lesquels l'anesthésie chloroformique entraîne toujours un grand danger. La physiologie et la chirurgie ont-elles fait assez de progrès pour arriver à prévenir autant que possible ou à écarter ces dangers ?

Mon but, ajoute M. Gosselin, était de faire connaître un mode d'administration du chloroforme qui me paraît mettre aussi sûrement que possible à l'abri de ces inconvénients et de ces dangers. Depuis longtemps, j'ai recours à cette méthode ; elle ne m'a jamais fait défaut ; je l'ai souvent enseignée à mes élèves, mais elle ne me paraît pas encore assez connue des chirurgiens. Ce mode d'administration consiste dans la substitution, dès le début de l'anesthésie, d'intermittences voulues, réglées, à la continuité de l'administration. Je sais que cette méthode n'est pas nouvelle, mais un grand nombre de chirurgiens ne la connaissent pas, ne la pratiquent pas, ou attendent, pour y recourir, une irrégularité quelconque dans la marche de l'anesthésie. Je ne me suis pas donné comme l'inventeur de ces intermittences prophylactiques. L'idée appartient à M. Sédillot, mais l'indication qu'il en a donnée a passé inaperçue, et ce sont les inhalations continues, préconisées par Perrin et Lallemant, qui sont devenues usuelles, classiques. C'est précisément cette pratique usuelle, inoffensive pour le plus grand nombre des sujets, mais dangereuse pour certains, que j'ai voulu réformer. Mon but a été de proportionner autant que possible la quantité de chloroforme introduite dans l'économie à la susceptibilité des centres nerveux des sujets qui forment la troisième catégorie, c'est-à-dire

de ceux qui peuvent être mortellement frappés par une dose trop forte pour eux. J'étends le précepte de Sédillot ; je pense que diminuer les irrégularités dans la chloroformisation, c'est écarter le danger. Il est vrai que c'est là une précaution inutile pour les tolérants, mais je n'hésite pas à passer par-dessus cette considération, sûr que je suis d'être utile aux autres.

M. Perrin prétend que les intermittences retardent l'anesthésie, font perdre beaucoup de temps ; il me reproche d'éterniser la séance. En m'adressant ce reproche, notre collègue oublie que, de tous les anesthésiques, le chloroforme est celui qui s'élimine le plus lentement, et que, par conséquent, dans le temps très-court d'une intermittence, le sujet ne saurait se débarrasser de tout le chloroforme contenu dans son sang. L'anesthésie ne recule donc pas pendant les intermittences, comme le pense M. Perrin.

M. Verneuil dit que les petites quantités de chloroforme s'éliminent ; il cherche une explication de cette élimination. Je ne tiens pas aux explications, je tiens aux faits et à leur bonne observation. J'affirme que les intermittences, au lieu de retarder, accélèrent dans bon nombre de cas la marche de l'anesthésie, en prévenant précisément les irrégularités et les accidents qui, avec les inhalations continues, forcent souvent à interrompre tout à fait l'administration de l'agent anesthésique.

MM. Verneuil et Le Fort m'ont demandé de quelle variété de mort je cherchais à me garantir avec les inhalations intermittentes. On a fait intervenir la syncope indépendante du chloroforme ; mais dans bien des cas le chloroforme et surtout la manière de l'administrer peuvent bien être pour quelque chose dans la production de la syncope. Les physiologistes admettent que le chloroforme excite, puis paralyse le cerveau. Franck, Arloin et Duret ont montré comment l'excitation arrivait sur le bulbe. Il y a aussi l'arrêt ou la paralysie du cœur, la syncope cardiaque comme il y a la syncope bulbaire. J'ai montré le danger du contact d'un sang trop chargé ou trop brusquement envahi par le chloroforme sur les éléments des centres nerveux. Quelle que soit donc la cause de la mort, il faut, selon moi, toujours l'attribuer à ce qu'il y a eu trop de chloroforme ou du chloroforme trop brusquement introduit dans l'économie.

A M. Trélat, qui me prédit la possibilité d'un cas de mort par le chloroforme, je répondrai : Attendons ; je n'ai pas dit *jamais* comme Sédillot ; j'ai dit que, si j'ai un cas de mort, ce sera parce que j'aurai commis un oubli ou que j'aurai eu une défaillance dans l'administration de l'agent anesthésique, mais je maintiens qu'on ne doit pas mourir subitement du chloroforme. Je sais qu'il y a des aptitudes individuelles, des idiosyncrasies ; mais c'est précisément contre elles qu'il faut se tenir en garde. Il faut compter les victimes, et, contrairement à M. Trélat, je pense que les nombreux survivants ne suffisent pas pour nous consoler des morts.

Je ne me résigne pas et repousse de toutes mes forces cette décourageante opinion qui veut qu'il y ait toujours des victimes du chloroforme. Je n'admets jamais les doctrines de fatalité en matière de résultats chirurgicaux. Quand Michon et Velpeau, mes maîtres, me disaient que l'érysipèle et l'infection purulente étaient les résultats inévitables de la chirurgie, je protestais et m'efforçais par tous les moyens hygiéniques possibles de prévenir ces redoutables conséquences de la chirurgie active. Les progrès accomplis depuis ce temps ont montré combien j'avais raison de protester et d'espérer de voir disparaître à jamais de nos salles l'infection purulente. Laissez-moi espérer qu'il en sera de même de la mort par le chloroforme. Je suis convaincu qu'on arrivera à trouver un moyen sûr d'éviter les morts subites par cet agent. M. Paul Bert, en recherchant la dose maniable, marche dans cette voie.

J'ai eu tort, disent mes contradicteurs, de reprendre l'aphorisme de Sédillot ; j'engage ainsi la responsabilité des chirurgiens, je les expose même aux poursuites judiciaires, je risque enfin de faire abandonner l'anesthésie. A tout cela je répondrai que je n'ai fait qu'utiliser une longue expérience de faits acquis à la science. Sédillot a répondu à toutes ces objections en 1851 ; le temps n'a fait que fortifier sa réponse. Quant aux craintes exprimées par plusieurs de nos collègues relativement aux poursuites judiciaires dont pourraient être victimes quelques chirurgiens, je répondrai, avec Sédillot, que nous vivons dans un pays où l'on a trop le sentiment de la justice pour condamner un homme de l'art victime d'un malheur, où l'on sait très-bien que cet homme de l'art ne relève que de sa science et de sa conscience ; je dirai, avec lui, que cette épée de Damoclès dont on veut menacer le chirurgien n'est nullement dangereuse, attendu qu'on n'en coupera jamais le fil. L'aphorisme de Sédillot n'est nullement accusateur, mais bien plutôt tutélaire. Je dirai, en terminant, que ce n'est pas à mes collègues que j'entendais surtout imposer une méthode quelconque, mais bien aux jeunes générations de chirurgiens.

M. TILLAUX. Je crois qu'il est du devoir de chaque chirurgien de donner son opinion et de faire connaître ses résultats dans ce débat. Depuis vingt ans, j'ai donné le chloroforme dans toutes les circonstances, pour des opérations sur la face, où il est réputé si dangereux, et je n'ai jamais eu d'accident. J'estime que le chloroforme est un agent excellent et que le moyen que j'emploie pour l'administrer est très-bon. Je suis de l'avis de M. Gosselin et pense que la méthode des intermittences est avantageuse. Mais faut-il employer cette méthode comme le préconise M. Gosselin? Je n'oserai le dire et considère la technique de M. Gosselin comme très-difficile à faire entrer strictement dans la pratique générale. Il y a des malades qui s'endorment dès la seconde inspiration, comme une jeune femme que j'ai récemment opérée d'une fissure à l'anus. A quoi pourraient servir, dans ce cas, les intermittences réglées?

La mort dépend-elle du mode d'administration du chloroforme? Je le pense, dans la grande majorité des cas ; mais il y a des cas très-exceptionnels où elle peut avoir une autre cause. Il y a trois ans, j'opérais chez les frères Saint-Jean de Dieu un malade atteint d'un lipome intra-buccal. Ce malade était assis et non anesthésié, l'énucléation de ce lipome devait être d'une extrême facilité. Dès le premier coup de bistouri, il s'affaisse sur sa chaise, et il meurt entre mes mains. Si j'avais donné le chloroforme dans ce cas, on n'aurait pas manqué de lui attribuer cette mort. Il n'est donc pas possible de dire que tous les cas de mort sont dus au chloroforme. Comme tous les chirurgiens j'ai eu des alertes, mais j'ai le sentiment profond que chaque fois il a été commis une faute dans l'administration de l'agent anesthésique. Voici la méthode que j'emploie : Je préfère la compresse à tout autre appareil, d'abord parce qu'on la trouve partout, ensuite parce qu'elle exige plus d'attention ; c'est là une des raisons pour lesquelles je la préfère. Je choisis une compresse épaisse, à mailles un peu larges. Le chloroforme est versé en quantités que je ne cherche pas à graduer ; deux à trois grammes pour les uns, plus pour les autres. J'ai récemment opéré un alcoolique pour lequel il m'a fallu 300 grammes de chloroforme. Je m'en rapporte aux effets produits, et c'est sur eux que je me guide pour la marche de l'anesthésie. Je surveille surtout la respiration. Une fois l'anesthésie obtenue, le chirurgien est bien obligé de confier la compresse à un aide ; or cet aide, s'il n'a une grande habitude, se laisse trop souvent distraire par l'opération et oublie trop facilement son malade. C'est là une des causes les plus fréquentes des alertes. Il faudrait, pour ainsi dire, un écran entre l'aide chargé de l'anesthésie et le champ opératoire. Je redoute toujours quelque peu d'endormir un sourd, parce que je me guide surtout sur la voix et les réponses du malade pour juger du progrès de l'anesthésie.

En résumé, je pense qu'il faut recourir aux intermittences, mais elles ne peuvent pas être réglées comme le voudrait M. Gosselin. Je pense que les accidents et la mort elle-même sont presque toujours dus à un défaut d'administration. La simple compresse est préférable à tous les appareils. Il faut que l'aide chargé de l'anesthésie ne s'occupe absolument que de cela. On juge très-bien des progrès de l'anesthésie sur les troubles successifs apportés dans l'intelligence du malade.

M. GOSSELIN. M. Tillaux n'a pas dit que, chaque fois qu'il verse du chloroforme sur sa compresse, il la renverse sur sa main et l'éloigne conséquemment de la bouche du malade. C'est là un excellent procédé d'intermittences.

M. TILLAUX. Je fais, en effet, comme le dit M. Gosselin ; mais ces intermittences que j'approuve et que j'emploie n'ont rien de déterminé.

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture d'un rapport de M. Fournier sur les titres des candidats à la place déclarée vacante dans la section de pathologie interne.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Aimé-Martin, médecin de Saint-Lazare; notre regretté confrère a succombé dans sa quarante-septième année, à une néphrite parenchymateuse qui le tenait alité depuis plusieurs mois; de M. le docteur de Vauréal, décédé à Ajaccio dans sa quarante-septième année, et de M. Georges Bourgeau, élève en médecine, ancien externe des hôpitaux de Paris, décédé à Cormery, dans sa vingt-huitième année.

— M. Joyeux-Laffine soutiendra, à la Faculté des sciences de Paris, le 23 mars, à huit heures et demie, pour obtenir le grade de docteur ès sciences naturelles, une thèse sur l'organisation et le développement de l'oncidie.

— M. le docteur Remy, agrégé, commencera le cours auxiliaire de physiologie, le jeudi 23 mars 1882, à une heure, dans le petit amphithéâtre, et le continuera les jeudis suivants, à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 12582.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.



AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Le chloroforme et son emploi thérapeutique interne, en dehors de l'inhalation.

Nous surseoirons pour aujourd'hui à ce que nous nous proposions de dire de l'auscultation et de la percussion considérées comme éléments de la technique médicale, à l'occasion de la publication déjà en partie analysée des petits manuels de MM. Lasègue et Grancher. Nous y sommes en quelque sorte autorisés par l'actualité autant que par l'intérêt d'un autre travail dû également à la plume de M. Lasègue, doublée cette fois de celle de M. Regnauld ; nous voulons parler du travail sur le chloroforme et de son emploi thérapeutique, que M. Lasègue a présenté mardi dernier à l'Académie de médecine, au nom de son collègue et au sien.

Cet agent si merveilleux et si terrible, mais beaucoup plus souvent merveilleux que terrible, heureusement, entre les mains des chirurgiens, ainsi que le prouve surabondamment la discussion actuelle, le chloroforme, transporté sur le domaine médical, y fait beaucoup moins de merveilles, il est vrai, mais aussi y cause-t-il moins de désastres, ou plutôt n'en cause-t-il pas du tout.

Son utilité, à ce dernier point de vue, est-elle égale ? Non, assurément, il s'en faut ; mais elle est susceptible de s'étendre beaucoup au-delà des limites dans lesquelles elle est restée renfermée jusqu'à présent. C'est ce qu'a voulu démontrer et ce à quoi tend manifestement l'étude que MM. Lasègue et Regnauld viennent de faire de concert sur ce sujet. Les noms de ces deux auteurs sont une garantie suffisante d'exactitude au double point de vue technique des préparations indiquées, et au point de vue clinique de l'observation des effets constatés.

Ce n'est pas d'aujourd'hui, personne ne l'ignore, que les propriétés antispasmodiques et paralgiques du chloroforme sont usitées en médecine, et il ne faudrait pas remonter bien haut dans l'histoire de cet agent pour montrer qu'il a été appliqué à la médecine avant même d'avoir été introduit dans l'usage chirurgical comme anesthésique. Mais ce n'est qu'après d'assez longs tâtonnements, et surtout après de nombreuses déceptions, qu'on est arrivé à peu près à circonscrire le champ d'application du chloroforme à l'intérieur dans un petit nombre d'indications.

Nous allons probablement la voir s'étendre sous l'incitation des conseils que nous allons formuler.

Les préparations destinées à l'ingestion se réduisent, comme on va le voir, à l'eau chloroformée. Il serait trop long de dire ici quelles sont les raisons qui la font admettre à l'exclusion des autres préparations proposées, telles que l'alcool chloroformé, le chloroforme émulsionné, la potion huileuse émulsionnée au chloroforme, etc. Il nous suffira de dire quelles en sont les applications pratiques possibles, et les bons résultats qu'on peut en attendre. Nous ne parlerons ici que de l'usage interne, les usages topiques et leurs effets étant beaucoup plus connus.

Eau chloroformée. — On sait que la solubilité du chloroforme dans l'eau est représentée (entre + 10 et + 20°), par 10/1000. D'après les récentes expériences de M. Regnauld, elle ne dépasserait pas 9/1000. C'est ce chiffre qui sert de base à la préparation.

L'eau chloroformée est obtenue en versant dans un flacon aux trois quarts plein d'eau distillée un excès de chloroforme, et en agitant à plusieurs reprises le mélange, en laissant déposer le chloroforme jusqu'à complet éclaircissement. L'eau chloroformée, saturée et absolument transparente, est séparée de l'excès de chloroforme par décantation ou à l'aide d'un siphon. L'eau chloroformée saturée, n'étant pas supportée à l'intérieur, doit être préalablement diluée. Si de hautes doses de chloroforme sont jugées nécessaires, il n'y a pas de meilleur moyen de satisfaire à cette indication que d'étendre l'eau chloroformée saturée à 9/1000 de son poids d'eau.

L'observation a démontré que divers sels dissous dans l'eau (chlorate de potasse, bicarbonate, borate, salicylate de soude) ne modifient pas, d'une façon appréciable, la solubilité du chloroforme. On peut donc, l'indication échéant, préparer des solutions de ces sels dans l'eau chloroformée, en se tenant, quant aux doses, au-dessous des limites extrêmes de la solubilité (à + 15°) de ces sels.

Bien qu'il soit aisé de faire un sirop de chloroforme ou d'associer cet agent en petites doses à une boisson alcoolisée, suivant les indications qu'on pourrait avoir à remplir

MM. Lasègue et Regnauld sont d'avis que l'eau chloroformée, pure ou atténuée, suffit à toutes les nécessités de la médication interne par le chloroforme.

En résumé, l'eau chloroformée, dont la saveur est agréable, qui procure à la bouche une sensation de fraîcheur se prolongeant quelques minutes après l'ingestion, sans laisser de goût persistant à sa suite, comme les solutions éthérées, est, aux yeux de MM. Lasègue et Regnauld, pour le traitement interne, l'agent fondamental. En supposant qu'on juge utile de remplacer l'eau pure par d'autres liquides, tels que le vin, les liqueurs sucrées, on devra toujours se référer à elle comme au type. Aussi la recommandent-ils comme excipient au-dessus de tous les autres. Elle a l'avantage de s'adapter à tous les médicaments avec une facilité exceptionnelle.

La propriété qu'a l'eau chloroformée de soutenir sa saveur dans la bouche pendant une ou deux minutes permet de faciliter l'introduction de certains médicaments désagréablement sapides, sans blesser le goût. Elle a pu être associée ainsi avec avantage avec l'huile de ricin, avec les émulsions de gomme-gutte.

Dans l'eau chloroformée considérée comme simple excipient, on n'a envisagé jusqu'ici que les facilités qu'elle apporte à l'administration des médicaments. Par l'action directe qu'elle exerce sur les membranes muqueuses et les surfaces avec lesquelles elle est mise en contact, elle peut être utilisée pour certaines affections de la bouche, des gencives, des dents, du voile du palais, du pharynx.

Ingérée dans l'estomac, il est hors de doute que l'eau chloroformée excite l'estomac. Mais elle agit diversement suivant qu'elle est administrée avant, pendant ou après l'alimentation, et selon qu'un temps plus ou moins long s'écoule entre le repas et l'absorption du remède.

Comme mise en train de l'appétit, l'eau chloroformée est un mauvais agent. A la fin du repas, soit seule, soit associée à un vin alcoolique et sucré, elle accroît les qualités stimulantes du vin, ou donne les mêmes effets que lui.

Où l'eau chloroformée jouit d'une efficacité incontestable et qui lui appartient en propre, c'est quand elle est administrée pour combattre les maladies multiples qui surviennent au cours de la digestion et qui la troublent. Son maximum d'action thérapeutique répond aux trois ou quatre heures qui suivent le repas, à ce moment où les troubles fonctionnels s'expriment par des bâillements, des tensions ou des éructations gazeuses, des sensations de pression ou de lourdeur épigastrique, de l'écœurement, des bouffées de chaleur au visage, des menaces vertigineuses.

A un plus haut degré, lorsque les troubles digestifs se traduisent par des douleurs stomacales lancinantes, perforantes, de l'anxiété, de l'angoisse, un mouvement fébrile passager, de la sécheresse à la bouche, du tympanisme douloureux, de l'oppression, des palpitations de cœur, etc., son action deviendrait nuisible, cette période de l'indigestion s'accommodant mal de n'importe quel excitant.

L'eau chloroformée, en un mot, produit dans l'estomac et y répète les effets sédatifs que l'on constate si facilement à l'intérieur de la bouche. Si elle ne guérit pas la maladie, elle en atténue du moins les conséquences ; c'est le remède de la crise, ne dispensant pas, d'ailleurs du traitement principal. En définitive, la conclusion la plus claire et la plus évidente qui ressort de cette étude, c'est que l'eau chloroformée est un des calmants les mieux adaptés aux malades qui souffrent de dilatation de l'estomac pendant le stade pénible de leur digestion et aux cancéreux qui se trouvent dans les mêmes conditions nauséeuses.

Traitement des hernies irréductibles par les injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine.

Il y a quelques années, en 1877, nous avons inséré dans la *Gazette* un travail de M. le docteur Philippe (de Saint-Mandé), contenant la relation de trois observations qui démontraient l'efficacité de l'emploi des injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine pour la réduction des hernies, après les tentatives infructueuses de l'opération du taxis. M. le docteur Philippe, en signalant les résultats heureux de ses premiers essais dans l'emploi de cette méthode, conviait ses confrères à de nouvelles expérimentations. Mais il ne s'est pas borné à cet appel, il a continué lui-même à pratiquer les injections morphinées dans les cas de hernies irréductibles qui se sont présentés depuis dans sa pratique. Les nouvelles applications qu'il a eu l'occasion de faire de cette méthode sont au nombre de cinq, ce qui porte jusqu'à ce jour le chiffre total à huit. Nous trouvons ces cinq observations nouvelles consignées dans une thèse récemment soutenue à la Faculté par M. le docteur Boussenot. Nous croyons utile d'en exposer ici une relation sommaire.

Dans la première observation, il s'agit d'un homme âgé de soixante-cinq ans, porteur depuis longtemps de deux hernies inguinales qu'il faisait rentrer très-facilement. Une fois, ne pouvant faire rentrer sa hernie, il fait appeler M. Philippe, qui trouve une hernie irréductible. Le taxis est inutilement tenté pendant un quart d'heure. Une injection de cinq gouttes d'une solution de morphine au 50e est pratiquée ; la tumeur se ramollit, diminue de volume et est moins sensible. Un quart d'heure après, nouvelle injection de cinq gouttes ; réduction facile au bout de quelques minutes.

Dans ce premier fait, on le remarquera, il n'y avait eu encore aucun accident d'étranglement, mais simplement irréductibilité. 1 centigramme de morphine a suffi pour faciliter la réduction. Mais, comme on va le voir, dans les faits suivants les choses étaient moins simples.

Le deuxième malade était un homme de soixante-quinze ans, porteur depuis vingt ans d'une hernie inguinale droite volumineuse, sortie sous l'effort que fit cet homme pour ne pas tomber. M. Philippe, appelé, trouva une hernie irréductible peu douloureuse. Manœuvres de taxis pendant vingt minutes, sans succès. Deuxième injection, de six gouttes ; la tumeur diminue de volume et de consistance ; nouveau taxis le soir, sans succès. Troisième injection, de cinq gouttes ; la tumeur diminue de moitié. Quatrième injection, de cinq gouttes ; la hernie est rentrée aux trois quarts et se réduit sans efforts.

Le seul effet nocif de la morphine à la dose de vingt-deux gouttes de solution, soit 22 milligrammes de morphine, a été un vomissement survenu après la quatrième injection. Une heure et demie après la première injection, tout rentrait dans l'ordre.

Chez une femme atteinte d'une hernie crurale droite volumineuse étranglée, après une tentative de taxis aidé du chloroforme, sans succès, M. le docteur Foucher, appelé en consultation, réduit la hernie après une première injection de morphine. Ceci se passait le 17 novembre. Vingt-cinq

jours après, le 10 décembre, la malade éprouve des douleurs intolérables dans sa hernie, qui est de nouveau étranglée. Il y avait trois heures et demie environ que cette femme souffrait lorsque M. Philippe, appelé, après des tentatives infructueuses de taxis durant vingt minutes, fit une injection de six gouttes de solution morphinée, sans effet ; nouveau taxis infructueux pendant un quart d'heure. Deuxième injection, de quatre gouttes ; la malade souffre un peu moins, la tumeur est notablement ramollie, mais le taxis ne réussit pas encore. Troisième injection, de cinq gouttes ; presque plus de douleurs ; réduction partielle. Quatrième injection, de cinq gouttes ; plus de douleur. Cinquième injection, de quatre gouttes ; réduction d'une grande partie de la hernie, qui est tout à fait souple. Sixième injection ; il reste encore un petit noyau irréductible ; on cesse les manœuvres pendant un quart d'heure. Au bout de ce temps, la hernie rentre d'elle-même.

Une seule injection de morphine avait suffi la première fois ; la seconde fois, il en a fallu six, représentant environ 3 centigrammes de morphine ; il n'y a eu aucun accident de morphinisme.

Le quatrième cas a été moins heureux que les précédents ; mais il est remarquable par la tolérance du malade pour les quantités considérables de morphine qui ont dû être injectées. Il s'agit d'un homme portant une hernie inguinale droite qui jusque-là rentrait aisément, lorsqu'un jour il éprouva tous les signes d'un étranglement qui nécessitèrent des tentatives réitérées de taxis et d'injections morphinées. Après chacune de ces tentatives, la réduction était obtenue, mais la hernie se reproduisait de nouveau. Bref des accidents de péritonite survinrent, qui enlevèrent le malade. Le premier jour, on a administré 45 milligrammes de morphine ; le lendemain, il a fallu 32 milligrammes pour pouvoir réduire ; le troisième jour, 2 centigrammes ont été injectés ; le quatrième jour, 2 centigrammes ont suffi pour réduire complètement une première fois, mais la hernie mal contenue s'étant reproduite, 1 centigramme de morphine suffit pour la rendre réductible. Le quatrième jour, 1 centigramme ; le cinquième, encore 1 centigramme ; le sixième, 18 milligrames ont amené la réduction. C'est le neuvième jour que le malade a succombé aux accidents péritonitiques survenus.

Enfin le cinquième cas est celui d'une femme de quatre-vingt-trois ans, atteinte d'une hernie ombilicale irréductible. Des accidents d'étranglement s'étant manifestés, M. Philippe, appelé seulement le troisième jour, après s'être convaincu de l'irréductibilté par le taxis, fait une injection de cinq gouttes de morphine ; dix minutes après il fait infructueusement de nouvelles tentatives de taxis. Il renouvelle alors l'injection à la même dose, la tumeur se ramollit, quelques anses d'intestin rentrent. Il fait le taxis pendant vingt minutes, et injecte pour la troisième fois cinq gouttes. Au bout d'un quart d'heure, dernières tentatives qui font rentrer la tumeur et cesser les douleurs et tous les autres symptômes de l'étranglement.

Il a fallu, chez cette malade, recourir encore, les jours suivants, à quelques injections pour combattre de nouvelles tendances à l'étranglement. Grâce à ces précautions, le quatrième jour, tout était rentré dans l'ordre.

Assurément nous ne voudrions pas qu'on nous prêtât la prétention de considérer la méthode des injections morphinées comme la méthode désormais unique et exclusive du traitement des hernies étranglées et comme devant se substituer, à l'avenir, à l'opération. Il est évidemment telles circonstances, que tous les chirurgiens connaissent bien, où l'intervention chirurgicale reste et restera toujours l'unique ressource. Mais, réserve faite pour quelques-uns de ces cas qu'il importera de bien déterminer d'avance, il nous paraît ressortir des faits que nous venons de rapporter, et de ceux que notre confrère, M. le docteur Philippe, a rapportés lui-même dans le travail précité, qu'il y a là une ressource puissante, énergique, que les praticiens désormais ne devront pas négliger de mettre en œuvre, avant d'en venir aux moyens extrêmes.

PHYSIOLOGIE

Étude expérimentale sur la vitesse de transmission nerveuse chez l'homme : durée d'un acte cérébral et d'un acte réflexe, vitesse sensitive, vitesse motrice (1).

Par le docteur Albert René,

Chef des travaux physiologiques à la Faculté de médecine de Nancy.

II

Nous avons ensuite cherché à supprimer l'un des principaux facteurs de cette série d'actes nerveux, le travail cérébral proprement dit, le travail cérébral nécessaire à la mise en jeu de la volonté. Nous avons cherché à réaliser autant que possible la production d'un mouvement *réflexe*. Voici la disposition de l'expérience :

Tout étant organisé comme dans l'expérience précédente, nous avons supprimé le manche interrupteur. Nous avons fixé à l'index placé sur les deux boutons de la bobine mobile de Du Bois-Reymond un fil métallique destiné à faire l'interruption d'un courant dès que l'index serait déplacé de sa position, interruption aussitôt inscrite par le signal électrique. Ainsi c'est ici le même index qui reçoit la secousse électrique et qui exécute le mouvement. Mais la volonté n'a pas le temps d'intervenir, le mouvement est absolument réflexe. En effet, nous plaçons la bobine au courant maximum à 40°, ce qui produit une secousse très-vive, ressentie généralement jusqu'au-dessus du coude et souvent plus haut, de façon que l'index est retiré vivement dès que le courant induit est produit.

Si l'on mesure ainsi l'intervalle qui sépare les deux signaux sur le graphique, on a pour les mêmes individus que dans l'expérience précédente (série de 150 expériences) une moyenne générale de $\frac{40}{250}$ de seconde, ou, en éliminant les chiffres extrêmes, de $\frac{38}{250}$, soit 16 à 15,6 centièmes de seconde.

Ce chiffre représente la durée d'un acte réflexe, c'est-à-dire, outre celle de l'excitation sensitive initiale, la durée de la transmission sensitive et de la transmission motrice dans le membre supérieur, plus le temps nécessaire à la transformation dans le centre nerveux de la sensation en mouvement.

Prenons la différence entre le chiffre de la durée d'un acte volontaire et celui de la durée d'un acte réflexe, nous aurons la durée approximative d'un acte cérébral aussi élémentaire que possible. Dans les mêmes conditions, le retard dû à la perception sensitive elle-même (question d'intensité à part), et celui qu'entraîne le temps perdu du muscle qui retire le doigt ou qui presse le bouton du manche interrupteur, peuvent être approximativement considérés comme étant de même durée dans les deux cas. Comptons toutefois, pour le retard dû à l'excursion (espace parcouru depuis la position repos jusqu'à la position mouvement) du pouce qui presse le bouton du manche interrupteur, une durée que nous avons trouvée en

(1) Suite. — Voir le numéro du 23 mars 1882.

moyenne de $\frac{2}{100}$ de seconde. Nous aurons donc en définitive (entre 19,2 et 15,6 ou 16) un chiffre de 3,6 à 3,2 centièmes de seconde pour la durée de l'acte cérébral, soit en moyenne 3,4.

Tels sont les résultats obtenus dans une première série d'expériences faites en 1880. L'année suivante, nous avons réalisé une disposition expérimentale plus rigoureuse et qui nous a fourni toutefois des chiffres identiques, même à un millième de seconde près. Voici en quoi consistait la modification : l'index reposait sur les boutons d'un courant induit venant de la bobine de Du Bois-Reymond, et en même temps appuyait légèrement sur le levier d'un tambour de myographe à transmission conjugué avec un tambour à levier inscripteur. Dès que le courant passait, l'index était vivement retiré, et par suite le tambour revenait à sa position normale et le mouvement était inscrit sur le cylindre. Un signal électrique à air, ayant la même longueur de tubes en caoutchouc, inscrivait également le moment où le courant était lancé. Pour éviter toute erreur venant de ce qu'on pourrait presque appeler l'attention expectante, le sujet en expérience ne pouvait prévoir quand le courant était lancé, car cette manœuvre était effectuée dans une salle voisine et tantôt par secousses se suivant assez rapidement, tantôt après un intervalle de repos, etc. Cette disposition évitait une des causes possibles d'erreur venant du procédé du manche interrupteur. Nous avons ainsi obtenu une moyenne générale de $\frac{15,8}{100}$ de seconde pour la durée d'un acte réflexe, et, en prenant la différence avec la durée du même mouvement effectué par un acte cérébral volontaire le plus rapide possible, nous avons obtenu, comme on le verra plus loin, avec la même disposition expérimentale, le chiffre moyen de $\frac{19}{100}$. Il reste donc une différence de $\frac{3,2}{100}$ de seconde représentant la durée d'un acte cérébral.

Au lieu de procéder ainsi par simple différence entre les deux chiffres moyens, on peut aussi calculer par un autre procédé; en prenant la moyenne des durées de l'acte cérébral calculées pour chaque sujet en particulier, on arrive à un chiffre bien voisin, au chiffre de $\frac{3,5}{100}$. On voit donc que, même par des procédés différents, nous arrivons à des résultats bien identiques. Cette durée de 3,5 à 3,2 centièmes de seconde, pour un acte cérébral très-simple, nous paraît donc incontestable.

On voit aussi que le chiffre 15,8 obtenu en 1881 est, par une coïncidence aussi heureuse que bizarre, la moyenne rigoureuse des chiffres 15,6 et 16 obtenus en 1880 pour la durée moyenne du réflexe. De même enfin pour la durée du mouvement volontaire (un index percevant la secousse et l'autre index produisant le mouvement sur le tambour) nous avons des chiffres moyens bien rapprochés, $\frac{18,2}{100}$ en 1880 et $\frac{19}{100}$ en 1881.

Connaissant la durée d'un acte réflexe (excitation parcourant le trajet des nerfs sensitifs de l'index jusqu'à la moelle et revenant aux muscles fléchisseurs du même index), on pourrait calculer une vitesse de transmission nerveuse, mais en confondant la vitesse sensitive et la vitesse motrice, et en les supposant égales. Si l'on fait abstraction de la durée du travail qui se passe dans la moelle (longueur des nerfs sensitifs mesurée depuis la pulpe de l'index jusqu'à la moelle + longueur des nerfs moteurs mesurée depuis la moelle jusqu'au milieu des muscles fléchisseurs de l'index), on trouve comme moyenne des résultats obtenus pour chaque sujet un chiffre de $13^{m},20$ par seconde. Mais il nous paraît inexact de faire abstraction du temps de transformation de la sensibilité en mouvement; ce chiffre de $13^{m},20$ est donc trop faible. Si, d'autre part, exagérant peut-être, nous ne pouvons le savoir, si nous assignons *à priori* à ce travail médullaire une durée égale à celle que nous avons trouvée pour l'acte cérébral lui-même, nous obtiendrons un chiffre définitif de $16^{m},73$ par seconde, représentant la vitesse de transmission nerveuse, mesurée, répétons-le, sans distinction de propriétés de sensibilité ou de mouvement, dans le parcours d'un arc réflexe du membre supérieur.

Voyons maintenant comment nous avons essayé de mesurer, séparément, la vitesse de transmission sensitive et la vitesse de transmission motrice.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 mars 1882. — Présidence de M. Léon Labbé.

COMMUNICATIONS

Phimosis. — M. TRÉLAT, à l'occasion de la communication faite dans la dernière séance par M. Surmay (de Ham), a été quelque peu étonné d'apprendre que plusieurs de ses collègues avaient abandonné l'opération du phimosis pour la dilatation. Il ne partage pas leur avis, ayant été témoin de plusieurs récidives à la suite de dilatations répétées. Il cite l'exemple de plusieurs malades chez lesquels, à la suite de dilatations inefficaces ou même nuisibles, il a été obligé de faire une opération totale, complète. C'est pourquoi M. Trélat pratique d'emblée l'opération complète du phimosis, et il croit qu'il y a tout avantage à la pratiquer plus tôt que plus tard. Il se sert des pinces, des ciseaux de sa trousse et de serres-fines, résèque le moins de peau possible; il fait une incision dorsale, puis régularise les lambeaux de façon à obtenir une couronne de 12 millimètres environ.

RAPPORT

Chloroforme. — M. POLAILLON lit un rapport sur une communication de M. Martel (de Saint-Malo) relative à un cas de mort subite par le chloroforme. Il s'agit d'un garçon boulanger de vingt-neuf ans, petit, chétif, alcoolique, atteint d'une gueule-de-loup, opéré dans son enfance d'un bec-de-lièvre concomitant et qui portait une hernie inguinale droite volumineuse; cette hernie, plusieurs fois étranglée, avait laissé un sac inhabité qui était devenu le siège d'un abcès. C'était pour ouvrir cet abcès que M. Martel endormit ce malade. On n'avait constaté chez lui aucune trace de maladie des voies respiratoires ou du cœur. Il était à jeun au moment de l'opération. Il fut endormi à l'aide d'une grande compresse repliée en forme de cornet et dans le fond de laquelle se trouvait un tampon de charpie. L'air avait un libre accès.

Le confrère chargé de l'anesthésie avait préalablement fait observer que la difformité de la gorge que portait cet homme pouvait créer quelques dangers pour l'anesthésie, et il avait, pour cette raison, redoublé de précautions.

Quinze ou vingt inhalations furent faites sans rien présenter de particulier; 4 à 6 grammes de chloroforme, environ, avaient été usés quand, le malade paraissant endormi, M. Martel procéda à l'opération; la respiration était forte, un peu stertoreuse, le pouls bon; celui-ci s'affaiblit peu à peu, la respiration s'affaiblit à son tour et finit par s'arrêter, alors que, depuis un certain temps déjà, la compresse avait été écartée.

L'insufflation de bouche à bouche, la respiration artificielle, l'emploi du tube de Chaussier, ne parviennent pas à ranimer le malade; à trois reprises seulement, il fit une profonde inspiration : il était mort.

A l'autopsie, rien dans l'encéphale; le cœur présentait une teinte acajou, mais il n'y avait pas d'insuffisances; dans le voisinage de l'ancienne hernie, quelques traces d'une péritonite récente; enfin, du côté de la poitrine, une pleurésie pseudo-membraneuse, assez avancée, n'ayant pas donné lieu à des phénomènes réactionnels appréciables.

Le chloroforme fut examiné ; il n'était pas absolument pur, et contenait un peu d'alcool. Mais il n'était certainement pour rien dans les causes de la mort.

La mort, dans ce cas, n'était donc due ni à une impureté du chloroforme, ni à une administration imprudente ou défectueuse.

C'était donc chez le malade lui-même qu'il fallait rechercher les causes de cette mort. La difformité de la gorge, l'altération légère du myocarde, la péritonite récente, ne pouvaient être invoquées ; c'est donc à la présence des adhérences pleurales étendues chez un malade affaibli, n'offrant plus la tolérance normale aux anesthésiques, qu'il faut attribuer les causes de la mort.

Cette observation démontre une fois de plus que la mort par le chloroforme peut survenir inopinément, en dehors de toute faute du chirurgien.

M. BERGER. Si l'on étudie, dans ce cas, le mécanisme de la mort, il semble qu'elle soit survenue par le fait d'une syncope et que les phénomènes respiratoires n'y soient pour rien. Il s'agit, en effet, d'une altération primitive du cœur ayant prédisposé à un arrêt de la respiration. On ne peut incriminer les inhalations brusques de trop grandes quantités de chloroforme facilitées par la gueule-de-loup ; ce n'est pas une syncope laryngo-réflexe ; la mort est survenue par syncope cardiaque au moment de la saturation chloroformique. Il faut aussi remarquer que, dans ce cas, l'anesthésie a été extrêmement rapide, et que le malade a traversé très-vite la période primitive.

M. Berger croit qu'en pareil cas l'administration extrêmement lente du chloroforme et le principe des intermittences sont des conditions indispensables. Sans incriminer en rien le procédé employé par M. Martel, il avoue qu'il ne lui inspire pas autant de sécurité.

M. DESPRÈS croit que le chloroforme ne tue que des malades qui présentent, dans leur état morbide, une prédisposition spéciale. Chaque fois, par exemple, qu'il existe une affection inflammatoire s'accompagnant de fièvre et de souffrance, le chloroforme endort beaucoup plus rapidement. La véritable cause de la mort, dans le cas de M. Martel, réside dans les adhérences pleurales. Si l'on étudie les cas de mort par le chloroforme, on voit que dans un grand nombre de cas on a trouvé à l'autopsie des adhérences pleurales ou des ganglions bronchiques. On pense qu'il faut accuser le chloroforme pour ménager ou sauvegarder le médecin. Il n'est pas nécessaire de formuler cette accusation, attendu que, chaque fois qu'il y a un cas de mort, c'est que le malade présente des conditions spéciales de santé qui prédisposent aux accidents mortels sous l'influence de l'anesthésie.

M. TERRIER croit qu'il faut d'abord féliciter M. Martel d'avoir publié cette observation, une observation de ce genre en apprenant bien plus que toutes les théories qu'on peut avancer. Je n'ai jamais vu, dit M. Terrier, que quinze à vingt inhalations et 5 à 6 grammes de chloroforme puissent suffire pour amener l'anesthésie complète. Celle-ci n'est qu'apparente, et, si l'on interroge les réflexes, le réflexe palpébral, par exemple, on voit que les individus ne sont pas endormis.

La mort survient généralement, au début de l'anesthésie, par syncope ; les individus ne sont pas conscients, mais leur système nerveux réagit encore, et c'est alors une action réflexe, ayant pour point de départ le coup de bistouri, qui a déterminé la syncope cardiaque. Contrairement à M. Desprès, je ne crois donc pas ici à l'influence des adhérences pleurales. J'ai endormi un malade portant des adhérences pleurales ; j'ai dû prendre des précautions pour combattre l'asphyxie dont il paraissait menacé à certains moments, mais il n'a pas eu la moindre menace de syncope cardiaque. Contrairement aussi à ce qu'avance M. Desprès, il y a des malades qui succombent sous l'influence du chloroforme et qui ne portent en eux-mêmes aucune tare, aucune lésion anatomique préalable. Je crois donc que, dans ce cas, comme dans beaucoup d'autres, il y a eu une syncope parce que l'anesthésie était insuffisante, incomplète, et qu'une excitation d'un nerf sensible a pu déterminer une action réflexe entraînant la suspension des mouvements du cœur.

M. PERRIN. M. Berger semblait accuser le procédé employé, c'est-à-dire la compresse repliée en forme de cornet et contenant un morceau d'ouate ou de charpie imbibée de chloroforme. Je ne partage pas cette opinion, bien convaincu qu'on n'obtient jamais que des vapeurs chloroformiques proportionnées à la température, et qu'à ce point de vue il n'y a aucune différence entre du chloroforme étendu sur une simple compresse ou contenu dans le cornet en question. La tension des vapeurs chloroformiques n'est nullement augmentée dans le cornet, et les proportions de vapeurs inhalées sont exactement les mêmes dans les deux procédés.

M. DESPRÈS. Dans la plupart des cas, les malades sont morts au début de l'anesthésie ; il y a aussi des cas de mort par asphyxie. M. Desprès a vu un cas de mort survenir ainsi entre les mains de M. Manec pour la réduction d'une luxation de l'épaule. Le fait a été publié dans la *Gazette des hôpitaux.* A l'autopsie, on a trouvé les poumons congestionnés et une fracture de côte. Dans ces cas, la cause de la mort est la congestion pulmonaire. Il faut donc, pour que les malades soient en danger de mort sous l'influence du chloroforme, qu'ils soient en possession d'un état morbide préalable. Pour la plupart des opérations, il n'est pas nécessaire de recourir à une anesthésie absolue, à la résolution complète ; c'est dans ces cas qu'il faut avoir soin d'examiner son malade avec la plus grande attention avant de l'endormir jusqu'à la garde, selon une expression familière à M. Desprès.

C'est au procédé de Nélaton, qui, comme on sait, consiste à laisser passer constamment de l'air libre dans la bouche du malade, que M. Desprès donne la préférence. Si les Anglais perdent tant de malades du chloroforme, c'est parce qu'ils donnent beaucoup trop de chloroforme à la fois ; aussi sont-ils responsables de leurs morts, tandis que nous ne le sommes pas des nôtres.

M. TERRIER, contrairement à M. Desprès, pense qu'il faut toujours endormir les malades à fond, quelle que soit l'opération, pour se mettre à l'abri de ces actions réflexes si dangereuses.

M. TRÉLAT est de l'avis de M. Terrier sur l'interprétation du cas de M. Martel ; il croit, en effet, qu'il s'agit d'une action réflexe sur le cœur et de la mort par arrêt du cœur. Or tous les physiologistes sont d'accord pour reconnaître qu'il est impossible de remettre en mouvement un cœur arrêté. Beaucoup d'individus offrent les complications ou les prédispositions invoquées par M. Desprès et n'en supportent pas moins bien le chloroforme. La mort par arrêt du cœur peut survenir sans aucune prédisposition, comme le prouve cette expérience pratiquée sur des chiens parfaitement bien portants et qui consiste à pincer le pneumo-gastrique sous l'inflence du chloroforme. Chez ces animaux la mort est la conséquence immédiate de ce simple pincement du nerf pneumo-gastrique.

M. POLAILLON croit, comme MM. Berger, Trélat et Terrier, que la mort, dans le cas de M. Martel, est survenue par syncope cardiaque.

Il s'agit évidemment d'une excitation ayant amené, chez un sujet affaibli, une syncope mortelle. M. Polaillon préfère la simple compresse au cornet qui a été employé dans ce cas.

Abcès rétro-pharyngien. — **M. TRÉLAT** rapporte l'observation d'un malade du service de M. Potain qu'il a opéré d'un abcès rétro-pharyngien. Il s'agit d'un homme de quarante-six ans, atteint d'une grave affection cardiaque, qui présentait sur le côté du cou une déformation assez considérable, allongée, sans rougeur ni chaleur, au niveau de laquelle on percevait un battement artériel considérable.

C'était bien évidemment un soulèvement de l'artère carotide interne par une tumeur et non une tumeur anévrysmale ; il y avait de la douleur ; le malade ressentait une grande gêne ; enfin, les deux index de chaque main introduits dans la bouche, selon le procédé souvent recommandé par M. Trélat à ses élèves, percevaient une fluctuation très-nette. Il s'agissait donc d'un vaste abcès rétro-pharyngien. Le début, datant de moins d'un mois, la marche assez rapide, faisaient écarter l'idée d'un abcès ossifluent ; c'était bien plus probablement d'un abcès ganglionnaire qu'il s'agissait. La douleur, la gêne, la dysphagie, l'insomnie, commandaient une prompte intervention. M. Trélat fit dans la bouche une incision de 3 centimètres qui donna issue à un flot de pus bien lié. Mais, cet abcès étant profondément situé, l'ouverture pratiquée se trouvait être à la partie supérieure de la poche, à la façon d'une lucarne,

mauvaise condition pour permettre l'évacuation. C'est pourquoi M. Trélat introduisit par cette ouverture un trocart courbe, dont il amena l'extrémité mousse à la partie inférieure du cou et conséquemment de l'abcès; arrivé là, il retourna le trocart de façon à présenter la pointe, fit la contre-ponction de dedans en dehors et put ainsi placer un tube à drainage dans de bonnes conditions.

M. BERGER demande si l'incision simple, faite en dehors, sur la partie déclive, en avant du sterno-mastoïdien, n'aurait pu suffire dans ce cas; car l'incision pharyngienne n'est pas exempte de dangers. On a cité plusieurs cas d'ouverture de la carotide.

M. TRÉLAT répond que l'abcès était trop profond, trop éloigné de la peau pour être ouvert par là. Il eût fallu faire une véritable dissection; en outre, la carotide se trouvait en dehors par rapport à la tumeur; on risquait conséquemment bien plus de l'atteindre par l'incision cutanée que par l'incision pharyngienne.

M. LANNELONGUE ne croit pas que les incisions pratiquées dans ces cas dans le pharynx soient aussi dangereuses que semble le croire M. Berger. Il a souvent ouvert de ces abcès rétro-pharyngien et n'a jamais eu d'accidents chez les enfants. La fluctuation de ces abcès est souvent difficile à percevoir, et, à ce point de vue, le procédé indiqué par M. Trélat est précieux.

M. MARC SÉE a aussi ouvert un certain nombre de ces abcès par le pharynx et n'a jamais eu d'accidents. L'ouverture pratiquée dans la paroi pharyngienne ne gêne même pas la déglutition, parce que les deux bords de l'ouverture se rapprochent à chaque mouvement de déglutition.

M. TILLAUX. Plusieurs chirurgiens ont eu des hémorrhagies de la carotide à la suite de l'ouverture de ces abcès. C'est là surtout une affaire de diagnostic. M. Trélat avait bien fait son diagnostic; il s'agissait bien réellement d'un abcès rétro-pharyngien. Dans ce cas, aucun danger à inciser du côté du pharynx. Dans le cas où, en ouvrant l'abcès du côté du pharynx, on a, en même temps, ouvert la carotide, il s'agissait d'abcès ayant pour point de départ les ganglions sous-aponévrotiques, mais extra-carotidiens, abcès repoussant la carotide en dedans au lieu de la repousser en dehors, comme dans le cas de M. Trélat, qui a eu parfaitement raison de faire son incision par le pharynx.

M. TRÉLAT était bien sûr qu'il s'agissait d'un abcès intracarotidien, puisque la carotide battait en dehors.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le gouvernement avait présenté un projet ayant pour objet de modifier la loi du 14 juillet 1856 sur les établissements d'eaux minérales. Le ministre proposait de rayer du budget les sommes prévues pour payer l'indemnité accordée aux médecins inspecteurs. La majorité des commissaires va plus loin : elle demande la suppression de l'inspectorat et l'organisation d'une inspection régionale.

— Par décret en date du 19 mars 1982, ont été promus dans le corps des officiers de santé militaire:

Au grade de médecin principal de première classe : M. Mourlon.

Au grade de médecin principal de deuxième classe : M. Albert.

Au grade de médecin-major de première classe : MM. Gayda et Dubois.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les candidats pour le concours du prosectorat sont au nombre de dix-sept; ce sont :

MM. Barette, Berne, Castex, Coudray, De Lapersonne, Guinard, Labbé, Le Clerc, Ménard, Michaux, Ozenne, Poirier, Pousson, Ramonède, Routier, Verchère et Walther.

Le jury se compose de MM. les professeurs Béclard, président; Guyon, Richet, Sappey et Trélat, membres.

— Le jury du concours pour la nomination à quatre places d'accoucheurs du Bureau central, qui commencera lundi prochain, se compose de MM. Mauriac, Depaul, Anger (Th.), Dujardin-Beaumetz, Gosselin et de Saint-Germain.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les modifications suivantes sont introduites par la Faculté dans les jours et heures des cours et des travaux pratiques ci-dessous désignés :

1° Le cours auxiliaire de physique médicale professé par M. le docteur Gariel, agrégé, aura lieu désormais les mardis, jeudis et samedis, à deux heures de l'après-midi, dans le petit amphithéâtre.

2° Les exercices pratiques de chimie médicale, dirigés par M. Armand Gautier, agrégé, auront lieu les mardis, mercredis et jeudis, de sept heures à neuf heures et demie du matin.

3° Les exercices pratiques de physique médicale, dirigés par M. le docteur Gay, agrégé, auront lieu les lundis, mercredis et vendredis, à quatre heures du soir.

— Le registre des inscriptions sera ouvert le samedi 1er avril 1882; il sera clos le samedi 29 du même mois, à quatre heures. Les inscriptions seront reçues les lundis, mardis, vendredis et samedis, de une heure à quatre heures de l'après-midi. Les inscriptions de première et deuxième années seront reçues du samedi 1er avril au mardi 18; celles de troisième et quatrième années, du vendredi 21 au samedi 29.

Les élèves autorisés à subir les examens de fin d'année au mois d'avril prochain doivent consigner les 29 et 30 mars 1882. Les consignations ne seront reçues que sur la production de la décision ministérielle qui accorde l'autorisation de subir ces examens. Aucune consignation ne sera admise passé le 30 mars.

Les consignations pour les examens de doctorat seront reçues le mercredi et le jeudi de chaque semaine, de une heure à quatre heures, à partir du 24 mars 1882. Conformément à la décision prise par l'assemblée de la Faculté, les limites de consignations pour les examens de doctorat ont été fixées de la manière suivante :

A. Ancien régime d'études : 1° pour le premier examen de doctorat, jusqu'au jeudi 20 avril; 2° pour le deuxième examen de doctorat, jusqu'au jeudi 4 mai.

B. Nouveau régime d'études : 1° pour le deuxième examen de doctorat, première partie, jusqu'au jeudi 20 avril; 2° pour le troisième examen de doctorat, première partie, jusqu'au jeudi 4 mai.

Pour les autres examens, les dates pour la limite des consignations seront annoncées ultérieurement par voie d'affiches.

— Les exercices pratiques d'histologie commenceront le lundi 3 avril 1882, sous la direction de M. Cadiat, agrégé, chef des travaux pratiques d'histologie. Ils auront lieu dans les dépendances de l'ancien collège Rollin, rue Lhomond, 42, tous les jours, à trois heures de l'après-midi. Les élèves seront exercés au maniement du microscope. Ils feront eux-mêmes les préparations de tous les éléments anatomiques. Ces exercices sont obligatoires pour les élèves de seconde et de troisième années (ancien et nouveau régime). Nul élève de l'une ou l'autre des deux années ne pourra prendre l'inscription de juillet, s'il ne produit un certificat d'assiduité délivré par le chef des travaux pratiques. Ils sont facultatifs pour les étudiants qui ont seize inscriptions.

Les élèves de seconde et de troisième années sont admis en présentant : 1° la carte de travaux pratiques qui leur a été délivrée lors de la prise de l'inscription de janvier; 2° la quittance détachée du registre à souche attestant le payement des droits réglementaires. Les élèves justifiant de seize inscriptions et qui désireraient prendre part aux exercices pratiques d'histologie ne pourront être admis sans une autorisation spéciale du doyen. A cet effet, ils déposeront leur demande du 25 mars au 1er avril inclusivement, au secrétariat de la Faculté. Les élèves de seconde et de troisième années, ainsi que les élèves justifiant de seize inscriptions et dûment autorisés, devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté, de midi à trois heures, du 25 mars au 1er avril inclusivement.

— Par arrêté du 19 de ce mois, M. le docteur Leroux est délégué dans les fonctions de chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris et attaché en cette qualité au service de M. le professeur

Parrot, à l'hôpital des Enfants-Assistés, en remplacement de M. le docteur Cossy, décédé.

— Les conférences du laboratoire de clinique de l'Hôtel-Dieu recommenceront le mercredi 19 avril 1882, à neuf heures et demie du matin, et seront continuées chaque semaine à la même heure pendant toute la durée du semestre d'été.

— Un concours sera ouvert à Paris, le 15 octobre 1882, pour sept places d'agrégés de pharmacie à répartir de la manière suivante entre les Écoles supérieures de pharmacie ci-après désignées :

Paris. — 2 places : Chimie — analyse chimique et toxicologie.

Montpellier. — 3 places : Chimie — physique — histoire naturelle.

Nancy. — 2 places : Chimie — histoire naturelle.

Les candidats s'inscrivent chacun d'une manière spéciale pour l'une des places mises au concours dans chaque École supérieure. Ils peuvent s'inscrire solidairement pour plusieurs places et pour plusieurs établissements.

— M. le docteur Straus, agrégé, commencera le cours auxiliaire d'anatomie pathologique le lundi 27 mars 1882, à quatre heures, dans le petit amphithéâtre, et le continuera les lundis suivants, à la même heure.

— M. le docteur Bocquillon, agrégé, commencera le cours auxiliaire d'histoire naturelle médicale le mardi 4 avril 1882, à deux heures, dans le petit amphithéâtre, et le continuera les mardis suivants, à la même heure.

— *Faculté des sciences.* — A dater de ce jour, le cours de chimie organique de M. le professeur Wurtz aura lieu à une heure et demie, le mercredi et le vendredi de chaque semaine, à la Sorbonne.

— M. Hébert soutiendra à la Faculté des sciences de Paris, le 25 mars, à neuf heures et demie, pour obtenir le grade de docteur ès sciences physiques, une thèse intitulée : Étude sur les lois des grands mouvements de l'atmosphère et sur la formation et la translation des tourbillons aériens.

— La Société française de tempérance, association contre l'abus des boissons alcooliques (reconnue d'utilité publique par décret du 5 février 1880), tiendra sa séance solennelle sous la présidence de M. Frédéric Passy, membre de l'Institut, député de la Seine, le dimanche 26 mars 1882, à trois heures et demie précises du soir, à l'hôtel de la Société d'horticulture, rue de Grenelle, 84.

Ordre du jour : 1° allocution de M. Frédéric Passy, président ; 2° rapport sur la situation morale et financière de l'œuvre, par M. Lunier, secrétaire général ; 3° rapport présenté au nom de la première commission des prix, par M. le docteur Dujardin-Beaumetz ; 4° rapport sur les récompenses à décerner en 1882, par M. Vaney, conseiller à la Cour d'appel.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 12594.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acté du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Legrand du Saulle.

L'aphasie et les aphasiques.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE. CLINIQUE. ÉTAT MENTAL. MÉDECINE LÉGALE.

I

S'il est une faculté qui, par son développement remarquable, distingue l'homme des êtres qui se rapprochent le plus de lui dans la série zoologique, c'est certainement la faculté du *langage*. Chez l'homme, en effet, les différents procédés d'expression des idées qu'on retrouve dans diverses espèces animales, les gestes, les cris, les modulations de la voix atteignent leur degré de perfection ; l'homme, de plus, — et c'est là, suivant les anthropologistes, le caractère qui le spécialise et lui crée une place à part dans le règne animal, — possède en propre la faculté de rendre ses impressions, ses sentiments, ses volontés à l'aide du langage articulé, qui est sa propriété exclusive. Il fixe en outre sa pensée au moyen de signes dessinés ou écrits, qui lui permettent de la perpétuer à travers les générations et de la retrouver si elle s'est effacée de son souvenir.

Ces procédés multiples et variés, par lesquels nous communiquons avec nos semblables, constituent, pris dans leur ensemble, la faculté du langage. Cette faculté, en vertu de laquelle nous adaptons à nos idées des signes conventionnels, des symboles, qui leur donnent un corps et en permettent l'extériorisation, a son autonomie, son individualité propre. Elle est indépendante (dans une certaine mesure du moins) de la faculté d'idéation, comme des autres facultés cérébrales. La preuve en est qu'elle peut être abolie isolément alors que ces dernières sont respectées, au moins partiellement.

Un exemple cité par Trousseau vous fera bien saisir, dès le début, la réalité et l'indépendance de cette faculté d'expression des idées. Il s'agit d'un jeune ouvrier, âgé de vingt-cinq ans, qui « était venu à pied à l'hôpital, ne boitait pas, se servait à merveille de ses deux mains. Son visage exprimait l'intelligence, mais il lui était impossible de répondre à aucune des questions. Il entendait bien, il fixait ses regards sur ceux qui l'interrogeaient ; ses gestes, ses yeux indiquaient qu'il comprenait ce qu'on lui disait ; il semblait que les pensées naissaient en foule dans son cerveau, mais il ne pouvait les exprimer par la parole. Il savait lire et écrire ; on lui donnait un crayon et du papier, il prenait le crayon et le tenait parfaitement, et, quand on lui disait d'écrire son nom, il formait des lettres sans suite, et jetait le crayon avec impatience. Il avait pourtant à son service quelques mots qu'il répétait toujours et à tout propos, témoignant d'ailleurs parfaitement qu'il comprenait à quel point ces mots exprimaient mal sa pensée. Cette maladie était survenue subitement, à la suite de quelques excès » (1).

Le malade dont l'observation précède avait, vous le voyez, conservé ses différentes facultés (motricité, intelligence). Une seule était abolie, celle du langage, et elle l'était à peu près complètement, puisque le jeune homme dont il s'agit n'avait plus à sa disposition pour communiquer avec l'extérieur qu'un des modes les plus élémentaires et les plus imparfaits de l'expression : la mimique et le geste.

Laissez-moi vous rappeler encore un fait, bien propre, comme le précédent, à mettre en relief l'autonomie de la faculté du langage et les caractères généraux qui spécifient l'abolition de cette faculté, c'est-à-dire l'aphasie. Le cas bien connu auquel je fais allusion est celui du professeur Rostan, que Trousseau a rapporté en détail.

« A la suite d'un accident chirurgical qui le retenait depuis un certain temps au lit, Rostan, resté seul à la campagne depuis quelques jours, avait lu presque toute la journée et avait ainsi fatigué son cerveau. Il était en train de lire un des *Entretiens littéraires* de Lamartine, quand tout à coup il s'aperçut qu'il comprenait mal ce qu'il lisait. Il s'arrêta un instant, reprit sa lecture, et il éprouva immédiatement les mêmes accidents ; effrayé, il voulut appeler, et, à sa grande stupéfaction, il ne put proférer un mot. Il se crut alors frappé d'une attaque d'apoplexie, et immédiatement il fit faire alternativement des mouvements très-complexes à ses deux mains et à celle de ses jambes qui n'était pas blessée, et il constata qu'il n'avait pas de paralysie. Il était seul, il sonna, et, quand on vint auprès de lui, il ne put articuler une parole ; il mouvait sa langue dans tous les sens et se rendait très-bien compte de ce singulier désaccord qui existait entre la facilité des mouvements des organes

(1) Trousseau. Cl. méd. de l'Hôtel-Dieu, t. II, p. 669.

vocaux et l'impossibilité de manifester sa pensée par la parole. Il fit signe qu'il voulait écrire; on lui apporta une plume et de l'encre, et il lui fut aussi impossible de traduire sa pensée par l'écriture que par la parole. Cependant, comme il avait fait des maladies de l'encéphale l'étude de toute sa vie, il cherchait à analyser les symptômes qu'il éprouvait et à les rapporter à quelque lésion particulière du cerveau, raisonnant mentalement sur sa propre maladie, comme il l'eût fait dans une conférence clinique.

La personne appelée par lui, effrayée d'un état si insolite, fit mander par le télégramme sa femme, qui était à Paris, et envoya chercher un médecin, qui arriva seulement au bout de deux ou trois heures. Rostan releva la manche de sa chemise, et, en portant l'une de ses mains vers le pli du bras, il indiqua clairement qu'il voulait être saigné.

A peine la saignée était-elle terminée, que quelques paroles revinrent, sans suite, il est vrai, et incomplètes; pourtant certains mots exprimaient nettement une pensée, tandis que d'autres semblaient n'avoir aucune relation directe avec l'idée principale. Peu à peu le voile sembla se dissiper, les mots revinrent plus nombreux au service d'idées plus nombreuses elles-mêmes, et au bout de douze heures tout était rentré dans l'ordre. »

Les deux faits si concluants que je viens de rappeler vous donnent une idée plus exacte que ne pourraient le faire toutes les descriptions du symptôme curieux que je me propose d'étudier avec vous. Ils vous montrent l'aphasie indépendante des manifestations cliniques (paralysies ou autres) qui l'accompagnent communément. Il s'agit en effet dans ces faits de la perte pure et simple, mais à peu près totale, des divers modes d'expression de la pensée, l'intelligence ayant cependant, vous l'avez vu, conservé son intégrité au moins apparente. Or, comme je vous le dirai par la suite, c'est là que gît la caractéristique de l'aphasie.

Il ne faut pas croire cependant que les choses se présentent couramment en clinique avec la même simplicité et la même netteté que dans les observations qui précèdent.

D'une part, l'aphasie est rarement aussi complète que vous venez de le voir. La faculté du langage est complexe dans son essence, et chacune des nombreuses opérations qui concourent à son exercice peut être isolément troublée. C'est assez vous dire que dans l'étude détaillée du symptôme aphasie, telle que je me propose de la faire, nous aurons à analyser minutieusement ces différentes opérations, afin de pouvoir en saisir toutes les perturbations. Ce travail d'analyse est d'autant plus impérieusement commandé aujourd'hui, qu'il a été poussé jusqu'à la minutie dans des ouvrages récents, pour la plupart originaires d'Allemagne, et dont je ne puis vous laisser ignorer ni les tendances ni l'esprit.

En outre l'aphasie, bien qu'elle soit théoriquement et même dans quelques cas, vous l'avez vu, cliniquement isolable des autres perturbations cérébrales (motrices, intellectuelles, etc.), peut se combiner à ces dernières, et c'est ainsi que les choses se passent le plus fréquemment. En effet, les lésions (ou les troubles) qui intéressent cette partie du cerveau qu'on considère, à juste titre, comme l'organe principal de la faculté du langage, c'est-à-dire le tiers postérieur de la troisième circonvolution frontale, n'y restent que bien rarement limitées. Elles peuvent porter sur les régions voisines, se diffuser plus ou moins; aussi l'aphasie s'accompagne-t-elle très-fréquemment d'autres troubles paralytiques ou intellectuels qui en sont des conséquences ordinaires, sinon obligées. Dans ce dernier cas, c'est encore, du moins le plus souvent, l'aphasie qui domine le tableau clinique, mais ce n'est plus le seul élément de ce tableau.

Dans une description de l'aphasie, si l'on veut donc embrasser le sujet sous ses différentes faces, il est nécessaire d'étudier isolément l'aphasie et l'aphasique : l'aphasie, c'est-à-dire les aspects multiples et variés sous lesquels se montre ce symptôme supposé isolé, les conditions pathogéniques générales qui le déterminent, les causes particulières qui en provoquent l'apparition; l'aphasique, c'est-à-dire la réalité objective, le malade tel qu'il se présente à l'observation, avec la faculté du langage plus ou moins sérieusement atteinte, mais aussi avec une intelligence souvent affaiblie et quelquefois sérieusement compromise.

J'insisterai d'autant plus volontiers sur ce dernier côté de notre étude, qu'il a, au point de vue auquel je désire me placer ici tout spécialement, — le point de vue médico-légal, — une importance capitale. A l'occasion des aphasiques, il peut en effet se poser, et il se pose tous les jours, maintes questions juridiques des plus intéressantes et des plus délicates à la fois. En cette matière, l'intervention du médecin est de rigueur. Et, comme de l'avis qu'aura émis l'homme de l'art doit dépendre la solution d'affaires graves, il importe que tout praticien soit bien au courant des difficultés qui se présenteront à lui et qu'il devra résoudre. C'est à ces difficultés que je voudrais m'efforcer de vous initier.

L'aphasie. Historique. Caractères cliniques. Anatomie et physiologie pathologique. Causes de l'aphasie. Formes et variétés.— Les troubles de la faculté du langage ont été pendant longtemps confondus avec ceux qui atteignent plus ou moins directement l'intelligence et la mémoire, ou qui résultent d'un fonctionnement vicieux des organes de la phonation. C'est seulement dans la première partie de ce siècle, et en France, qu'on a tenté de les isoler et d'en affirmer l'indépendance.

Cette tentative est contemporaine des essais de localisation anatomo-physiologique, et c'est en effet à l'époque même où l'on dégageait nettement l'aphasie du groupe complexe de symptômes avec lesquels elle avait été jusqu'alors indûment identifiée, qu'on s'efforçait de rapporter le trouble observé à la lésion de certains territoires cérébraux.

On retrouve sans doute dans les ouvrages de Pline le naturaliste, dans certaines œuvres littéraires comme le *Wilhem Meister* de Gœthe, des descriptions qui se rapportent à l'aphasie; mais tout cela, pas plus que les faits plus récents rapportés un peu confusément par Frank, ne prouve qu'avant les premières années de ce siècle on ait saisi l'exacte signification du symptôme. Et nous n'aurions certainement sur la perte de la faculté du langage que des idées fort confuses si Gall, Bouillaud, Dax, Broca n'eussent appelé l'attention sur l'aphasie et le siège des lésions qui la déterminent.

Gall, en fait de localisations, n'eut à la vérité d'autre mérite que d'imaginer une ingénieuse hypothèse. Mais, tout au moins, ses tentatives, quelque peu fondées qu'elles fussent, établissent-elles qu'il reconnut l'un des premiers l'autonomie de la faculté du langage. Bouillaud, après lui, en 1825, procédant d'une façon plus scientifique, arriva à cette conclusion que les lésions qui déterminent l'aphasie occupent les lobes antérieurs du cerveau. Dax (de Som-

mières), dont on a trop oublié les travaux, faisait faire un pas nouveau à la question en 1836, et montrait que « l'oubli des signes de la pensée » est le fait d'altérations occupant l'hémisphère gauche. Enfin c'est à Broca, en 1861, que revient l'honneur d'avoir précisé davantage et établi que le siège de la faculté du langage réside dans la troisième circonvolution frontale.

Depuis cette époque, de nombreux travaux se sont succédé. Les uns n'ont été que des œuvres de vulgarisation, mais d'autres ont jeté la lumière sur certains côtés spéciaux du sujet. Chemin faisant, je vous signalerai les principaux.

On s'est successivement servi, vous le savez, pour désigner la perte de la faculté du langage, de différentes expressions : celles d'*aphémie*, d'*alalie*, d'*aphasie*, tour à tour acceptées ou rejetées, ont eu des fortunes diverses.

Le mot *aphémie*, adopté tout d'abord par Broca, et le plus récent des trois puisqu'il date de 1861, a été de la part des hellénistes l'objet d'attaques vives auxquelles il a succombé; on lui a reproché en effet de signifier non pas perte du langage, mais mauvaise réputation (de ἀ privatif, et φήμη, réputation). Finalement il a été abandonné, même par son auteur. Lordat, en 1820, a proposé le terme *alalie* que M. Jaccoud, il y a quelques années, a essayé de faire revivre. Cette expression a le défaut de prêter à confusion, en ce sens qu'elle a été usitée autrefois par Sauvages, Frank, Cullen, pour désigner toute une série de troubles de la parole qui n'ont rien de commun avec la perte de la faculté du langage, telle qu'on l'envisage aujourd'hui. Le mot *aphasie*, adopté par Trousseau, a prévalu dans l'usage. Il a le double avantage d'être grammaticalement bien construit et de ne pas prêter à la confusion.

Précisons tout d'abord exactement sa signification. « On doit limiter l'emploi de ce mot, dit M. J. Falret, aux faits du reste assez variés de suppression ou de perversion de la parole, qui ne dépendent ni d'une altération générale de l'intelligence, ni de la lésion des organes périphériques servant à l'articulation des sons. » Cette définition a tout au moins le mérite de circonscrire nettement le sujet, et d'en éliminer toute une série de troubles qui n'ont rien de commun avec l'aphasie. C'est qu'en effet toutes les variétés de perversion ou d'abolition du langage ne doivent pas être rangées dans le groupe des aphasies. Ces perversions ou abolitions, envisagées dans leur ensemble, constituent quatre groupes bien distincts comme l'a justement relevé M. Proust (1) : 1° l'alogie; 2° l'amnésie verbale; 3° l'aphasie proprement dite, l'alalie mécanique. Or, ni l'alogie, qui est l'altération de la parole par perte de l'intelligence, ni l'alalie mécanique, qui constitue la perte du langage par paralysie des organes moteurs périphériques, ne font partie des *aphasies*, qui comprennent seulement les amnésies verbales (ou amnésies des signes) et l'aphasie proprement dite. C'est là, vous le comprenez, une question purement de convention, mais qui a son importance, si l'on veut s'entendre.

Je dois ajouter que la définition de M. J. Falret a le défaut de restreindre outre mesure la signification du mot aphasie. L'aphasie, en effet, comme cet auteur le fait lui-même remarquer d'ailleurs, est un trouble qui peut porter non-seulement sur la parole, mais sur toutes les formes du langage. Or le langage comprend à la fois et la voix articulée et l'écriture, le dessin, la mimique, c'est-à-dire toute la série des procédés qui nous permettent d'*exprimer* nos idées à

(1) A. Proust. De l'aphasie (*Archives générales de médecine*, 1872).

l'aide de signes conventionnels, ou d'*interpréter* celles qui sont manifestées autour de nous au moyen des mêmes procédés. Donc la définition dont il s'agit, qui, d'une part, implique les troubles de la parole seuls, et ne fait, d'autre part, aucune allusion aux perversions de la faculté d'interprétation, est, à certains égards, incomplète. Celle qu'a proposée M. Legroux, bien qu'un peu longue, exprime bien ce qu'elle prétend exprimer; aussi dirons-nous avec cet auteur que « l'aphasie est un état caractérisé par la diminution ou la perversion de la faculté normale d'*exprimer* les idées par des signes conventionnels ou de *comprendre* ces signes, malgré la persistance d'un degré suffisant d'intelligence, et malgré l'intégrité des appareils sensoriels nerveux et musculaire qui servent à l'*expression* ou à la *perception* de ces signes (1). »

Étudions maintenant les différentes MODALITÉS CLINIQUES de l'aphasie.

Il est utile dès le début, pour que vous puissiez bien comprendre ce qui va suivre, de vous rappeler les conditions élémentaires qui concourent à la production du langage. L'intégrité du langage, c'est-à-dire de la faculté d'interpréter les *signes* dont se servent nos semblables pour communiquer avec nous, et de reproduire ces signes dont nous usons à notre tour pour traduire nos pensées au dehors, suppose l'accomplissement régulier de deux ordres d'opérations, les unes *centripètes*, les autres *centrifuges*.

Les premières sont celles en vertu desquelles nous apprécions et emmaganisons dans la mémoire les signes par l'intermédiaire desquels les personnes qui nous entourent entrent en relation avec nous. Les mots que nous entendons prononcer, les symboles écrits ou dessinés que nous lisons, les gestes expressifs dont nous sommes les spectateurs, sont le point de départ d'impressions qui, conduites par l'intermédiaire des nerfs sensitifs (acoustique ou optique) à certaines régions de notre substance corticale, s'y transforment en idées, grâce à l'habitude et à l'éducation, qui nous permettent de rapporter ces symboles à la chose qu'ils expriment. Cette adaptation, qui, à l'état normal, se fait spontanément dans notre cerveau du signe abstrait à l'objet concret, ou à l'idée dont il constitue la formule conventionnelle, réalise l'opération du premier ordre, que j'ai appelée centripète.

L'opération ou les opérations du second ordre, opérations *centrifuges*, sont précisément inverses ; elles consistent non plus dans l'adaptation mentale du signe perçu à l'idée qu'il exprime, mais dans la conception du signe destiné à revêtir l'idée qui est alors le phénomène premier en date. Permettez-moi une comparaison triviale qui vous fera saisir ma pensée : dans le premier cas, l'esprit déshabille le signe pour apercevoir l'idée ; dans le second, il déguise l'idée sous le costume du signe, signe parlé, écrit, dessiné, mimé, peu importe. Les deux séries d'opérations peuvent, vous le concevez, se succéder immédiatement l'une à l'autre, ou, au contraire, être séparées par un long intervalle. Si quelqu'un me demande : « Cette table est-elle solide? » Je réponds : « Cette table est solide. » Dans ce cas, j'ai rapidement déshabillé le signe, c'est-à-dire la phrase parlée, pour apercevoir l'idée, et j'ai aussitôt après réhabillé cette idée pour la jeter au dehors. Si, au contraire, j'entends affirmer devant moi que cette table est solide, et si je garde le souvenir de cette affirmation pour en user à l'occasion, je mets en quelque sorte, permettez-moi le mot, le symbole *au vestiaire*, après

(1) A. Legroux. De l'aphasie, thèse d'agrégation. Paris, 1875.

avoir perçu l'idée, c'est-à-dire que je l'emmagasine dans ma mémoire pour aller l'y chercher plus tard lorsque je voudrai pour ma part émettre l'idée.

Cette dernière comparaison vous aidera à comprendre certaines particularités observées chez les aphasiques. Il en est, en effet, qui peuvent bien répéter un mot prononcé devant eux, mais qui sont incapables de trouver spontanément ce mot. C'est que les idées revêtues de leurs signes traversent alors le cerveau sans s'y déshabiller, pour reprendre mes termes de tout à l'heure; mais le vestiaire est devenu pauvre, la mémoire des signes s'est affaiblie ou a disparu chez le malade, et celui-ci ne trouve plus, quand il en a besoin, de quoi revêtir sa pensée pour la rendre intelligible.

En résumé, appréciation par l'écorce cérébrale de la valeur des signes perçus, emmagasinement dans la mémoire de ces signes, puis reproduction avec ou sans effort volontaire des symboles (parlés, écrits, mimés, etc.), telle est la série des actes cérébraux élémentaires dont l'exécution régulière est la condition de l'intégrité de la faculté du langage. Et vous prévoyez que la suppression d'un seul de ces actes suffira pour amener un trouble plus ou moins marqué dans l'expression des idées.

Ces divers actes se passent-ils au niveau du même territoire cérébral, ou de territoires cérébraux distincts? C'est là une question que nous agiterons tout à l'heure, à propos de la physiologie pathologique de l'aphasie. Ce qu'il importe que vous vous rappeliez dès maintenant, c'est que l'analyse psychologique et clinique attentive nous en révèle l'existence. Cette analyse préalable des différentes opérations du langage va nous servir de fil conducteur au milieu du dédale des particularités cliniques un peu délicates, difficiles à saisir et surtout à retenir, que je dois maintenant vous exposer.

Une dernière considération préjudicielle est ici nécessaire : lorsqu'on envisage dans leur ensemble les différentes formes du langage (parole, écriture, mimique), on s'aperçoit vite que toutes n'ont pas la même importance; les unes sont plus stables, les autres plus fragiles. Il en résulte que dans l'aphasie la mémoire des signes disparaît suivant un certain ordre qui est à peu près toujours le même : 1° les mots, c'est-à-dire le langage rationnel; 2° les phrases exclamatives, les interjections, ce qu'avec Max Müller on pourrait appeler le langage *émotionnel;* 3° enfin les gestes. Cela tient à ce que l'amnésie va du *particulier* au *général.* « L'amnésie des signes, dit M. Ribot, descend des noms propres aux noms communs, de là aux adjectifs et aux verbes, puis au langage des sentiments et aux gestes. Cette marche destructive ne va pas au hasard; elle suit un ordre rigoureux, du moins organisé au mieux organisé, du plus complexe au plus simple, du moins automatique au plus automatique (1). » Vous vérifierez la réalité de cette loi générale à mesure que nous avancerons dans notre étude. Je vous prie de bien la retenir.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Jules Simon.

Sclérose cérébrale (2).

II

J'ai fait dans ma dernière conférence l'anatomie pathologique et la symptomatologie de la sclérose cérébrale, symptomatologie générale qui est à peu près identiquement la même que celle des tumeurs cérébrales chez l'enfant, qui s'accompagnent de céphalalgie, de vomissements, de phénomènes, de paralysie et surtout de convulsions épileptiques. Cette cérébrite partielle est, en somme, une inflammation de la substance cérébrale, inflammation à évolution lente, se produisant par poussées successives toujours menaçantes, et conduisant aux convulsions jacksoniennes, aux paralysies dissociées, aux contractures, etc. C'est aussi, comme je vous l'ai dit, une affection qui se termine le plus souvent fatalement, mais qui peut encore, dans certains cas, lorsqu'elle est prise énergiquement au début, s'arrêter et même *paraître* guérir tout à fait.

J'ai là même sous les yeux l'observation complète d'un jeune enfant, le petit H..., que j'ai vu il y a un an et demi, alors hémiplégique du cou et surtout d'un bras, avec des attaques convulsives à tout propos, soit sous la moindre influence du froid ou de la chaleur, soit par le fait du jeu, soit même, disons le mot, à propos de rien. Eh bien, aujourd'hui, cet enfant, qui a été soigné à temps, n'a plus aucun de ces phénomènes, nulle trace de paralysie, et il rentre dans la catégorie de ce que l'on peut appeler les enfants un peu désagréables, bien que de temps en temps sa méchanceté, méchanceté que l'on pourrait dire inconsciente, se réveille, surtout s'il se trouve avec d'autres enfants de son âge.

D'autre part, je pourrais vous citer un autre jeune sujet chez lequel les accidents aigus, traités avec le plus grand soin, ont fait place à une obscurité des facultés intellectuelles telle que cet enfant, qui avait autrefois de grandes aptitudes aux mathématiques et à la musique, qui avait une excellente mémoire, en est arrivé, lorsqu'il a voulu plus tard se remettre au travail, à ne plus pouvoir rien faire.

Dans d'autres cas, la sclérose débutera par l'irritation cérébrale qui en sera le point de départ, bien que sclérose et irritations cérébrales forment deux maladies différentes; ou bien encore elle sera la conséquence d'un crâne trop petit, par la soudure prématurée des fontanelles, qui détermine alors une cérébrite par compression, et l'enfant restera toujours éteint.

Cette affection peut donc se terminer de façons très-différentes suivant les cas, soit par la mort, soit en permettant à l'enfant de vivre, mais les facultés intellectuelles à peu près éteintes ; soit enfin par une pseudo-guérison, l'enfant n'éprouvant alors qu'un certain degré d'arrêt dans son développement.

Cela étant dit sur la marche et la terminaison de la maladie, il nous reste à la distinguer des autres affections avec lesquelles elle pourrait être confondue. Ainsi tout d'abord on la distinguera de l'irritation cérébrale, caractérisée par une excitation des facultés intellectuelles, avec impulsion, désordre et oscillations, par l'absence de tous phénomènes de paralysie ; tandis que dans la sclérose, alors même qu'il peut exister une certaine excitation, on observe des accidents convulsifs répétés, grands ou petits, des phénomènes de paralysie dissociée, jamais francs, présentant une certaine mobilité dans leur intensité et s'accompagnant parfois de contractures.

Dans l'éclampsie simple, la convulsion nerveuse est passagère, elle apparaît sous la forme aiguë, elle survient tout à coup à l'occasion d'un accident ou d'un incident particulier, au début d'une pyrexie, pneumonie ou autre, d'une indigestion, d'une brûlure, d'un traumatisme, etc. ; la convulsion, je le répète, est passagère, car, la cause cessant,

(1) Ribot. Les maladies de la mémoire. Paris, 1881.
(2) Fin. — Voir le numéro du 21 mars 1882.

l'effet disparaît à son tour. Survient-il de nouvelles attaques éclamptiques? Elles ne se déclarent, en tous cas, qu'à des intervalles éloignés, et non plus rapprochés, comme dans la cérébrite où les appels de sang au cerveau se répètent tellement que, dans la même journée, les convulsions constituent une véritable série dont les attaques peuvent être de 10, 15, 20 et plus encore dans les vingt-quatre heures. L'éclampsie des petits enfants est un délire des muscles s'étendant à tout l'organisme, mais sans laisser de traces.

Quant à l'épilepsie, si à un certain âge elle est assez facile à diagnostiquer, il n'en est pas de même chez les tout jeunes enfants, où l'épilepsie ne se dessine réellement que vers l'âge de quatre ou cinq ans, tandis que la sclérose cérébrale, la cérébrite, s'observent déjà chez le petit être à la mamelle, peu après la naissance. Nous pouvons dire que chacune de ces deux affections a son âge d'apparition qui lui est propre.

De plus, dans l'épilepsie, qu'il s'agisse de grandes ou de petites attaques, celles-ci sont rhythmées dans leur manifestation, survenant tous les mois, toutes les trois semaines ou tous les quinze jours; chez les uns toujours la nuit, chez d'autres constamment pendant le jour, présentant des phénomènes toujours les mêmes. Enfin, l'enfant n'a nul souvenir de son attaque épileptique, dont il sort seulement béat et courbaturé, mais *sans aucune paralysie*.

Je ne vous ferai pas le diagnostic de la sclérose et de l'hydrencéphalie avec son crâne volumineux et ses fontanelles dilatées, non plus que de la micrencéphalie avec ses caractères absolument contraires, c'est-à-dire tête très-petite et soudures prématurées du crâne.

Quant à l'étiologie, je n'ai que peu de choses à en dire, ne voulant pas trop me répéter. En dehors de l'hydrencéphalie et de la micrencéphalie qui peuvent déterminer la sclérose par compression, on a invoqué l'hérédité, c'est-à-dire des parents névropathes, épileptiques, ataxiques, paralytiques, atteints de quelque affection médullaire; on a aussi invoqué, avec raison, l'alcoolisme, la tuberculose et la syphilis des parents. Enfin, ajoutez à toutes ces causes l'excitation par le milieu où l'enfant se développe et les maladies antérieures, et vous aurez un tableau à peu près complet de l'étiologie de la sclérose cérébrale des jeunes enfants.

Quant au traitement, le médicament par excellence sera le bromure de potassium à doses graduellement progressives jusqu'à la prostration, pour diminuer ensuite graduellement aussi. Dans certains cas, j'associe plusieurs bromures ensemble, sodium, potassium, etc., ce qui constitue la solution polybromurée. Ce médicament est-il insuffisant dans son action, j'ajoute de l'iodure de potassium, en vue d'une certaine hérédité possible, sous la formule suivante:

Bromure de potassium, 1 à 2 grammes.

Iodure de potassium, 25 à 50 centigrammes, par jour.

Si l'enfant n'est pas très-irritable, s'il est plutôt éteint, alors, mais dans ce cas-là seulement, j'ai recours, soit à de petits vésicatoires sur la nuque, de courte durée, entretenus avec un peu de pommade épispastique pour irriter légèrement la peau sans provoquer de douleur; soit au crayon de croton tiglium sur la peau du cou, appliqué avec ténacité et intelligence. C'est ainsi que j'ai soigné le petit H..., dont je parlais tout à l'heure.

Il m'arrive quelquefois aussi, selon les enfants, de conseiller les ventouses sèches et parfois même une sangsue derrière les oreilles. En même temps je prescris les bains prolongés de tilleul ou de valériane à une douce température.

Enfin, je mets l'enfant à un régime doux, sans aucun excitant; je le fais tenir isolé d'autres enfants, de toute cause d'excitation. Je recommande aussi de combattre toute constipation, et, pour éviter tout appel du sang au cerveau, j'agis encore par de petites dérivations de temps à autre sur le tube digestif, au moyen de purgatifs légers.

C'est ainsi que vous pourrez arriver quelquefois à atténuer, à diminuer les phénomènes morbides, voire même à obtenir une pseudo-guérison de la sclérose.

Mais ce qui sera surtout contre-indiqué comme traitement, c'est l'hydrothérapie, c'est l'électricité en courants même continus légers ou doux qui ne peuvent que tendre à aggraver la situation du petit malade.

SUR LA LOI DE L'INEXCITABILITÉ CARDIAQUE

Par MM. Dastre et Marcacci.

M. Marey a signalé en 1876 un fait qui offre une certaine importance pour l'explication du mécanisme fonctionnel du cœur. Il a vu que, si l'on venait à porter une excitation électrique sur le cœur d'un animal à sang froid battant régulièrement, celle-ci était efficace ou inefficace suivant les conditions dans lesquelles elle surprend le cœur. Si elle aborde le cœur au repos, dans la période diastolique, ou mieux systolo-diastolique, elle provoque une contraction soudaine qui interrompt la régularité du rhythme: si, au contraire, elle aborde le cœur en travail, dans la période de son activité diastolo-systolique, elle sera non avenue. Il y a donc pour le cœur une phase réfractaire, pendant laquelle son excitabilité est notablement diminuée et qui se reproduit périodiquement au commencement de chaque systole.

Cette loi de la diminution périodique de l'excitabilité du cœur est féconde en conséquences. M. Marey en a déduit l'explication des effets produits par les stimulations expérimentales du cœur, et l'explication du phénomène même du rhythme cardiaque. Il a pensé, avec quelques autres physiologistes, que cette propriété appartenait au muscle lui-même à l'exclusion de son appareil nerveux. Cependant il n'était pas inutile de confirmer expérimentalement cette induction: bien des raisons pouvaient faire croire en effet que la propriété en question appartenait à l'appareil ganglionnaire cardiaque.

Notre communication actuelle a précisément pour objet de faire connaître les expériences que nous avons instituées afin de savoir si l'inexcitabilité périodique était bien réellement le fait du muscle ou celui du système nerveux.

Nous opérons sur la pointe du cœur, — muscle sans ganglions, — et nous surprenons ce fragment musculaire aux différentes phases de sa révolution par une excitation électrique. Pour le cœur tout entier, sur lequel expérimentait M. Marey, la chose était facile, puisqu'il battait spontanément avec régularité. Mais la pointe du cœur ne bat pas.

L'observation de Eckhardt et Heidenhain, à savoir, que le courant continu entretient le muscle cardiaque en état d'activité rhythmique, fournissait un moyen d'exécuter la recherche. Mais, d'autre part, le courant continu offre ici des inconvénients pratiques et ouvre la porte à des objections théoriques. Une particularité, que l'un de nous a signalée autrefois, permet de tourner la difficulté. En effet, les courants interrompus à rhythmes fréquents agissent comme les courants continus (Dastre et Morat, C. r. Acad. Sc. 21 juillet 1879). Il fallait donc entretenir la pointe du cœur en activité régulière au moyen d'un appareil d'induction à courants fréquents et renforcer brusquement ces courants à un moment donné, — de manière à frapper un coup d'induction à telle phase que l'on voudra de la révolution cardiaque. On y arrive en intercalant une résistance par dérivation sur le circuit induit qui traverse le cœur, et en supprimant soudainement cette résistance au

moment voulu pour la rétablir aussitôt. Ces manœuvres doivent être faites automatiquement. Tel est le principe de l'expérimentation. Les résultats sont les suivants :

1° La pointe du cœur se comporte comme le cœur tout entier. La loi d'inexcitabilité périodique est bien véritablement une loi musculaire.

2° Au contraire, la régulation du travail cardiaque paraît être le fait de l'appareil nerveux. Il semble, en effet, que le coup d'induction, en provoquant une traction nouvelle, ne diminue pas le nombre de celles qui s'exécutent dans un temps donné. C'est l'inverse pour le cœur entier. Cyon a établi, en 1866, que la somme des périodes d'activité du cœur dans un temps donné reste toujours la même quelle que soit la rapidité des battements.

Le premier des résultats, en accord avec la direction générale des travaux publiés depuis cinq ans sur le rhythme cardiaque, confirme l'opinion régnante à propos du rôle du muscle du cœur. Le second a offert dans sa constatation quelques irrégularités qui devront être expliquées ultérieurement.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 25 mars 1882. — Présidence de M. Grimaux.

COMMUNICATIONS

Influence de la section des nerfs pneumo-gastriques sur l'exhalation de l'acide carbonique par les poumons; influence de la morphine sur cette fonction. — M. GRÉHANT. 1° Pour rechercher si la section d'un seul nerf pneumogastrique modifie la quantité d'acide carbonique exhalée par les poumons, j'ai d'abord fait circuler à travers les poumons d'un chien 50 litres d'air qui ont enlevé en sept minutes quarante-deux secondes 2 gr. 55 d'acide carbonique, puis j'ai fait la section d'un seul nerf pneumo-gastrique ; une heure après cette opération, j'ai fait circuler dans les poumons 50 litres d'air qui ont reçu 2 gr. 65 d'acide carbonique ; l'expérience a duré huit minutes trente-deux secondes.

Vingt-quatre heures après l'opération, le même volume d'air a entraîné 2 gr. 65 d'acide carbonique en neuf minutes vingt-deux secondes.

Enfin, quarante-huit heures après la section du nerf, 50 litres d'air ont reçu, en six minutes cinquante-deux secondes, 2 gr. 60 du même gaz.

Quoique les durées de ces expériences aient été un peu différentes, on peut conclure des nombres obtenus que la section d'un seul nerf pneumo-gastrique ne paraît nullement modifier l'exhalation de l'acide carbonique par les poumons. Six mois après, on fit chez le même animal la section du second nerf pneumo-gastrique : l'animal devint très-malade et maigrit considérablement; cependant on obtint, quelques jours après l'opération, les nombres 2 gr. 72, 2 gr. 74, 2 gr. 62, pour les quantités d'acide carbonique exhalées dans 50 litres d'air, nombres presque identiques à ceux qui ont été obtenus dans la première série d'expériences, seulement la circulation de ce volume d'air à travers les poumons a duré quatorze minutes au lieu de huit ; c'est la seule différence que j'aie pu constater.

2° Chez un chien du poids de 15 kil. 600, 50 litres d'air ont enlevé aux poumons, en sept minutes trente-cinq secondes, 2 gr. 64 d'acide carbonique ; on fait chez cet animal une injection sous-cutanée de 15^{cc},6 d'une solution de chlorhydrate de morphine renfermant 2 centigrammes par centimètre cube ; on a donc injecté 2 centigrammes par kilogramme du poids de l'animal. Une demi-heure après l'injection, le chien étant plongé dans un sommeil profond, on fait circuler de nouveau à travers les poumons 50 litres d'air ; l'expérience est beaucoup plus longue, elle dure dix-huit minutes quinze secondes, et l'acide carbonique exhalé a été trouvé égal à 2 gr. 245 ; non-seulement la quantité d'acide carbonique exhalée a diminué, mais, si on cherche quel est le poids de ce gaz que l'animal aurait éliminé à l'état de veille en dix-huit minutes quinze secondes, on trouve 6 gr. 356, c'est-à-dire presque le triple de la quantité trouvée.

Si l'on admet, ce qui paraît rationnel, que la quantité d'acide carbonique qui se forme dans tout l'organisme en un certain temps, est à peu près égale à celle qui est exhalée par les poumons dans le même temps, l'activité de la production de l'acide carbonique dans les tissus, pendant le sommeil provoqué par la dose de morphine que j'ai employée, serait donc presque trois fois moindre que chez l'animal à l'état de veille ; cette conclusion ne peut être exacte qu'à une condition : c'est que l'acide carbonique ne s'accumule pas dans le sang ou dans les tissus pendant le sommeil artificiel.

Distome hépatique. — M. MÉGNIN présente l'extrémité inférieure du poumon gauche d'une vache, contenant de gros tubercules noueux à parois épaisses et fibreuses, sortes de kystes remplis d'une matière purulente lie de vin au milieu de laquelle se trouvaient des douves. (*Distoma hepatica.*)

C'est la deuxième fois seulement que pareille lésion est rencontrée ; la première l'a été en Italie par le professeur Rivolta, de Pise, en 1868.

Circulation intra-crânienne pendant l'arrêt du cœur. — M. FRANCK fait une communication sur la circulation intra-crânienne pendant l'arrêt du cœur ou, pour mieux dire, sur les liquides qui circulent dans la cavité crânienne quand le sang artériel cesse d'y affluer. On comprend qu'il n'est pas possible que le cerveau, quand le sang cesse d'y arriver, revienne sur lui-même de façon à laisser un vide entre lui et les parois osseuses du crâne. Il faut donc qu'il y ait quelque chose qui remplace le sang artériel. Au premier abord on doit s'attendre à voir alors remonter le liquide céphalo-rachidien du rachis vers le cerveau; or il n'en est rien. Ce n'est pas le liquide céphalo-rachidien qui remonte vers le cerveau; il suffit, pour le démontrer, de s'opposer à son retour par une ligature placée sur la moelle. Si ce n'est pas le liquide céphalo-rachidien qui pénètre à ce moment dans le cerveau, ce ne peut être théoriquement que le sang veineux. C'est en effet ce que prouvent les expériences de M. Franck; quand le cerveau s'anémie artériellement, il se congestionne au point de vue veineux. A l'aide d'appareils enregistreurs, M. Franck démontre que du côté des sinus on constate une pression égale à la pression encéphalique générale. Pendant l'arrêt du cœur, les veines se congestionnent partout, surtout dans les parties profondes et particulièrement dans la cavité crânienne. Un cerveau dans lequel le sang artériel cesse d'arriver se gonfle donc par le fait du sang veineux.

M. LABORDE fait ressortir toutes les applications pathologiques, particulièrement au point de vue des épanchements séreux, etc., qui peuvent se déduire des intéressantes recherches de M. Franck.

M. DASTRE. Les résultats obtenus par M. Franck étaient faciles à prévoir; il se passe dans ces faits ce qui se passe après la mort, c'est-à-dire une réplétion du système veineux. Quant à la circulation du liquide céphalo-rachidien, il faut, pour l'expliquer, faire intervenir la circulation lymphatique. Il existe évidemment une relation entre la circulation du liquide céphalo-rachidien et la circulation lymphatique.

Circulation veineuse. — M. FRANCK fait connaître le résultat de ses recherches sur la circulation veineuse de la région rachidienne. On sait que la cavité rachidienne est close de toutes parts sauf au niveau des trous de conjugaison qui la mettent en rapport avec les cavités thoracique et abdominale et par lesquels passent les vaisseaux. Dans la cavité thoracique ces vaisseaux vont aboutir à la veine azygos, dans la cavité abdominale aux veines sacro-lombaires, etc. Au niveau du cou, il y a aussi un système de déversement dans les vertébrales postérieures. Or c'est une même loi qui préside aux oscillations respiratoires des veines du cou et à celles des régions thoracique et abdominale.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 25 mars 1882 :

M. Cornil, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Paris.

M. Poncet, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de médecine opératoire à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon.

— Le banquet annuel des internes en médecine des hôpitaux de Paris aura lieu, le samedi 15 avril à sept heures, chez Le Mardelay, 100, rue de Richelieu. Le prix de la souscription est fixé à 20 francs pour les anciens internes et à 16 francs pour les internes en exercice. On peut verser le montant de la cotisation entre les mains de l'interne en médecine, économe de la salle de garde de chaque hôpital, ou le remettre à l'un des commissaires du banquet : M. le docteur Bottentuit, 56, rue de Londres, ou M. le docteur Piogey, 24, rue Saint-Georges.

— *Faculté des sciences.* — L'ouverture du cours d'anatomie zoologique et de physiologie comparée de M. le professeur Milne-Edwards, retardée pour cause de service public, est définitivement fixée au mardi 28 mars 1882 à trois heures de l'après-midi. Le professeur traitera de la génération et du développement des animaux considérés dans chacun des principaux groupes zoologiques.

— Les congés de Pâques commenceront le lundi 3 avril, la licence s'ouvrira le 10 et les cours et conférences reprendront le lundi 24 du même mois.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 12602.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie a entendu dans cette séance, sur la question du chloroforme, M. Vulpian et M. Jules Guérin. M. Vulpian, en quelque sorte provoqué par le rappel qui a été fait à la tribune de ses expériences de laboratoire, est venu donner en termes très-nets quelques explications sur le sens et la portée de ces expériences qui ont jeté, comme on le sait et comme on le verra encore dans le compte-rendu, un jour nouveau sur quelques points de l'action physiologique du chloroforme sur les différents éléments du système nerveux. C'est aussi sur des expériences physiologiques déjà anciennes, mais qui n'ont rien perdu de leur valeur pour avoir été faites il y a un certain nombre d'années et qui avaient encore toute leur opportunité, que M. J. Guérin s'est fondé pour appuyer la déclaration de MM. Sédillot et Gosselin et pour formuler un certain nombre de propositions et de préceptes techniques déduits du rapprochement des deux ordres de données fournies par l'expérimentation et par l'observation.

Nous croyons la question assez avancée maintenant pour qu'elle puisse être résumée. C'est ce que la prochaine séance nous fournira probablement l'occasion de faire.

L'Académie s'est recrutée, dans cette séance, d'un nouveau membre dans la section de pathologie médicale. M. Bucquoy a été élu au premier tour, et à une grande majorité. C'était un résultat prévu.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Hardy.

Ataxie locomotrice.

I

Nous avons en ce moment un malade atteint d'une affection intéressante, bien souvent rebelle à toute thérapeutique; je veux parler de l'ataxie locomotrice, appelée autrefois, par Romberg, tabes dorsalis, connue aussi sous le nom de maladie de Duchenne (de Boulogne) et de sclérose des cordons postérieurs de la moelle.

L'ataxie locomotrice a été longtemps confondue avec d'autres affections de la moelle épinière. En 1840, Romberg décrivit pour la première fois sa symptomatologie et surtout le désordre des mouvements ainsi que certaines douleurs spéciales établissant nettement les différences qu'elle présente avec la paralysie générale, sans indiquer cependant les lésions anatomo-pathologiques qui caractérisaient cette maladie. C'est en 1843 que Stendahl publia le premier fait d'anatomie pathologique en le rapprochant des symptômes observés pendant la vie du sujet, c'est-à-dire l'altération des cordons postérieurs de la moelle ainsi que du chiasma des nerfs optiques en rapport avec certains troubles de la vue.

Mais à cette époque les rapports scientifiques d'un pays à un autre étaient encore peu considérables et le tabes dorsalis n'était pas connu en France. C'est en 1858 que Duchenne (de Boulogne) appela le premier l'attention du monde médical sur cette affection. Allant pour ainsi dire tous les jours dans les hôpitaux de Paris, il remarqua, certain matin, un malade paraplégique qui présentait des phénomènes particuliers. Ce n'était pas une paralysie flasque; la force musculaire était conservée malgré l'impossibilité de la marche, et les quatre phénomènes principaux qui la caractérisaient étaient : désordre des mouvements, altération de la vue, douleurs spéciales *sui generis*, enfin un certain degré d'anesthésie.

Trousseau vulgarisa le fait découvert par Duchenne (de Boulogne) et donna à cette maladie le nom de son auteur, nom sous lequel elle resta connue pendant un certain temps. Mais Duchenne (de Boulogne), n'étant pas médecin des hôpitaux, se trouvait dans l'impossibilité de faire des autopsies, par suite d'étudier les lésions anatomiques que l'on pouvait rencontrer dans cette maladie, et Trousseau concluait à une névrose ou à quelque altération des filets nerveux du grand sympathique.

La science en était là, lorsque parurent les recherches de MM. Luys et Oulmont reconnaissant comme lésion une altération des racines postérieures de la moelle; puis vinrent les beaux travaux de MM. Charcot, Vulpian, etc.

— L'ataxie locomotrice est une maladie longue, durant des années plus ou moins nombreuses, et dont l'évolution peut se diviser en trois périodes à chacune desquelles correspond un groupe de symptômes assez caractéristiques sans qu'il y ait cependant entre ces périodes une transition absolue.

La première période présente surtout des phénomènes du côté de la sensibilité, phénomènes dont l'un des premiers

est une douleur spéciale, fulgurante, en éclair, instantanée, traversant surtout les membres inférieurs de la partie supérieure de la cuisse ou du genou jusqu'aux malléoles. Cette douleur est variable d'intensité, durant quelques secondes, et se répétant ou non, selon les cas, plusieurs fois dans la même journée. Ces douleurs débutent généralement sur les membres inférieurs; elles sont rares aux membres supérieurs, et donnent lieu, au niveau des malléoles, comme à une sensation de constriction plus ou moins forte par un anneau métallique ou par un brodequin. Elle se fait sentir, que le malade soit chaussé ou qu'il soit au lit. Elle est spontanée.

C'est, je le répète, l'un des premiers phénomènes et des plus constants.

Les malades éprouvent aussi quelquefois une autre sorte de douleurs, douleurs en ceinture assez vives, s'exaspérant de temps à autre et partant du dos pour se répandre dans les flancs et jusque sur la partie antérieure du ventre, de telle sorte que le malade se trouve comme serré dans un étau.

Parfois on trouve une hyperesthésie localisée ; le fait est assez rare, tandis que, ce qui est le plus ordinaire, ce sont au début quelques points où la sensibilité est émoussée, ce sont des plaques d'anesthésie incomplète. Cette diminution de la sensibilité se rencontre à la plante du pied, et il semble aux malades qu'ils marchent sur quelque chose de mou et d'humide comme de la laine ou des éponges.

A côté de ces phénomènes, on en constate d'autres du côté de l'appareil oculaire, précédant même, dans certains cas, l'apparition des douleurs fulgurantes. Ce sont une diplopie transverse ou verticale, et les malades voient, les uns, les objets doubles et à la même hauteur, tandis que d'autres les voient doubles également mais à des hauteurs différentes; de l'hémiopie, du strabisme, du myosis, de l'amblyopie, une altération du champ de la vision, une diminution de l'acuité visuelle, ou bien encore une altération de la sensation des couleurs telle que les malades ne distingent pas certaines d'entre elles, tandis qu'ils voient assez nettement les autres.

Ces troubles oculaires manquent rarement au début de la maladie; ils appartiennent à la première période, cessent assez fréquemment dans la seconde, où la vue redevient entière ou presque entière.

Du côté des organes génito-urinaires, il se produit aussi quelquefois certains phénomènes: chez les uns, c'est un priapisme plus ou moins marqué qui est remplacé plus tard par de l'anaphrodisie; chez d'autres, ce sont des accidents de spermatorrhée nocturne, accidents que l'on retrouve du reste dans beaucoup de maladies chez les sujets nerveux, résultant d'un système nerveux mal équilibré. Ce sont aussi une sécrétion ou mieux une excrétion urinaire plus fréquente, des envies d'uriner plus répétées; les urines sont parfois mal retenues, la nuit principalement, par inertie ou par parésie de la vessie.

Du côté de l'anus on trouve rarement de l'incontinence des matières fécales, mais bien plus souvent de la constipation, ainsi qu'un besoin fréquent d'aller à la selle ou de rendre des gaz. Ce phénomène n'est pas indiqué dans les ouvrages, cependant j'ai eu l'occasion de l'observer plusieurs fois dans la clientèle civile ou hospitalière. Dans ce cas les malades font de fréquents efforts pour aller à la garde-robe et le plus souvent en vain.

Enfin on observe aussi dans cette première période de la maladie une diminution de la contractilité de certains muscles, ainsi que du réflexe du tendon rotulien, malgré les excitations auxquelles on le soumet. Ce signe, à lui seul, a une grande valeur.

Dans cette première période, et à côté des phénomènes que nous venons de décrire, on peut trouver encore la conservation des mouvements et constater seulement une légère incertitude dans la marche, et le désordre de la motilité ne survient que plus tard. Mais déjà les malades ne peuvent généralement plus rester debout pendant longtemps.

Tels sont les différents phénomènes qui caractérisent le plus ordinairement le début de la maladie connue sous le nom d'ataxie locomotrice, ou sa première période.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. VERNEUIL.

Deux cas de mort subite et rapide.

Deux cas de mort, l'une subite, l'autre rapide, viennent de se présenter dans le service.

Dans le premier, il s'agit d'un individu que nous avons opéré, il y a trois jours, d'un épithélioma de la langue. Cet homme, l'opération terminée, avait été reporté à son lit dans un état aussi satisfaisant que possible. Il avait eu dans la journée un petit suintement sanguin, veineux, sans grande importance, pour lequel néanmoins, et par pure précaution, mes internes avaient cru devoir placer deux petites ligatures. Pendant l'opération, du reste, la perte de sang avait été des plus minimes. La journée s'était bien passée; le soir, quelques petites douleurs seulement, et la température avait oscillé entre 38° et 38°,2.

En résumé, donc, les choses allaient assez bien, lorsque le voisin de lit de notre opéré fut pris tout à coup, dans la soirée, d'une attaque de *delirium tremens*, criant, vociférant pendant de longues heures ; par une sorte d'imitation contagieuse un autre alcoolique du service, couché à l'extrémité de la salle, était pris à son tour d'un accès semblable, de telle sorte que tous les autres malades de la salle en furent troublés et ne purent fermer l'œil de la nuit.

Ceci nous prouve encore une fois, soit dit entre parenthèses, combien la création de salles d'isolement serait non-seulement utile, mais réellement indispensable pour nos malades.

A la suite de ces deux incidents notre malade fut extrêmement agité, et, vers quatre heures du matin, il se trouvait dans un état de surexcitation tel qu'il se levait subitement, sautait à bas de son lit, arrachait les pièces de son pansement et courait d'un bout de la salle à l'autre. L'infirmier du service, le rejoignant au plus tôt, le fit recoucher, replaça le pansement et appliqua des sinapismes en attendant que l'interne de garde, prévenu, pût arriver. Mais, à peine notre malade était-il dans son lit, qu'il mourait subitement.

En présence d'un évènement aussi inattendu, nous avons à nous demander quelle a pu être la cause d'un dénouement aussi brusque.

Il ne s'agit pas là de ce que l'on a appelé le choc opératoire, qui exige, pour semblable terminaison, des phénomènes d'adynamie. Cet homme n'est pas mort non plus d'hémorrhagie ni d'anémie aiguë, ainsi que le démontrent les viscères, qui ne sont nullement exsangues; du reste, comme je l'ai déjà dit, la perte de sang a été insignifiante, soit pendant, soit

après l'opération. Il n'a pas succombé à la faiblesse, le pouls était resté bon, la température sans abaissement, nul phénomène de cette hypothermie qui est l'indice d'un état général grave. Il n'y a pas eu davantage inanition; grâce à la sonde œsophagienne à demeure qui avait été introduite par le nez, cet homme avait pris, dans la journée, un peu plus d'un litre de bouillon et un demi-litre de vin.

D'autre part il n'y a pas eu de septicémie aiguë, d'abord parce que celle-ci ne survient pas ainsi au point de tuer le malade en un si court espace de temps (moins de vingt heures après l'opération), ensuite parce que le thermomètre nous montre une température qui a varié entre 38° et 38°,2. Devions-nous songer à quelque état pathologique resté inconnu et que l'autopsie nous révélerait? Je ne le pensais pas. Nous avions affaire à un homme robuste, fort, vigoureux, dont tous les organes, soigneusement étudiés de son vivant, nous avaient paru d'une intégrité parfaite, et chez lequel la sécrétion urinaire normale n'avait rien présenté de particulier.

Quelle était donc alors la cause de la mort?

L'autopsie, faite avec le plus grand soin, nous a montré des viscères en parfait état. Si les reins sont un peu congestionnés, cependant ils sont sains, sans aucune trace de néphrite interstitielle ou parenchymateuse. Les poumons présentaient bien, pour toute lésion, quelques adhérences; mais nous pouvons dire, sans exagération, que plus d'un tiers des individus autopsiés présentent cette particularité sans qu'il y ait à y attacher autrement d'importance.

Quant au foie, qui chez maints malades est la cause déterminante de la mort, non-seulement il ne présente aucune lésion, mais encore il est rare de le trouver aussi sain que chez cet homme. Le cerveau est également en bon état; du reste, il n'était survenu aucun phénomène cérébral.

Bien que l'intestin ne présentât aucune lésion, cependant j'avais été frappé pendant l'opération d'un symptôme fâcheux, c'est-à-dire de diarrhée et de borborygmes, symptôme qui indique toujours une tendance à l'adynamie. Il y a, en effet, un fait que les chirurgiens militaires connaissent bien: c'est que les altérations qui siègent du côté de la cavité thoracique ou du côté du cerveau entraînent des phénomènes d'excitation, tandis que les altérations que l'on rencontre dans la cavité abdominale amènent des phénomènes de dépression.

Chez notre malade l'intestin étant sain, l'on pourrait dire que sa diarrhée était toute morale et résultait de l'influence d'une émotion vive sur l'organe intestinal.

Enfin je m'étais demandé si la mort n'aurait pas été produite par la rétrocession de la langue, malgré les précautions prises pour la maintenir en place au moyen d'un fil en caoutchouc la traversant. Il n'en avait rien été non plus.

Ayant ainsi passé en revue les différentes causes capables d'avoir déterminé la mort, il ne nous restait plus qu'un seul organe à examiner, le cœur, soit qu'il y ait eu syncope, arrêt de son fonctionnement ou commencement de coagulation *ante mortem* dans l'interstice des colonnes charnues. J'ai rencontré ici, en effet, dans le cœur, se prolongeant dans l'artère pulmonaire, un caillot d'aspect assez curieux, dont la formation pouvait bien remonter à deux heures avant la mort. Était-ce bien là la cause de cette fin subite? Je le croirais assez. Le cœur n'est pas très-rouge, il est normal, si ce n'est que ses parois sont assez minces. Dans leur épaisseur on apercevait, enchevêtrés avec leurs fibres, des caillots sanguins présentant assez d'adhérence. Ce sont ces caillots qui auraient été le point de départ de la coagulation et de la syncope mortelle.

En résumé, les affections cardiaques ont la propriété d'amener la mort subite, tandis que, sous l'influence d'un traumatisme, des organes déjà souffrants reçoivent une impulsion capable de déterminer la mort rapide; c'est ainsi que des individus porteurs d'un rein malade seront atteints d'urémie; que des cerveaux alcooliques auront une attaque de *delirium tremens;* qu'un cœur défectueux entraînera une syncope mortelle, etc. C'est ainsi qu'en proie à une émotion violente produite par l'attaque à laquelle son voisin de lit s'est trouvé en proie dans la soirée d'avant-hier, notre malade a succombé à une syncope.

— A côté de ce fait de mort subite, je dois vous rapporter le cas d'une mort rapide, résultant cette fois d'un état pathologique antérieur au traumatisme.

Il s'agit d'un homme robuste, arrivé de la province, et entré dans le service pour une lésion du membre inférieur droit, suite d'une chute. Il avait été vu, peu après l'accident, par un médecin distingué qui avait diagnostiqué une luxation de la hanche, et qui, à trois reprises différentes, avait tenté en vain de la réduire. Il est vrai que le blessé n'avait pas pu être complètement endormi.

C'est dans ces conditions qu'il avait été envoyé à l'hôpital. Tout d'abord, et après un premier examen, je crus à une fracture du fémur. Il en fut de même de MM. Nepveu et Terrillon, mais avec quelques réserves. Le lendemain je l'examinai de nouveau, et, après l'avoir chloroformisé, je me prononçai pour une luxation et j'essayai de réduire par divers procédés, mais toujours sans succès. C'est en vain que j'essayai de porter la cuisse dans la flexion forcée, et de lui rendre la longueur voulue, bien que le membre fût dans la résolution complète. D'autre part le gonflement et certaine bosse sanguine ne me permettaient pas de sentir la tête du fémur. Je me disais donc que, si j'avais affaire à une fracture, ce serait à une fracture par pénétration, et les tentatives que j'avais faites seraient certainement parvenues à désagréger les fragments, à rendre le fémur flottant et à rendre momentanément à la cuisse sa longueur normale. Voilà pourquoi j'avais diagnostiqué en second lieu une luxation de la hanche.

Quoi qu'il en soit, après plusieurs tentatives de réduction faites dans une salle convenablement chauffée, et sans que nous eussions eu à redouter pour notre malade aucun refroidissement, celui-ci fut reporté à son lit. Le lendemain matin, cependant, nous constations de la fièvre, de l'ictère et une température de 39°, et le surlendemain, au moment où j'arrivais dans la salle avec l'intention d'avoir recours à des moufles pour obtenir la réduction, j'apprenais que cet homme était mort à la suite d'une attaque de *delirium tremens.*

L'autopsie, qui vient d'en être faite, nous a fait reconnaître la cause de cette mort rapide dans l'existence d'un foie très-gras, d'une stéatose ancienne, antérieure à sa fracture. Cet homme était un alcoolique. De plus, nous avons constaté que la lésion osseuse n'était pas une luxation, mais bien une fracture du col compliquée de fractures multiples du grand trochanter, fractures dans lesquelles la crépitation n'avait pas pu se produire par suite de l'interposition de caillots et de lambeaux de muscle entre les fragments. C'est pour la même raison que la douleur que l'on provoque ordinairement dans le cas de fracture en poussant fortement sur le talon ne

s'est pas produite, la rencontre des fragments ne pouvant se faire en pareilles circonstances. Cette absence de crépitation et de douleur est une exception, et c'est là ce qui nous a induit en erreur.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 mars 1882. — Présidence de M. GAVARRET.

COMMUNICATIONS

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture d'une note de M. Bonnafont relative à la discussion sur l'emploi du chloroforme. Dans cette note, M. Bonnafont relate deux opérations qu'il a pratiquées à l'hôpital d'Arras en 1850, le même jour, sous l'influence du même chloroforme, sur deux sujets de même âge. Le premier n'a éprouvé aucun effet fâcheux ; le second a failli succomber asphyxié. Depuis lors M. Bonnafont avait complètement renoncé à l'emploi du chloroforme pour l'éther qui lui a toujours donné de bons résultats. Il ajoute que depuis cette époque d'immenses progrès se sont accomplis qui plaident en faveur du chloroforme, surtout si l'on veut bien tenir compte des sages préceptes de M. Gosselin.

Microzymas des glandes stomacales et de leur pouvoir digestif. — M. BÉCHAMP lit sur ce sujet une note qui se termine par les conclusions suivantes : L'expérience démontre que les microzymas gastriques n'agissent pas sur les matières albuminoïdes dans un milieu neutre. On sait qu'il en est de même de la pepsine. On doit donc considérer celle-ci comme étant produite par ceux-là, de même que la pancréazymasie est formée par les microzymas pancréatiques.

La propriété des microzymas gastriques d'agir sur les matières albuminoïdes seulement dans un milieu acide les distingue des microzymas pancréatiques. En effet ces derniers n'agissent bien que dans les milieux neutres ou légèrement alcalins. Cependant ils opèrent également la digestion de la fibrine dans un milieu faiblement acidulé, mais son activité est suspendue dans une liqueur plus acide que le suc gastrique. Toutefois ce qui distingue surtout les microzymas pancréatiques, qu'ils agissent dans les liqueurs neutres ou très-légèrement acides, c'est la production de composés de dédoublement cristallisable, lesquels n'accompagnent jamais la digestion par les microzymas ou le suc gastrique.

Et puisque, sous l'influence de l'acide chlorhydrique à la température physiologique, la matière de la muqueuse stomacale disparaît, sauf les microzymas et les noyaux granuleux des cellules glandulaires, c'est que l'estomac se digère, est digéré par les microzymas. S'il en est ainsi, on ne comprend pas pourquoi, physiologiquement, la muqueuse gastrique ne se digérerait pas elle-même. Elle se digère nécessairement, car le suc gastrique contient des produits évidents de digestion. Seulement nous n'apercevons pas que la muqueuse s'use, puisqu'il y a organisation, multiplication des microzymas, formation de nouvelles cellules pour remplacer celles qui disparaissent par l'urine, et, si la glande ne se dissout pas, c'est parce que la production est supérieure à la consommation.

ÉLECTION

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie interne.

La liste de présentation portait, en première ligne, M. Bucquoy ; en deuxième, M. Siredey ; en troisième, M. Lecorché ; en quatrième, M. Ball ; en cinquième, M. Cadet de Gassicourt ; en sixième, M. Ollivier.

M. Bucquoy obtient 58 suffrages ; M. Siredey, 10 ; M. Ball, 3 ; MM. Cadet de Gassicourt et Lecorché, chacun 1. En conséquence, M. Bucquoy est proclamé élu.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE CHLOROFORME

M. VULPIAN vient donner quelques explications sur les expériences auxquelles il a été fait plusieurs fois allusion dans la discussion, et qui démontrent que l'homme ou les animaux soumis à l'action des vapeurs de chloroforme sont exposés à un danger plus ou moins marqué, danger qui peut avoir lieu au début de la chloroformisation, pendant ou après elle, ou même enfin quelques heures ou quelques jours après.

Il est incontestable que, chez les animaux en expérience comme chez l'homme, on peut observer des cas de mort dès les premières inhalations de chloroforme. Or ces cas de mort subite tout à fait au début de la chloroformisation peuvent s'expliquer par l'expérimentation physiologique. Chez les animaux à l'état sain, si l'on vient à pincer le bout supérieur des nerfs laryngés supérieurs, on peut produire un arrêt de la respiration. Une excitation quelconque d'un nerf sensible peut aboutir au même résultat ; par exemple, si l'on vient à badigeonner les narines d'un chien avec du chloroforme, on arrête aussitôt la respiration de cet animal.

Relativement aux accidents qui peuvent survenir pendant la chloroformisation, il faut tout d'abord établir une grande différence entre l'éther et le chloroforme ; les dangers sont bien moins grands avec l'éther qu'avec le chloroforme ; c'est pourquoi l'on préfère beaucoup, dans les laboratoires, l'emploi du premier à celui du second. Si l'on cherche l'explication de ces dangers pendant la chloroformisation des animaux, on voit qu'ils sont dus soit à l'arrêt du cœur, ou syncope cardiaque, soit à l'arrêt de la respiration, ou syncope respiratoire.

Il ne faut pas se représenter le bulbe rachidien comme restant absolument indemne pendant la chloroformisation. On sait que le chloroforme exerce son action sur toutes les parties du système nerveux, aussi bien sur la moelle que sur le cerveau, la protubérance et le bulbe lui-même. Seulement ce dernier présente une certaine résistance, puisqu'alors que toutes les parties du système nerveux sont momentanément paralysées sous l'influence de l'agent anesthésique, lui seul surnage au milieu de ce naufrage et continue à fonctionner et à exercer son action sur tous les nerfs accessoires de la respiration. Mais il est cependant touché, il est en partie paralysé.

Si, sur un animal sain, on coupe les nerfs pneumo-gastriques, l'animal continue à respirer ; si l'on excite les bouts centraux, on obtient un arrêt de la respiration, mais, alors même que l'on continue à faradiser les bouts centraux, la respiration reprend son cours. Si, sur un animal chloralisé ou chloroformé, on produit la même excitation, on obtient le même arrêt de la respiration, et l'animal ne reprend plus sa respiration. Il existe donc là une différence considérable entre l'animal non chloralisé et l'animal chloralisé. Autre expérience : si, sur un animal sain, on électrise les bouts thoraciques du nerf pneumo-gastrique sectionné, le cœur s'arrête en diastole ; si on continue la faradisation, le cœur se remet à battre. La même expérience étant faite sur un animal chloralisé, on arrête le cœur plus facilement, et de plus il ne reprend plus ses battements.

Le chloroforme agit sur les centres respiratoires, mais il agit aussi sur les cellules des ganglions, sur les ganglions moteurs du cœur ; donc, sous l'influence du chloroforme, les centres respiratoire et cardiaque ne sont pas dans un état normal, et peuvent devenir le siège d'accidents plus ou moins graves.

Ces accidents s'observent beaucoup plus facilement chez certaines races de chiens, chez les chiens de chasse, par exemple, chez les femelles. Chez les animaux, la syncope cardiaque est beaucoup plus grave que la syncope respiratoire. Cette dernière est infiniment plus fréquente et moins grave ; on n'en trouve pas une sur quarante de la syncope cardiaque. Dans les cas de syncope respiratoire, la respiration artificielle, pendant dix, quinze, vingt minutes et quelquefois plus, est le seul moyen de ramener les animaux à la vie. Il faut donc le faire, pour ainsi dire, à tour de bras ; au besoin même, il faut ouvrir la trachée.

En résumé, les expériences sur les animaux démontrent que la

chloroformisation n'est pas exempte de dangers, que l'animal soumis aux inhalations chloroformiques est dans une imminence syncopale, et qu'il faut très-peu de chose pour le pousser dans la syncope complète. Dans ces conditions, M. Gosselin a fait une œuvre utile en apportant ici les préceptes de prudence et de sages précautions qu'il a développés.

M. J. GUÉRIN. La discussion pourrait être considérée comme épuisée s'il ne s'agissait que de connaître l'opinion des représentants les plus autorisés de la chirurgie actuelle. Nous connaissons le dernier mot de ce qui s'enseigne et se fait aujourd'hui dans nos écoles et dans nos hôpitaux. Mais l'Académie doit-elle considérer qu'il n'y ait rien de plus à dire? Toutes les communications qu'elle a entendues n'ont ajouté qu'une suite d'exposés de pratique individuelle. J'ai cru voir dans cet individualisme un témoignage de l'absence de tout principe. A cette espèce d'anarchie théorique et pratique, je crois qu'il est possible d'opposer quelques principes et quelques règles qui puissent les réunir et les concilier même dans ce qu'ils ont de conforme avec une vue plus générale des choses.

Lors de la discussion de 1848, on ne voulait pas reconnaître que les morts par le chloroforme fussent des résultats de l'action toxique de cet agent. On prétendait n'y voir que des effets de l'asphyxie. Il a fallu la discussion de 1857 pour mettre fin à cette erreur. Eh bien, ce qui se passe aujourd'hui à l'égard des cas de mort causés par le chloroforme mal administré reproduit sous une autre forme les méprises de 1848. Au lieu de voir que les accidents qui se répètent sont bien le résultat des modes d'administration en usage, on se fait illusion, on les met sur le compte d'une foule de particularités d'idiosyncrasie, d'âge, de sexe, de constitution, de maladies anciennes, etc. Je m'associe non-seulement à la déclaration de MM. Sédillot et Gosselin, mais je vais essayer d'apporter, en faveur du principe proclamé par ces éminents collègues, de nouvelles observations et de nouveaux moyens. C'est l'action normale, générale, mais multiforme, de l'agent toxique, qu'il faut bien connaître. Cette pierre de touche ne peut être fournie que par l'expérimentation préalable sur les animaux.

M. Guérin rappelle ici les expériences qu'il a faites avec MM. Lebert, Tholozan et Marcel, et qu'il a communiquées dans les précédentes discussions.

Cette série d'expériences, ajoute-t-il, est comme un spécimen de formule comparative des accidents causés par le chloroforme chez les animaux et chez l'homme. Si l'on rapproche des formes déjà connues d'intoxication chloroformique chez les animaux les diverses formes de cette même intoxication chez l'homme, on y trouve : la sidération, la forme syncopale, le spasme trachéal, l'empoisonnement lent ou tardif; et, dans les deux ordres de faits, cette circonstance capitale de l'action du chloroforme d'autant plus dangereuse et d'autant plus rapide qu'elle s'exerce plus immédiatement par un liquide en nature, non divisé par l'air, non vaporisé.

Ce qui précède n'est qu'une sorte d'ébauche de la formule qui devrait être exécutée; pour la réaliser en totalité, il faudrait instituer un grand nombre d'expériences nouvelles propres à faire voir toutes les variétés de l'intoxication : par les centres nerveux, par les nerfs, par les organes respiratoires, par les voies circulatoires, etc.

Provisoirement, et avec les seules ressources de l'expérimentation et de l'observation actuelle, on peut dès aujourd'hui réunir et classer les données qui doivent servir de base à la véritable technique, la technique étiologique de la chloroformisation.

Comme M. Gosselin, on peut placer en première ligne le dosage de l'anesthésique. C'est par une illusion contraire à toute observation qu'on a prétendu la fixer sous la dénomination de dose maniable. Rien n'est plus oscillable, plus divers, plus relatif que le résultat expérimental ou clinique de l'emploi du chloroforme. Le dosage est donc un élément nécessaire à prendre en considération, mais il est plus utile à observer que facile à préciser. C'est un élément subordonné.

Un élément plus important, c'est l'état de consistance, de division et de dilution du chloroforme; c'est ce qu'ont mis en évidence les injections directes et les applications immédiates que j'en ai faites. C'est la plus grande source des accidents observés. Les éponges, les compresses appliquées directement sur le nez et la bouche, ne sont pas dangereuses parce qu'elles font obstacle à l'air, mais parce qu'elles favorisent l'inhalation directe et extemporanée du toxique non divisé.

M. Guérin excepte de cette dangereuse catégorie le cornet de la marine. Il en est à peu près de même du mouchoir de M. Gosselin, qu'on tient à la distance de 5 ou 6 centimètres.

Un troisième élément, c'est la nécessité du mélange constant du chloroforme avec l'air, mélange qu'il ne faut pas confondre avec les précautions propres à assurer seulement l'arrivée du chloroforme avec l'air inspiré. Je veux ce mélange préalable. C'est ce que n'assurent ni les éponges ni les compresses, mais le cornet de la marine seulement, ainsi que tous les moyens qui placent le chloroforme sur le passage de l'air aspiré. Il faut rapprocher de cette condition celle de ménager une échappée à l'air expiré.

Un quatrième élément, c'est de ne pas pousser trop loin ces inhalations, et surtout de ne pas braver les résistances du malade, résistances actives ou passives qui ont l'inconvénient d'accumuler outre mesure des quantités de chloroforme. Des accidents semblables à ceux que produisent ces doses accumulées d'opium chez les cholériques, au moment de la réaction, ont été observés chez des sujets dont l'organisme et la volonté se montraient également rebelles au chloroforme. Ces cas sont surtout ceux qui surprennent les chirurgiens à la fin de leurs opérations.

Un cinquième élément, c'est, comme l'a dit avec tant de raison M. Gosselin, l'intermittence des aspirations. Il y a, à mon avis, un autre motif à ajouter à cette utile précaution : c'est de laisser aux doses inhalées le temps de se répandre dans toute l'économie.

Un sixième et dernier élément, c'est de ne pas confondre, dans l'appréciation des degrés de l'anesthésie, l'insensibilité inconsciente avec l'insensibilité réfléchie. Je ne crois pas nécessaire de pousser l'action du chloroforme jusqu'à la dernière limite de l'extinction de ces deux ordres de facultés. Je demande à ceux qui attendent l'abolition complète du phénomène réflexe des paupières si ce n'est pas dans ces cas-là surtout, poussés à l'extrême, qu'ils ont constaté les alertes si voisines d'accidents plus terribles.

Comment, par quels procédés, pourra-t-on mettre la pratique en accord avec la technologie que je viens d'exposer? C'est sous l'inspiration de ce sentiment que j'ai imaginé dès longtemps un appareil qui obéit à toutes les indications et réalise toutes les conditions d'une technique étiologique de la chloroformisation.

Cet appareil, que M. Guérin place sous les yeux de ses collègues, permet de doser le chloroforme, de le diviser; de l'appliquer à toutes les distances, de le mêler incessamment à la quantité nécessaire d'air respirable, qui chasse l'air expiré; enfin il permet de modérer, d'accroître, de diminuer ou de suspendre complètement son action; en un mot, de pratiquer instantanément l'intermittence des inhalations si utilement recommandée par M. Gosselin.

La suite de la discussion est renvoyée à la séance prochaine.

La séance est levée à huit heures.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1882.

108. M. VOGELIN. Contribution à l'étude du purpura alcoolique. — 109. M. PASCAUD. De quelques appareils orthopédiques employés dans le traitement du pied-bot; appareil à plaquette. — 110. M. MOMON. De la septicémie péritonéale à la suite de la kélotomie. — 111. M. JEANPIERRE. Considérations sur la rétraction de l'aponévrose palmaire. — 112. M. CORNILLE. De la contagiosité de la tuberculose au point de vue historique et prophylactique. — 113. M. LANDOUZY. Considérations sur la tuberculose pulmonaire

dans l'armée. — 114. M. Féré. Contribution à l'étude des troubles fonctionnels de la vision par lésions cérébrales. Amblyopie croisée et hémianopsie. — 115. M. Audibert. Des fièvres intermittentes dans le département de la Corrèze. — 116. M. Wenceslas Bartoszewicz. Traitement des affections cutanées par les scarifications. — 117. M. Desprez. Essai sur la symptomatologie du cancer primitif du larynx. — 118. M. Michon. Des moyens chirurgicaux employés comme traitement de la névralgie rebelle. — 119. M. Charrière. Considérations sur les rapports de l'hystérie avec la paralysie générale. — 120. M. Piot. Recherches expérimentales sur la mort apparente dans l'asphyxie et son traitement par un procédé nouveau de respiration artificielle. — 121. M. Félix. Du retard du pouls artificiel. — 122. M. Coupard. Tuberculose de la voûte crânienne et tuberculose osseuse. — 123. M. Hutin. De l'épithélium tubulé. — 124. M. Osorio. Recherches sur l'exostose sous-unguéale. — 125. M. Henri de Launay. De la laryngotomie inter-cricothyroïdienne. — 126. M. Cavayé. Étude sur les fractures du col de l'humérus, de l'omoplate et de la clavité glénoïde. — 127. M. Goudounèche. Contribution à l'étude de la fièvre herpétique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le professeur Cornil, député de l'Allier, vient d'adresser la lettre suivante au président de la Chambre des députés :

« Paris, le 27 mars 1882.

« J'ai l'honneur de vous remettre ma démission de député.

« Le *Journal officiel* du 26 mars enregistre, en effet, le décret par lequel je suis nommé professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Paris. Par le fait même de mon acceptation, je cesse d'appartenir à la Chambre, suivant l'article 11 de la loi du 30 novembre 1875.

« Veuillez recevoir, M. le président et cher collègue, l'assurance de mes sentiments respectueux et dévoués.

« Signé : Cornil. »

La démission a été transmise à M. le ministre de l'intérieur.

— La section de médecine et de chirurgie de l'Académie des sciences présente, pour la place laissée vacante par la mort de notre illustre maître, Bouillaud, et à l'unanimité des voix, la liste suivante :

En première ligne, M. Davaine ; — en deuxième ligne, M. Charcot ; — en troisième ligne et *ex æquo*, MM. Paul Bert et Brown-Séquard ; — en quatrième ligne, M. Sappey.

— Un concours pour la nomination à trois places de chirurgien au Bureau central s'ouvrira, le lundi 8 mai 1882, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu de Paris.

Le registre d'inscription sera ouvert du jeudi 6 avril au samedi 22 avril 1882, de midi à trois heures.

— *Faculté de médecine de Paris.* — A partir du 1er avril 1882, les droits d'examens, etc., seront reçus dans un bureau spécial établi à cet effet dans l'antichambre de l'ancien cabinet du doyen (rez-de-chaussée).

Le service des inscriptions et consignations sera, dès ce jour, organisé de la manière suivante :

1° Inscriptions : MM. les Étudiants se rendent d'abord au secrétariat où une fiche leur est remise, indiquant l'inscription ou les inscriptions dont la validation est reconnue. Munis de cette fiche, ils se présentent au bureau spécial désigné plus haut pour effectuer le versement des droits de bibliothèque et de travaux pratiques.

2° Consignations pour examens : MM. les Étudiants doivent, au préalable, verser à la caisse les droits d'examens ; ils sont inscrits le même jour au secrétariat de la Faculté pour être mis en série sur leur demande et sur la présentation de la quittance qui leur a été délivrée à la caisse.

— La question écrite donnée pour la première épreuve du concours du prosectorat a pour sujets : 1° Des synoviales tendineuses et articulaires ; fonctions de ces synoviales ; 2° des fongosités tendineuses et articulaires.

— Le Sénat français compte un de nos confrères de plus parmi ses membres ; M. le docteur Frezouls a été élu sénateur de l'Ariège dimanche dernier.

— A la suite des examens passés à l'École du Val-de-Grâce, en 1881, sont désignés au choix du ministre, pour le service hospitalier :

Médecine. — MM. les médecins-majors de première classe : Czernicki, Beltz, Bazille et Emery-Desbrousses. — MM. les médecins-majors de deuxième classe : Fournié, Blanc, Moine, Belleau et Foulquier.

Chirurgie. — MM. les médecins-majors de première classe : Laederich, Morisson et Talon. — MM. les médecins-majors de deuxième classe : Rigal, Caillet et Dardignac.

— Par décret en date du 19 mars 1882, ont été nommés :

Au grade de médecin-major de deuxième classe : MM. Michel, Buisson, Grandgury, Robert et Linarès.

Au grade de pharmacien-major de deuxième classe : M. Périer.

— M. Cazalas, médecin-inspecteur (réserve), prend sa retraite.

— M. Cabot, médecin-major de deuxième classe, est décédé à l'hôpital d'Oran.

— Le concours de l'internat en pharmacie des hôpitaux et hospices civils de Paris a été cette année des plus remarquables. Les candidats ont été classés dans l'ordre suivant :

1. MM. Gasselin, Mazurier, Grimbert, Abram, Rigollot-Delaube, Carette, Quentin, Richard, Lienhart, Derouen.

11. MM. Decesse, Héret, Simon, Delarue, Moncour, Bouland, Lemeland, Cabanes, Goy, Pigeon.

21. MM. Delarbre, Dumouthiers, Lapierre, Chapotot, Winter, Blanchard, Berlioz, Hupier, Delaporte, Goldschœn.

31. MM. Gérard, Tessier, Bruey, Damecour, Dubourg, Ducastel, Gérardin, Eyssartier, Bocquillon, Ruear.

41. MM. Delage, Coillot, Maréchal, Plouzoles, Brissonnet, Gramond, Rousse, Cognet, Belugeon, Tiercelin.

51. MM. Fonty, Morin, Charrier, Dutertre, Derone, Chaussat, Plateau, Dardaillon, Guerrau, Euvrard.

61. MM. Blandin, Jeannon, Baziret, Madeuf, Carré et Trémel.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. Delage, docteur ès sciences naturelles, préparateur, est chargé des fonctions de maître de conférences de zoologie, pendant la durée du congé accordé à M. Joliet.

— M. Guignard soutiendra, à la Faculté des sciences de Paris, le jeudi 6 avril, à neuf heures et demie, pour obtenir le grade de docteur ès sciences naturelles, une thèse intitulée : « Recherches anatomiques et physiologiques sur l'embryogénie des légumineuses. »

— *Faculté des sciences de Besançon.* — M. Jégo (Léon-Désiré), bachelier ès sciences, maître répétiteur au lycée de Toulouse, est nommé préparateur de la chaire de zoologie et de botanique (emploi nouveau).

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Mossé, agrégé, est chargé du cours auxiliaire de pathologie médicale, en remplacement de M. Moriez.

— Un concours pour un emploi de suppléant des chaires de physiologie et d'anatomie sera ouvert, le 1er novembre 1882, à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— *Faculté des sciences de Paris.* — Les conférences de botanique

commenceront le jeudi 30 mars 1882. Les personnes qui désireraient y assister sont priées de se faire inscrire au secrétariat.

— La Société française de tempérance a tenu sa séance solennelle le 26 mars, sous la présidence de M. Frédéric Passy, membre de l'Institut, député de la Seine.

Après avoir entendu une allocution chaleureuse de M. Frédéric Passy, le rapport sur la situation morale et financière de l'œuvre par M. Lunier, secrétaire général, celui de M. le docteur Dujardin-Beaumetz sur le concours de 1882, et le rapport de M. Vaney sur les récompenses, la Société a décerné : à M. le docteur Édouard Burdel, une médaille de vermeil; à M. Jules Jaillet, interne à l'hôpital Rothschild, une médaille d'argent et un prix de 2,000 francs; des médailles d'argent à M. Charles Edmond et à MM. les docteurs Ardouin et Auguste Guyot; 102 diplômes d'associés honoraires, 17 médailles d'argent, 311 médailles de bronze, 48 rappels, 27 livrets de caisse d'épargne de 25 francs, 10 collections de la première série de ses bulletins (1873-1879), 15 exemplaires du tome 1er et 8 exemplaires du tome 2 de la deuxième série, 127 collections des années 1880 et 1882 du *Bon Conseiller*, et 271 abonnements pour l'année 1882 à ce journal mensuel publié sous son patronage.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 12617.

N° 39. — SAMEDI 1er AVRIL 1882. 55e ANNÉE. SAMEDI 1er AVRIL 1882. — N° 39.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Les cirrhoses hépatiques mixtes.

Nous avons entretenu récemment nos lecteurs des deux types principaux de cirrhoses admises aujourd'hui, la cirrhose atrophique et la cirrhose hypertrophique, deux types anatomiques bien tranchés, auxquels correspondent des types cliniques également assez bien caractérisés. Tout en admettant ces types, qui s'imposent d'ailleurs par leur caractéristique distincte, on a pu voir, par quelques-uns des exemples que nous avons rapportés, que ces caractères n'étaient pas toujours si nettement distincts qu'il n'y eût lieu quelquefois à hésitation. Cette hésitation, plus d'un clinicien a dû l'éprouver en présence de ces cas mal définis, mal caractérisés, semblant tenir à la fois de l'un et de l'autre de ces deux premiers types. On en a même pu voir un exemple rapporté par M. Hardy dans une des leçons cliniques que nous avons reproduites. Enfin, dans notre dernier article sur ce sujet, nous nous sommes engagés à revenir sur ces cas auxquels on a donné le nom de cirrhoses mixtes. C'est ce que nous allons faire aujourd'hui à l'occasion et avec le secours d'un travail sur ce sujet et sous ce titre : *Des cirrhoses mixtes*, de M. le docteur Émile Guiter, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Commençons par l'analyse de la première observation que rapporte M. Émile Guiter, et qu'il a recueillie lui-même.

Un homme de quarante-quatre ans, sans antécédents pathologiques, et en particulier exempt de syphilis et d'impaludisme, n'ayant non plus jamais eu de coliques hépatiques, mais suspect d'alcoolisme, entre à l'hôpital Tenon, dans le service de M. Dieulafoy. Il dit être souffrant depuis un an ; sa maladie a débuté par des troubles digestifs ; puis ses jambes se sont enflées et son ventre a légèrement grossi ; de temps à autre survenait un peu d'endolorissement dans l'hypochondre droit. Cet état est resté à peu près stationnaire pendant plusieurs mois ; puis, il y avait un mois et demi environ, au moment de son entrée à l'hôpital, qu'il était devenu un peu jaune et que ses narines étaient fortement teintées et ses selles décolorées ; en même temps étaient survenus des vomissements rendant l'alimentation presque impossible, de la diarrhée, perte des forces, amaigrissement rapide ; point de toux, mais de l'oppression au moindre effort, palpitations fréquentes ; quelques crachements de sang et quelques épistaxis.

A son entrée à l'hôpital, l'ictère est très-accusé, surtout à la face, où l'on remarque, en outre, des varicosités très-apparentes. Les membres inférieurs sont fortement œdématiés ; météorisme du ventre, sous lequel on constate de l'ascite ; point de développement exagéré des veines abdominales. Le foie, augmenté de volume, débordait légèrement les fausses côtes. Le volume de la rate ne peut être apprécié. Plus de douleurs vives, cœur sain ; pouls petit, lent. Température, 37,4. Urines peu abondantes, d'un brun verdâtre, très-épaisses.

Dès le lendemain, le malade est dans un état de torpeur très-marqué ; l'intelligence paraît abolie ; pupilles dilatées. Il y a eu du subdelirium dans la nuit ; selles involontaires. La mort survient le lendemain.

Voici ce qu'a montré l'autopsie : Épanchement dans la cavité abdominale de trois à quatre litres d'un liquide jaune citrin, sans aucune trace de péritonite. Foie du poids de 1,960 grammes, ayant 28 centimètres de diamètre transversal, 19 centimètres de diamètre antéro-postérieur, 8 centimètres de diamètre vertical, présentant sur toute sa surface, surtout au niveau de son bord postérieur, de petites granulations saillantes ; épaississement de ce bord ; adhérences reliant la glande au diaphragme et aux organes voisins. Coloration jaunâtre du foie, qui a plutôt l'apparence de la cirrhose atrophique, mais avec une augmentation réelle du poids. A la coupe, résistance et même aspect granuleux du foie qu'à la périphérie. Fines travées de tissu conjonctif sillonnant la glande dans divers sens ; lobules enserrés dans une gangue conjonctive périlobulaire ; parenchyme présentant la coloration jaune-roux caractéristique.

L'examen histologique montre une immense quantité de tissu conjonctif dont la masse totale est parsemée de loges remplies par les cellules hépatiques (espaces interlobulaires envahis par la prolifération conjonctive). Cette prolifération circonscrit chaque lobule et l'enserre de telle sorte qu'à un premier examen ce sont surtout des lésions de cirrhose annulaire et périlobulaire qui semblent se présenter. Les lobules offrent un volume très-variable, les uns très-gros,

d'autres d'un petit volume, d'autres complètement étouffés par leur gangue conjonctive. Dans un très-grand nombre de lobules, les cellules ont subi, mais d'une manière très-irrégulière, la dégénérescence graisseuse. Sur la même coupe, on voit parfaitement des îlots de tissu scléreux dans l'épaisseur desquels on distingue des cellules hépatiques. Enfin, à un plus fort grossissement, on peut suivre le processus d'invasion et de répartition du tissu conjonctif et dans les espaces interlobulaires et dans l'épaisseur même du lobule.

Dans une deuxième observation, extraite des *Études médicales* de MM. Lecorché et Talamon ; dans une troisième, recueillie par M. Delaunay, et dans laquelle l'examen histologique a été fait par M. Gombault ; dans une quatrième, communiquée par M. Homolle et quelques autres, une association et une succession à peu près semblables de symptômes et la même association de lésions du tissu conjonctif interstitiel, de lésions du tissu des lobules, des canaux et du réseau des canalicules biliaires et des cellules hépatiques, ont montré autant d'exemples de ces cas mixtes, ou de ces réunions, chez le même sujet, des deux types de cirrhoses.

En résumé, de la discussion à laquelle s'est livré M. Guiter sur ce sujet, il ressort qu'aucun des caractères cliniques différentiels mis en avant dans la délimitation des cirrhoses n'a en lui-même une valeur décisive et que les divers symptômes qui forment la base de cette classification sont loin d'être constamment groupés selon les modalités attribuées aux deux grands syndromes de la sclérose du foie. Si d'une façon générale le processus symptomatique est ainsi incertain et variable, combien les écarts seront-ils plus marqués, combien le tableau clinique sera-t-il plus troublé dans les cas de sclérose diffuse comme ceux qui nous occupent !

Si l'on essaye, en effet, de dégager les grands traits généraux des faits analysés dans ce travail, on constate que tous, sans exception présentent ce caractère commun d'être mixtes par la coexistence de signes appartenant à des formes opposées de l'hépatite chronique, d'après la classification convenue. Ainsi, dans chacune de ces observations, l'ascite et l'ictère interviennent conjointement à une période peu avancée de la maladie. L'ascite est presque toujours considérable. L'ictère est également très-accusé dans la grande majorité des cas.

Le volume du foie est des plus variables. Lorsque l'affection évolue lentement, la tendance à la rétraction se produit tôt ou tard et l'atrophie suit l'hypergenèse du tissu fibreux. Le plus souvent la constatation de l'hypertrophie a coïncidé avec la marche rapide ; l'atrophie, au contraire, s'observe dans les cas à marche lente.

Enfin, au point de vue de la marche et des terminaisons, il semble résulter des diverses données de cette étude que la période d'invasion est extrêmement variable dans ses allures. Dans quelques cas l'affection s'installe peu à peu, lentement, s'accusant tantôt par une poussée d'ictère, tantôt par un peu d'ascite ou un peu d'œdème des membres inférieurs ; puis la teinte ictérique persiste, le ventre devient volumineux. Le plus souvent, au contraire, l'affection procède plus rapidement, soit que les divers signes apparaissent simultanément, ou qu'ils se succèdent à intervalles rapprochés. La courte durée de la maladie est un des caractères principaux des cirrhoses mixtes.

Le diagnostic clinique, celui qui nous intéresse surtout ici, ne laisse pas que de présenter d'assez grandes difficultés. On a vu cependant qu'il a pu être fait plus d'une fois. C'est surtout sur l'association de symptômes au premier abord hétérogènes, qui semblent s'exclure, ne se montrant habituellement qu'à l'état isolé, nous dirions volontiers paradoxaux, en se plaçant au point de vue des deux formes types, l'hypertrophique et l'atrophique, qu'on est fondé à soupçonner la cirrhose mixte. Ce ne sera pas trop, ensuite, de la considération du mode d'apparition des accidents, de leur ordre de succession, de leur marche ultérieure, de leur degré, d'intensité, etc., pour confirmer ce diagnostic.

C'est ici qu'intervient utilement aussi la notion étiologique, à laquelle nous avons fait la large part qui lui revient dans un de nos précédents articles, auquel nous renvoyons sur ce point.

En définitive, la conclusion qui ressort de cette étude très-bien faite et dont nous n'avons pu donner seulement qu'un aperçu, celle du moins qu'en tire M. Guiter, c'est que la classification actuelle des cirrhoses doit être revisée au point de vue anatomique comme au point de vue clinique auquel elle répond mal, et qu'il y a lieu de revenir sur les termes trop absolus de cette classification.

Traitement de l'ophthalmie purulente des nouveau-nés.

La question de l'ophthalmie purulente des nouveau-nés, de son étiologie et de son traitement est une de ces nombreuses questions qui reviennent de temps en temps à l'ordre du jour, et qui y reviendront encore, jusqu'à ce que l'opinion soit définitivement fixée sur la meilleure ou les meilleures méthodes de traitement, et sur les moyens prophylactiques les plus sûrs. On est encore loin d'avoir atteint l'un et l'autre but, bien qu'on ne puisse nier cependant qu'il ait été fait beaucoup dans ces derniers temps pour en approcher.

A propos des publications récentes de M. Galezowski dans la *Revue de l'hygiène* et de M. Bailly dans la *Gazette des hôpitaux* (voir le numéro du 16 février dernier), M. le docteur Ch. Brame (de Tours), dont nous avons déjà fait connaître en 1877 et plus récemment en 1880 (numéro du 18 août) la méthode curative de cette affection, nous adresse aujourd'hui de nouvelles observations sur ce même sujet.

M. Brame commence par critiquer le traitement de M. Galezowski, sur lequel nous aurons à revenir, et celui de M. Bailly, que nos lecteurs doivent avoir encore présent à l'esprit, et qu'il trouve compliqué, minutieux, difficile à appliquer. Puis, arrivant à celui qu'il a proposé, il s'exprime dans les termes suivants :

« Supposez qu'un médecin praticien ait trouvé, il y a plus de vingt ans, une substance qui, comme il l'a dit à l'Académie de médecine, est le véritable spécifique de l'inflammation des muqueuses en général et des ophthalmies en particulier ; supposez que cette substance agisse tout à fait efficacement en en badigeonnant le bord des paupières, le reste de ces organes et au delà ; supposez que, dans les ophthalmies purulentes, après l'application de cette substance, on reconnaisse que la sécrétion purulente ne tarde pas à disparaître, surtout en introduisant dans les fosses nasales un pinceau imbibé de tannin, dissous dans l'alcool et garantissant l'œil du contact de l'air et de la lumière ; supposez que, dans nombre de cas, même chez les nouveau-nés, il faille favoriser l'action de cette substance en prati-

quant de nombreuses mouchetures à la lancette, au-dessus de l'arcade sourcilière, en les faisant suivre ou non de l'application de ventouses cylindriques d'un demi-centimètre de diamètre; supposez enfin que tout le traitement se borne à des moyens si simples, et à quelques lavages à l'eau alcoolisée, surtout chez les nouveau-nés ou les enfants du premier âge; ne croyez-vous pas que ce praticien pourrait s'écrier bien plus justement que M. Bailly : « Tels sont les avantages qui établissent la supériorité de ce traitement sur les autres traitements de l'ophthalmie purulente des nouveau-nés, et le recommandent d'une façon toute particulière au choix du praticien ?

« Et lorsque j'ajouterai que cette substance, bien loin de faire souffrir, comme le crayon pur ou le crayon mitigé de nitrate argentique, calme la douleur spontanée de l'affection, détermine une sensation de fraîcheur, est anesthésique et hémostatique; cette substance, par son application en thérapeutique, sera jugée digne de prendre rang parmi les agents chimiques utiles à l'humanité, et les médecins praticiens la dédaignent en général.

« Faut-il que je dise, que je répète cent fois que l'iodure argentique naissant (mélange d'iodure argentique et de nitrate potassique), ou, dans d'autres cas, l'iodure argentique récemment préparé, non-seulement jouissent d'une puissance irrésistible contre les ophthalmies, mais qu'elle a été signalée, dans le journal de M. Galezowski, par M. Sédan, médecin-major au 1er zouaves? Ce médecin distingué m'écrit que l'iodure argentique naissant a donné entre ses mains des résultats merveilleux sur dix-sept Arabes, qui ont été guéris dans l'espace de trois à sept jours.

« Ce sont les succès obtenus dans sa pratique qui ont déterminé M. Sédan à me rendre enfin publiquement justice; puisse son approbation, motivée par les faits, ouvrir enfin les yeux des médecins praticiens! »

Nous avons compulsé le *Recueil d'ophthalmologie* de MM. Galezowski et Cuignet, et nous avons trouvé effectivement, dans le numéro de mai 1881, la note de M. le docteur Sédan, dans laquelle nous relevons ce qui suit, en témoignage de l'efficacité de la méthode de M. Brame.

L'agent principal (l'iodure d'argent naissant) qui fait la base de cette méthode, dit M. Sédan, répond, par la facilité de se le procurer, par sa maniabilité relativement facile et par son innocuité dans les conséquences possibles de son emploi prolongé, au double but que l'on doit se proposer: prévenir dans toute ophthalmie provenant d'inoculations graves, par des soins prompts, scientifiques et suffisamment prolongés, prévenir dans toute ophthalmie, fût-elle bénigne originairement, son passage à l'état chronique. M. Sédan a constaté non-seulement le pouvoir rapidement curatif et surtout préventif de l'iodure d'argent naissant, mais il lui a reconnu, à l'égal des autres irritants substitutifs, une action favorable sur les cas acquis et invétérés. Il affirme que dans plus de 300 cas qui ont été soumis à son observation le succès a été constant, rapide et durable. Dans ces 300 cas, l'iodure d'argent naissant, administré suivant la formule et le *modus faciendi* de M. Brame, lui a donné des résultats hors de proportion avec ceux des autres médicaments connus et usités dans les ophthalmies externes.

Ce sont là des résultats qui méritent certainement d'être signalés. Il serait intéressant de pouvoir les comparer numériquement avec ceux qu'ont donnés jusqu'à présent les autres méthodes en usage. Une communication faite l'année dernière par M. Galezowski à la Société de médecine publique, et la discussion qui l'a suivie pourront, nous fournir peut-être quelques éléments utiles pour cette comparaison. Elles nous donneront, en outre, l'occasion de dire un mot des moyens prophylactiques proposés pour réduire et conjurer les dangers si graves de la propagation de l'ophthalmie purulente des enfants.

PHYSIOLOGIE

Étude expérimentale sur la vitesse de transmission nerveuse chez l'homme : durée d'un acte cérébral et d'un acte réflexe, vitesse sensitive, vitesse motrice (1).

Par le docteur Albert René,

Chef des travaux physiologiques à la Faculté de médecine de Nancy.

III

II. *Deuxième série d'expériences : vitesse sensitive.*

De même que, dans la première série de recherches, nous avions cherché à éliminer l'un des éléments, l'acte cérébral, pour connaître la durée d'un élément, l'acte réflexe; de même nous avons institué une deuxième série de recherches pour faire varier l'un des éléments, la longueur des nerfs sensitifs parcourus, les deux autres facteurs, acte cérébral et transmission motrice, restant les mêmes et se traduisant par le même mécanisme expérimental.

A. Au lieu de l'excitation électrique sensitive de l'index, nous nous sommes d'abord servi de l'excitation auditive.

Le manche de l'interrupteur étant tenu de la main droite, le pouce presse sur le bouton, c'est-à-dire interrompt le courant aussitôt que le sujet a perçu le bruit produit par un petit marteau (excitateur terminé en olive de la petite pile médicale de Gaiffe) frappant sur un cylindre creux métallique et établissant, au moment du contact, la communication d'un courant et par suite faisant mouvoir le stylet d'un signal électrique.

Nous avons donc toujours le même graphique, l'ascension du stylet indiquant le moment de la production d'un son métallique et la descente indiquant le moment où le pouce a pressé le bouton du manche interrupteur. Le temps, inutile de le répéter, est toujours mesuré de la même façon.

L'intervalle est, moyenne de 83 expériences, de $\frac{44,8}{250}$ de seconde, ou $\frac{17,9}{100}$ de seconde.

Prenons la différence entre le chiffre $\frac{21,2}{100}$ de la première série d'expériences (index gauche sur les boutons de la bobine et pouce droit pressant sur le bouton du manche interrupteur) et ce chiffre de 17,9 centièmes de seconde, nous aurons une durée de $\frac{3,3}{100}$ représentant le temps de transmission sensitive sur une longueur (moyenne générale de 95 centimètres de l'index aux centres nerveux, mesurée de l'index à la septième cervicale et à la ligne biauriculaire).

Nous supposons ici, observation importante, sans que personne l'ait jamais prouvé, qu'il n'y a pas de différence notable entre le temps nécessaire pour exciter les terminaisons sensitives de la pulpe de l'index par une secousse électrique et le temps nécessaire pour exciter les terminaisons nerveuses du nerf auditif par un son. Nous ne savons si l'excitation latente est la même dans les deux cas, et, forcément, s'il y a une différence, cette différence devrait être prise en considération. Cependant, si la durée de l'excitation latente varie suivant la nature de l'excitation, on a trouvé précisément une durée égale pour les excitations acoustiques et pour les excitations tactiles ($0^s,15$), tandis que pour les

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 25 mars 1882.

excitations optiques on aurait un chiffre supérieur ($0^s,19$), ainsi que pour les excitations gustatives ($0^s,15$ à $0^s,23$).

Nous avons donc une durée de 3,3 centièmes de seconde pour une transmission sensitive de 95 centimètres, soit une vitesse de transmission sensitive de 28 mètres par seconde.

Dans cette série d'expériences, nous avons observé chez tous nos sujets des chiffres sensiblement égaux, nous n'avons pas constaté des chiffres contradictoires comme nous en avons obtenu dans les recherches par la méthode d'excitation des nerfs à des distances différentes des centres nerveux. Nous pensons donc que le chiffre de 28 mètres doit être accepté comme vitesse sensitive, beaucoup plus sûrement que les chiffres obtenus par cette méthode des différences de longueurs de nerfs. Nous avons noté même un fait intéressant dans ces premières expériences. On sait que la vitesse de la perception auditive n'est point la même chez les sujets âgés que chez les sujets plus jeunes. Ayant obtenu, chez deux personnes ayant dépassé la cinquantaine, des chiffres qui n'étaient pas différents de ceux fournis par les élèves du laboratoire, nous avons découvert que nos deux sujets étaient musiciens, et par conséquent avaient l'oreille plus exercée que les sujets du même âge et chez lesquels la moyenne des expériences donnait des retards un peu plus longs que chez les jeunes sujets (54 au lieu de 41, 43, 44 deux cent cinquantièmes de seconde).

B. Nous groupons dans ce chapitre des expériences faites dans le même but de mesurer la vitesse de transmission nerveuse sensitive en appliquant le courant induit aux nerfs sensitifs cutanés à des distances différentes des centres nerveux, et en calculant le temps employé à parcourir des longueurs différentes de nerfs sensitifs.

Le courant induit a été appliqué successivement à l'index, au coude, à la tubérosité antérieure du tibia, au grand trochanter : ce qui donnait, on le voit, des différences notables de longueurs de nerfs. Dans toutes ces expériences, le signal de la perception était toujours fait par l'index pressant sur un tambour à air. Notons que, pour éviter toute cause d'erreur, le signal électrique à air avait la même longueur de tube en caoutchouc que le système de tambours conjugués.

Nous avons pris les moyennes des résultats obtenus et calculés pour chaque sujet et la moyenne générale nous a fourni les chiffres suivants, qui expriment, *en centièmes de seconde*, le temps écoulé entre l'excitation d'une des régions du corps par un courant induit (Du Bois-Reymond) de 33° à 36°, et le mouvement du stylet d'un tambour à levier conjugué avec le tambour à air sur lequel presse l'index droit aussitôt que l'excitation électrique a été perçue.

TABLEAU II. — VD = 100.

RÉGION EXCITÉE.	33°.	34°.	35°.	36°.
Index	28,9	21,8	20,8	19
Coude	46	35,92	21,66	»
Acromion	24,4	22,88	20,2	18,4
Malléole	31,9	28,8	26,8	23,8
Tubérosité du tibia	29,5	34	27	»
Trochanter	29,9	26,87	23,65	21
Front	34,4	28	23,2	18,4

Si nous mesurons les vitesses de transmission sensitive, en prenant les différences de longueurs de nerfs à parcourir par l'excitation électrique, tous les autres éléments étant les mêmes et par conséquent n'impliquant aucune cause d'erreur, nous trouvons les chiffres suivants pour la vitesse de transmission nerveuse sensitive par seconde.

Dans le tableau III, prenons un exemple pour bien faire comprendre la façon de calculer la vitesse nerveuse. Étant connus les retards (tableau II) entre l'excitation de l'index et l'excitation de la malléole, pour 36°, soit index = 19 et malléole = 23,8 centièmes de seconde, nous prenons la différence, soit $\frac{4,8}{100}$ de seconde pour parcourir une longueur moyenne de 51 centimètres, longueur qui représente l'excédent de la distance de la malléole aux centres nerveux sur la distance de l'index aux mêmes centres nerveux. On obtient ainsi une vitesse de $10^m,62$ par seconde.

TABLEAU III. — *Vitesse nerveuse sensitive par seconde* : 1er *procédé.*

D'APRÈS LA DIFFÉRENCE DES RETARDS ENTRE :	33°.	34°.	35°.	36°.
	Mètres.	Mètres.	Mètres.	Mètres.
Index et malléole	17	7,28	8,50	10,62
Trochanter et malléole	43,5	45	27,6	31
Index et acromion	15,7	>	118	118
Tibia et trochanter	>	7,36	15,59	»
Malléole et tibia	14,25	>	>	»
Index et front	>	>	>	148
Moyenne générale des résultats positifs	22,6	16,55	42,42	76,9

Le signe > est, on le voit, souvent employé. Il signifie que le temps le plus court correspond précisément au trajet le plus long. Ainsi, par exemple, il y a de l'index au cerveau, à 33° (tableau II), un retard de $\frac{28,9}{100}$, tandis que, du front au cerveau, à 33°, il y a un retard de $\frac{34,4}{100}$, c'est-à-dire qu'il faut plus de temps pour répondre à l'excitation du front, point plus rapproché des centres nerveux qu'à l'excitation de l'index, point plus éloigné. On ne peut donc calculer la vitesse nerveuse par la différence de longueur des nerfs parcourus.

Si l'on prend la moyenne générale pour une excitation moyenne, 33° à 36°, dans le tableau III, on arrive à un chiffre moyen de $39^m,6$ pour vitesse de transmission sensitive par seconde.

Dans cette première méthode, les calculs sont faits d'après des chiffres moyens, appartenant à divers sujets et, somme toute, sans que nécessairement les mêmes sujets aient fourni les mêmes résultats dans chaque colonne 33°, 34°, etc. C'est un calcul de moyenne dans toute sa brutalité.

Il paraissait intéressant et plus physiologique de procéder d'une autre façon, en faisant les calculs de vitesse nerveuse pour chaque sujet en particulier, d'après les chiffres fournis par ce même sujet dans les différentes expériences, et de prendre, seulement après ces calculs faits, la moyenne des différentes vitesses obtenues. J'ai donc fait ces calculs pour tous les sujets qui se sont prêtés aux expériences. La vitesse nerveuse ayant été calculée ainsi pour chaque étudiant, j'ai additionné tous les chiffres obtenus. Voici la moyenne (tableau III *bis*) de ces résultats pour la vitesse sensitive, mesurée comme précédemment, d'après les différences du temps employé à parcourir des longueurs différentes de nerfs sensitifs.

TABLEAU III *bis*. — *Vitesse sensitive :* 2e *procédé.*

D'APRÈS LA DIFFÉRENCE DES RETARDS ENTRE :	33°.	34°.	35°.	36°.	MOYENNE de 33° à 36°.
	Mètres	Mètres	Mètres	Mètres	Mètres.
Index et malléole	8,31	8,62	17,17	13,54	11,91
Id. en éliminant les chiffres extrêmes	14	»	14,19	»	14,09
Trochanter et malléole	23,38	9,32	18,14	22,19	18,20
Index et acromion					
Id. en éliminant les chiffres	2,80	45,26	24,32	35,73	27,02
extrêmes	»	»	»	»	35,10
Tibia et trochanter	43,7	8,48	23,10	»	25,09
Malléole et tibia	2,40	5,98	7,50	»	5,29
Coude et index	5,41	3	20	»	9,47
Coude et acromion	2,76	1,74	29,20	»	11,26
Moyenne générale					18,04

On voit donc, en résumé, que, suivant la méthode de calcul employée (et on admettra plus volontiers la seconde), on arrive à des chiffres moyens pour une excitation sensitive moyenne (de 33° à 36°) de 39 mètres dans le premier procédé et de 18 mètres dans le deuxième procédé, soit encore, si l'on veut prendre la moyenne entre ces deux chiffres, au chiffre de 28 mètres par seconde pour la vitesse de transmission nerveuse sensitive. C'est déjà le chiffre 28 que nous avions trouvé dans les expériences faites par l'excitation auditive.

DE LA DILATATION MANUELLE

POUR PROVOQUER L'ACCOUCHEMENT RAPIDE DANS L'ÉCLAMPSIE.

Par le docteur LERICHE (de Mâcon),
Médecin en chef de l'Asile départemental de Saône-et-Loire.

J'ai déjà insisté dans ce journal sur le danger qu'il y avait à attendre la dilatation spontanée ou lente du col utérin pour extraire le fœtus chez une femme éclamptique et sur la possibilité de provoquer l'accouchement rapide par la dilatation exclusivement manuelle.

J'ai rapporté à cet effet (*Gazette des hôpitaux*, 1876, n° 138) le cas d'une femme enceinte de huit mois, que j'avais accouchée en deux heures en faisant la dilatation digitale et la version.

Le fait suivant, dans lequel l'enfant a pu être sauvé, pourra contribuer, je l'espère, à démontrer aux praticiens l'utilité de ce mode d'intervention.

Éclampsie à terme, coma; accouchement rapide provoqué par la dilatation digitale, suivie d'une application de forceps; enfant vivant. — Mme F... (de Crèches), jeune femme de vingt-un ans, primipare, à terme, est prise de crises éclamptiques dans la nuit du 12 au 13 février 1882, vers deux heures du matin.

Le médecin de la localité, confrère très-éclairé, est appelé entre cinq et six heures; il constate de l'albuminurie et s'empresse d'appliquer le traitement classique de l'éclampsie : saignée du bras, puis chloroformisation; la sage-femme y ajoute une injection sous-cutanée de morphine. Sous l'influence de ces divers moyens, la violence des convulsions diminue, mais pour faire place à un état comateux avec stertor dans lequel la malade tombe vers onze heures du matin. Un autre médecin, appelé de Mâcon, voit la malade dans le même moment et se retire en disant qu'il faut attendre.

J'arrive à quatre heures du soir. Le stertor n'a pas cessé : aux sollicitations et aux flagellations faites dans le but de l'éveiller, la malade ne répond qu'en entr'ouvrant les yeux à grand'peine et en remuant la tête; elle se contracte violemment quand on la découvre ou qu'on cherche à l'examiner.

Je déclare la nécessité immédiate de l'accouchement forcé. Une demi-heure est employée à vaincre l'hésitation de la famille et à faire les préparatifs nécessaires ; à quatre heures et demie environ je puis opérer.

La malade est placée en travers sur une table et chloroformisée jusqu'à ce qu'elle ne se contracte plus (effet obtenu en moins de dix minutes). Je constate alors que l'enfant est vivant, qu'il se présente en première position du sommet, que le col utérin est effacé, ramolli, mais que la dilatation est à peine commencée : l'orifice est à peu près comparable à une pièce de 20 centimes.

Je réussis à faire pénétrer l'extrémité de l'index droit dans cette ouverture, que je tiraille en divers sens ; bientôt je puis placer, à côté de l'index, le médius, puis le pouce ; j'exerce une dilatation énergique et je sens à mesure que les lèvres du col cèdent avec de très-légères déchirures; en dix minutes environ, je suis arrivé à obtenir un passage suffisant pour introduire une branche de petit forceps. La première branche appliquée, la seconde peut être placée sans difficulté; j'articule et je tire. Quand la tête est dans l'excavation, la vulve étant étroite et rigide, je fais avec les ciseaux un débridement bilatéral sur la fourchette et j'extrais un enfant mâle de volume moyen.

Cet enfant était violet, en état de mort apparente; je laisse saigner un peu le cordon et je pratique la respiration artificielle pendant quelques minutes. Bientôt l'enfant commence à crier; je l'abandonne à la sage-femme et je fais la délivrance, cinq minutes après l'accouchement.

Les manœuvres nécessaires pour obtenir la sortie du fœtus avaient duré vingt-cinq minutes.

J'applique un point de suture métallique sur chacune des incisions vulvaires, et la malade est reportée dans son lit. L'utérus se contracte bien, il y a une perte modérée. Le quantité de chloroforme employée par moi a été d'environ 18 grammes (deux cuillerées à café).

Immédiatement après l'accouchement et la délivrance, le stertor paraît diminuer un peu ; la malade répond par un murmure vague aux questions qu'on lui fait. Mais, au bout d'une demi-heure environ, le coma augmente, et la malade s'éteint sans avoir repris de crises convulsives, à dix heures du soir, cinq heures après l'accouchement.

Quant à l'enfant, mis en nourrice le lendemain, j'ai su qu'il était toujours vivant le 21 février.

Je voudrais aller au-devant d'une objection possible : les malades de mes deux observations ayant été accouchées pendant le coma, on pourrait penser que le relâchement agonique des tissus a seul permis la dilatation et que ce moyen n'est applicable que sur les femmes au moment de succomber. Mais je ferai observer d'abord que ma malade de 1876 a vécu plus de quatre jours après sa délivrance; quant à la dernière, bien que la mort soit survenue au bout de cinq heures, la parfaite rétraction de la matrice après l'accouchement indiquait que la contractilité des fibres utérines était loin d'être éteinte.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 29 mars 1882. — Présidence de M. Léon LABBÉ.

COMMUNICATIONS

Chloroforme. — M. DESORMEAUX, à l'occasion de la discussion sur le chloroforme, rappelle avoir vu un malade succomber sous l'influence de cet agent. Bien que l'examen très-minutieux qui avait été fait avant l'anesthésie n'eût rien révélé d'anomal, on trouva, à l'autopsie, le cœur gras. Depuis, M. Desormeaux a eu l'idée de recourir, en pareil cas, à l'électrisation, comme il le fait pour les enfants venant au monde asphyxiés.

Ovariotomie, hystérectomie. — M. DUPLAY lit un rapport sur une observation de M. le docteur Querel intitulée : Kystes dermoïdes ovariens et fibromes utérins. Il s'agit d'une femme de quarante-trois ans, heureusement accouchée il y a vingt ans, bien réglée, qui, depuis un an et demi, avait vu se développer une tumeur dans la fosse iliaque droite, tumeur bosselée, fluctuante en certains points, dure en d'autres, s'accompagnant de constipation, de dysurie, de douleurs lombo-abdominales s'étendant à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Le diagnostic porté fut : fibromes utérins et kyste ovarien droit. Cette femme, souffrant beaucoup, réclamait avec instance l'opération. Celle-ci fut pratiquée le 10 mars 1882, avec toutes les précautions de la méthode antiseptique. L'utérus fut amené au dehors et lié avec le serre-nœud de Cintrat, ensuite le chirurgien procéda à l'extirpation de l'ovaire droit; près du rectum, il trouva une nouvelle tumeur dont une poche se rompit et donna issue à du pus fétide qui s'écoula dans la cavité péritonéale. Il s'agissait d'un kyste de l'ovaire gauche, adhérent de tous côtés ; une nouvelle poche se rompit, d'où s'échappa

un liquide séreux, une grande quantité de matière sébacée, des fragments osseux, tels qu'un maxillaire inférieur avec cinq dents, une masse d'apparence charnue et une touffe de longs cheveux. C'étaient des kystes dermoïdes des ovaires. La malade succomba dans la nuit qui suivit l'opération.

Il y avait donc là une double lésion : deux kystes ovariques et un corps fibreux utérin. M. Querel a pratiqué l'ablation des kystes et du fibrome. M. Duplay, en pareil cas, préfère respecter la tumeur utérine et s'en tenir à l'ovariotomie, étant donnée la gravité habituelle de l'hystérotomie. Enfin, la malade de M. Querel a succombé aux suites immédiates de l'action chirurgicale sur l'utérus. M. Duplay, dans un cas analogue, a respecté le fibrome utérin, et la malade a parfaitement guéri, tandis que, s'il avait suivi la conduite de M. Querel, cette malade aurait probablement, comme la sienne, succombé au choc opératoire. Il faut donc, en pareil cas, se borner à l'ablation des kystes et respecter l'utérus, à moins d'indications particulières.

M. TRÉLAT croit qu'il serait bon de spécifier ces indications particulières ; ce sont, sans aucun doute, la nature sarcomateuse, le volume considérable de la tumeur et certaines complications auxquelles elle peut donner lieu. Mais, lorsque son volume est modéré et qu'elle ne détermine pas d'accidents, il faut, comme le dit M. Duplay, la respecter.

M. TERRIER. Les cas dans lesquels on trouve à la fois des fibromes utérins et des kystes ovariques présentent une réelle gravité pour l'opération. Sur quatre observations où M. Terrier a tout enlevé, il a eu quatre morts. Quand les tumeurs fibreuses sont petites, pédiculées, il n'y a pas d'inconvénients à les enlever. Mais, quand la tumeur fibreuse est volumineuse, occupe tout le corps utérin, il faut s'en tenir à l'ablation des ovaires, d'autant plus que celle-ci peut ultérieurement modifier d'une façon heureuse la marche et les accidents de la tumeur, comme cela semble résulter des succès obtenus par l'opération de Battet.

M. THÉOPHILE ANGER rappelle avoir publié une observation de kyste dermoïde du ligament large. Le kyste, en se développant, avait dédoublé les deux feuillets du ligament large. M. Anger fut assez heureux pour pouvoir l'énucléer après avoir ouvert la cavité péritonéale.

M. DUPLAY fait observer que c'est là une question de pratique non encore résolue, ni même posée, que celle qui est relative à la conduite du chirurgien en présence de fibromes utérins compliqués de kystes ovariques. M. Trélat a complété ma pensée en disant, à propos des indications et contre-indications, qu'il fallait tenir compte de la nature de la tumeur, de son volume et des accidents auxquels elle donne lieu.

A M. Anger, M. Duplay répond que le procédé dont il vient de parler est classique aujourd'hui.

M. ANGER répond que son observation date de 1876, et qu'à cette époque M. Péan lui même traitait ces kystes par le drainage.

Fistules vulvaires. — M. TRÉLAT. M. Verneuil a porté devant la Société un certain nombre d'observations de fistules recto-vulvaires ou recto-vaginales ; il compte un grand nombre d'insuccès opératoires et insiste sur l'incurabilité relative de ces sortes de fistules. Il a exposé les motifs qui lui paraissent expliquer cette difficulté chirurgicale du traitement des fistules recto-vulvaires. M. Verneuil a engagé chacun de ses collègues à porter son contingent. Le mien est peu important et peu instructif ; il se compose de quatre opérations. La première, pratiquée à Saint-Louis, a été insuffisante et suivie d'un échec rapide ; la seconde et la troisième ont donné un demi-résultat, c'est-à-dire la transformation d'une fistule largement ouverte en une fistule étroite, irrégulière ; l'une de ces malades a paru guérie pendant deux ans. En 1879, je fus consulté par une malade atteinte depuis longtemps d'une diarrhée continuelle ; son médecin et moi reconnûmes chez elle l'existence d'une fistule recto-vulvaire ; j'observai qu'en même temps que cette fistule il existait une déchirure incomplète du périnée. C'était une femme de trente-six ans, chez laquelle un second accouchement avait produit cette déchirure incomplète du périnée et cette fistule recto-vulvaire. Me basant, avec M. Verneuil, sur cette idée que l'une des causes de l'insuccès de ces opérations est la minceur des tissus, je pratiquai chez cette malade l'opération suivante ; Je fis une longue incision portant à 1 centimètre 1/2 en arrière de la fistule, puis de chaque côté une incision circonscrivant 1 centimètre 1/2 de chaque côté ; tout l'espace compris entre ces trois incisions fut avivé, et ces parties avivées de chaque côté de l'incision primitive furent rapprochées l'une de l'autre à la façon des deux feuillets d'un livre. Cette malade, ainsi opérée depuis quatre ans, est restée guérie.

Je compte pratiquer prochainement la même opération sur une malade que j'ai vue récemment et qui se trouve exactement dans les mêmes conditions. Par cette opération, on se met en garde contre les inconvénients résultant de la minceur des tissus.

M. Verneuil a signalé un autre inconvénient : c'est le voisinage du rectum. Je m'en suis aperçu chez une grosse femme qui mangeait et allait à la selle toute la journée, que je parvins à grand'peine à mettre au régime de constipation nécessité par ce genre d'opération et chez laquelle, au troisième jour, une véritable bourrasque, accompagnée de grêlons et d'éclairs, a tout détruit.

En résumé, sur quatre opérations, deux succès incomplets, un succès complet et un succès absolu. Je reste convaincu que la cure de ces fistules est beaucoup plus difficile que celle des fistules vésico-vaginales. Cette difficulté tient surtout à la minceur des tissus et à la proximité du rectum, le passage des gaz seuls suffisant à faire manquer l'opération.

M. DESPRÈS a trouvé quelque chose qui facilite singulièrement la guérison de ces fistules : c'est le séton. A Lourcine, ayant eu à traiter une fistule recto-vulvaire consécutive à un chancre du vagin, il la transforma en une fistule double, c'est-à-dire en une fistule anale et en une fistule vulvaire, à l'aide d'un trocart passé dans la fistule recto-vulvaire et d'un drain laissé à demeure. Il traita ensuite ces fistules comme les fistules anales, en pratiquant un avivement et en mettant un point de suture.

Inversion utérine. — M. FARABEUF présente une pièce anatomique qui lui a été envoyée par un confrère de province ; il s'agit d'un fibrome utérin ayant entraîné une inversion complète de l'utérus, de telle sorte que cette malade portait entre les cuisses une tumeur bilobée, dont un lobe n'est autre que l'utérus inversé. Des accidents graves étant survenus, on crut devoir pratiquer une opération radicale. La malade a succombé quelques heures après l'opération.

A l'autopsie, on a trouvé qu'il s'agissait en effet d'une invagination complète de l'utérus et d'un renversement incomplet du vagin. Dans la cavité abdominale se trouvait un infundibulum de 13 centimètres de profondeur, autrefois occupé par l'utérus et son fibrome.

M. LE FORT rappelle un fait analogue qu'il a observé en 1872 et qu'il a montré à M. Verneuil. Il s'agissait d'une femme qui portait entre les cuisses une tumeur volumineuse, sur laquelle on reconnaissait les plis du vagin. Au toucher vaginal, on ne trouvait plus de culs-de-sac. Nous ne mettions pas en doute, M. Verneuil et moi, qu'il ne s'agît d'une tumeur fibreuse ayant complètement invaginé l'utérus. L'état général de cette malade étant très-grave, je fis l'incision de la tumeur avec le thermocautère, puis j'appliquai un serre-nœud et employai l'écraseur linéaire. Il y avait déjà de la gangrène avant l'opération. La malade succomba quarante-huit heures après.

A l'autopsie, quel ne fut pas notre étonnement de trouver l'utérus normal en place ! Du col partait une tumeur fibreuse. Il s'agissait donc d'un allongement très-considérable d'une partie du col de l'utérus, et nous avions commis, M. Verneuil et moi, une erreur de diagnostic.

M. TILLAUX rappelle avoir publié un fait analogue à celui que vient de présenter M. Farabeuf. En pareil cas, lorsque le chirurgien croit devoir intervenir, il se trouve en présence d'une grande difficulté, c'est de savoir exactement où commence le corps fibreux et où finit l'utérus ; c'est pourquoi j'ai proposé de ne jamais endormir ces malades et de s'assurer, à l'aide d'une épingle, de la sensibilité, du point où elle finit sur la tumeur. Grâce à ce procédé,

on peut arriver à porter le bistouri sur la partie indolente et à n'amputer par conséquent que le fibrome, sans toucher au tissu utérin. C'est ce que j'ai fait chez une malade qui a guéri en l'espace de dix jours.

Reproduction osseuse. — **M. LANNELONGUE** présente une pièce osseuse qui n'est autre qu'un maxillaire inférieur reproduit. Il s'agissait d'une enfant de trois ans, qui avait été atteinte d'une ostéo-myélite du maxillaire inférieur suivie de nécrose. A la suite de l'élimination des séquestres, il s'est refait un os nouveau. L'enfant ayant succombé plus tard à une scarlatine, M. Lannelongue a pu se procurer cet os nouveau. La moitié de la mâchoire s'était refaite ainsi, et, ce qu'il y a de particulièrement intéressant, c'est que cet os nouveau présente de véritables articulations : c'est un maxillaire articulé. M. Lannelongue croit toutefois que ces articulations ne sont que temporaires.

LECTURE

M. HUMBERT lit un travail intitulé : « Ulcérations des artères au contact du pus dans deux cas d'ostéomyélite. »

La séance est levée.

MM. les médecins du huitième arrondissement de Paris sont informés que, le mercredi 19 avril 1882, il sera procédé, dans une des salles de la mairie, à l'élection d'un médecin attaché au service du traitement à domicile. — Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à deux heures.

— Par arrêté du ministre de l'intérieur à la date du 29 mars, la consultation gratuite, établie depuis longtemps par le docteur Ladreit de Lacharrière à l'Institution nationale des sourds-muets, est officiellement annexée à cet établissement, et devient un service public sous le titre de clinique otologique.

Un chef de clinique est attaché à ce service.

Il recevra un traitement de 600 francs. Il sera nommé par arrêté ministériel sur la proposition du directeur et la présentation du médecin.

Les candidats à la place de chef de clinique devront être pourvus de douze inscriptions au moins.

— M. le docteur Oppenheimer (Seligman) vient de succomber, à l'âge de soixante ans, aux suites d'une piqûre opératoire. Ancien chirurgien militaire, notre confrère laisse les plus vifs regrets dans la ville de Lons-le-Saulnier, où il exerçait avec la plus grande distinction.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 12628.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Legrand du Saulle.

L'aphasie et les aphasiques (1).

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE. CLINIQUE. ÉTAT MENTAL.
MÉDECINE LÉGALE.

II

Ces prémices une fois posées, abordons l'étude détaillée des caractères cliniques de l'aphasie, et envisageons tout d'abord, pour plus de commodité, les seuls troubles de la parole. Ce sont d'ailleurs les plus caractéristiques.

Si vous vous reportez à l'étude analytique des opérations physiologiques du langage que nous avons faite plus haut, vous concevrez facilement les différentes variétés de troubles du langage articulé que nous sommes susceptibles d'observer.

1° Supposez que la première des opérations dont j'ai parlé (faculté d'interpréter le signe entendu) soit troublée, vous aurez alors un malade, et nous supposons ici un malade type, qui s'exprimera relativement bien (la faculté de trouver les mots, opération centrifuge, étant intacte), mais qui sera incapable de *comprendre* les paroles prononcées devant lui, et par conséquent de répondre exactement aux questions qu'on lui pose. Nous aurons alors affaire à ce que, dans ces derniers temps, on a appelé la *surdité verbale* (Kussmaul, Kahler et Pick, Vernicke, Skwortzoff, etc.).

Bien que ce trouble ne s'observe pour ainsi dire jamais à l'état d'isolement complet et qu'il soit presque toujours associé à un de ceux que je vais décrire par la suite, on le voit dominer, dans quelques cas, le tableau clinique, à ce point qu'il forme un contraste frappant avec l'intégrité relative des autres opérations du langage.

En voici un exemple dû à Abercrombie, et qui a été déjà cité par Mlle Nadine Skwortzoff (2), l'auteur d'une excellente thèse sur la cécité et la surdité des mots, à laquelle je devrai plus d'une fois recourir dans le cours de ces conférences.

Un gentleman avait cessé de comprendre « les mots prononcés, mais entendait très-bien les mots écrits ». Comme il dirigeait une ferme, il avait dans sa chambre une liste des mots qui avaient chance de se rencontrer dans les discours de ses ouvriers. Quand un de ceux-ci désirait l'entretenir sur un sujet, le gentleman « l'écoutait d'abord sans rien saisir des paroles, sauf le son ». Il regardait alors les mots de sa liste écrite, et, toutes les fois que les mêmes mots écrits frappaient ses yeux, il les comprenait parfaitement.

2° Dans une seconde catégorie de cas, la faculté d'interpréter les mots entendus (opération centripète) sera normale, mais il y aura trouble plus ou moins profond des opérations centrifuges en vertu desquelles le malade puise les mots dans sa mémoire pour en revêtir sa pensée et projeter celle-ci au dehors. L'aphasique de cet ordre comprendra bien ce que vous lui direz, mais sera incapable de parler par lui-même, parce qu'il ne peut trouver spontanément les mots.

Ce trouble s'observe fréquemment avec des nuances et des degrés variés. Je dois vous le décrire complètement. Mais, avant d'aller plus loin, laissez-moi vous en rapporter quelques exemples types qui vous feront bien saisir les caractères distinctifs de ce désordre.

« Je voyais un jour, dit Trousseau, entrer dans mon cabinet un facteur des halles de Paris, très-jeune, et avec toutes les apparences d'une excellente santé. Il indiquait, par signes, qu'il ne pouvait parler, et me remettait une note où se trouvait détaillée l'histoire de sa maladie. Cette note était écrite par lui en bons termes et d'une main fort assurée. Quelques jours auparavant, il avait perdu subitement connaissance, et il était resté près d'une heure en cet état ; en revenant à lui, il n'avait aucun symptôme de paralysie, mais il ne pouvait articuler un seul mot. La langue se mouvait parfaitement, la déglutition était facile, et, quelque effort que fît le malade, il ne pouvait proférer une parole. Je pensai que la faradisation pouvait lui être de quelque secours, et je l'adressai à mon ami, M. le docteur Duchenne (de Boulogne). Il fut infructueusement électrisé pendant une quinzaine de jours ; et le malade, sans aucun traitement particulier, recouvra complètement la parole cinq ou six semaines après le début des accidents. Il y eut cela de très-remarquable que, pendant tout le cours de cette singulière maladie, il put régler toutes ses affaires et les continuer dans une certaine mesure, en suppléant à la parole par l'écriture. »

(1) Suite. — Voir le numéro du 28 mars 1882.
(2) N. Skwortzoff. — *De la cécité et de la surdité des mots dans l'aphasie.* — Th. de Paris, 1881.

Le cas suivant est encore plus remarquable (1).

« Le docteur Hun, d'Albany, mentionne le cas d'un forgeron, âgé de trente-cinq ans, qui avant l'attaque actuelle pouvait lire et écrire avec facilité. Il avait souffert pendant plusieurs années d'une maladie de cœur. Après une longue marche au soleil, il fut pris un soir de symptômes de congestion cérébrale, et demeura plusieurs jours dans un état de stupeur. En revenant de cet état, il *comprenait ce qu'on disait ;* mais on observa qu'il avait une grande difficulté à s'exprimer lui-même en paroles, et, la plupart du temps, il ne faisait connaître ses besoins que par signes. Il n'y avait pas de paralysie de la langue, qui pouvait se mouvoir dans toutes les directions. *Il savait la signification des mots que l'on disait devant lui, mais ne pouvait se rappeler ceux dont il avait besoin pour s'exprimer, ni répéter ceux qu'il entendait prononcer.* Il avait conscience de la difficulté dont il souffrait, et semblait en être surpris et affligé. Si le docteur Hun prononçait les mots dont il avait besoin, il paraissait content et disait : « Oui, c'est cela, » mais ne pouvait répéter les mots après lui. Après des efforts inutiles pour répéter un mot, le docteur Hun le lui écrivait, et alors il commençait à l'épeler, lettre par lettre ; et, après quelques essais, il pouvait le prononcer : mais, si on lui prenait alors le papier, il ne pouvait plus prononcer le mot. Après une longue étude du mot écrit et une fréquente répétition, il l'apprenait de façon à le retenir et à s'en servir ensuite. Il avait une ardoise sur laquelle étaient écrits les mots dont il avait le plus souvent besoin, et la consultait lorsqu'il voulait parler. Il apprit graduellement ces mots, et étendit son vocabulaire, de sorte qu'au bout d'un certain temps il pouvait se dispenser de son ardoise. Il *pouvait lire* assez bien dans un livre imprimé, mais hésitait devant quelques mots. Lorsqu'il était incapable de prononcer un mot, il était aussi *incapable de l'écrire*, jusqu'à ce qu'il l'eût vu écrit ; et il pouvait alors apprendre à écrire, comme il apprenait à prononcer, par des essais répétés. Au bout de six mois, en apprenant continuellement de nouveaux mots, il pouvait assez bien se faire comprendre ; souvent, toutefois, en employant une circonlocution, quand le mot propre ne venait pas, un peu comme s'il eût parlé une langue étrangère imparfaitement connue. »

Dans les deux observations qui précèdent, vous le voyez, les malades, tout en ayant conservé plus ou moins intacte la faculté de comprendre les mots parlés, étaient incapables de retrouver ces mêmes mots pour s'en servir dans les relations courantes de la vie. Il y avait chez eux perte du souvenir des actes dont la coordination est nécessaire à la réalisation de la parole. A ce trouble spécial on a donné différents noms. Il s'agit là de l'*aphasie* proprement dite, en ce sens que la plupart des cas décrits jusque dans ces derniers temps sous cette dénomination commune d'aphasie appartiennent à cette catégorie : c'est la *logoplégie* de M. Magnan, l'*aphasie ataxique* de Kussmaul. Je vous signale ces dénominations variées, car vous aurez l'occasion de les retrouver dans vos lectures, et il importe que vous en ayez le sens présent à l'esprit.

L'aphasie ataxique comporte des degrés variés et des nuances multiples sur lesquelles je dois maintenant appeler votre attention. Au reste, ce côté du sujet est moins neuf, et vous trouverez dans tous les livres classiques français les détails dont il me reste à vous parler ; aussi n'y insisterai-je pas longuement.

Parfois, et c'est ce qui avait lieu dans les deux observations que je viens de vous faire connaître, le malade qui reconnaît bien l'usage des objets qu'on lui présente (intégrité de l'intelligence), chez lequel le mot éveille le souvenir de la chose à laquelle il s'adapte (intégrité des opérations centripètes), est incapable de prononcer le moindre mot (aphasie ataxique complète). Tout au plus peut-il, comme je vous l'ai déjà signalé, répéter ceux qu'on prononce devant lui au moment même où l'on vient de les articuler, comme dans plusieurs faits rapportés par Trousseau ; on a alors affaire à l'*écholalie* (sorte de langage réflexe et automatique).

Plus fréquemment, l'aphasique a gardé quelques-uns des mots de son vocabulaire ; et, fait remarquable, ce sont souvent les mêmes qui persistent chez tous les malades, notamment les syllabes *oui* ou *non*, que les patients emploient indifféremment et à tout propos ; ce sont d'autres fois des mots sans signification (*tan, tieu, mété, mio, couzi-couzi*, etc.), des jurons : *oh parbleu ! ah malheur ! sacré nom d'un cœur !* Ou bien le répertoire est un peu plus riche, et le malade, qui à toutes les questions répond par la même phrase, le fait par une phrase déjà compliquée : *Je ne sais pas, je ne puis pas*, etc.

Le trouble est-il moins profond, le vocabulaire se complique encore. Mais il est des malades qui, tout en ayant à leur disposition un grand nombre de mots, ne peuvent parler qu'en faisant précéder ou en accompagnant chaque lambeau du discours d'une expression toujours la même ; tel l'aphasique dont parle Trousseau, qui ne pouvait dire deux paroles de suite sans prononcer tout d'abord le mot *monomomentif*. Les malades de ce groupe, dont le répertoire est moins pauvre que celui des aphasiques des groupes précédents, ont habituellement perdu les substantifs et surtout les noms propres. Ce sont les locutions les plus usuelles et les plus générales, les verbes, qui sont, au contraire, conservés.

D'autres aphasiques, qui prononcent bien la plupart des mots, sont incapables de rapporter ceux-ci à l'objet exact qu'ils désignent. Ils disent *maison* pour *chapeau*, et ne peuvent remédier à ces défectuosités de leur langage, bien qu'ils en aient conscience. C'est à ce trouble spécial que Kussmaul a donné le nom de *paraphasie*.

Il en est un autre que ce même auteur a appelé *acataphasie* ou *agrammatisme*, et qui n'est pas très-rare. Il consiste dans l'impossibilité de placer les mots suivant les règles de la syntaxe, et de les faire se succéder les uns aux autres de façon à constituer une phrase.

Je vous signalerai enfin une particularité assez curieuse qui a été relevée par H. Jackson, et observée par Gairdner, Trousseau, et depuis par la plupart des auteurs. L'aphasique, qui est incapable de parler sur le ton de la conversation, peut cependant, sous le coup d'une excitation ou d'un mouvement de colère, retrouver quelques phrases. D'autres prononcent assez clairement en chantant des mots qu'ils ne peuvent dire en parlant. MM. Vulpian et Liouville en ont rapporté un cas intéressant. Béhier a observé un malade qui, incapable de proférer un seul mot, chantait la *Marseillaise* en se servant de la syllabe *tan tan*.

Vous le voyez, l'aphasique de notre deuxième type (et

(1) Hun. — *American journal of insanity*, avril 1851. — Rapporté par le docteur Bateman : *Journal of mental science*, avril 1868 ; et reproduit avec les renseignements bibliographiques précédents, par H. Charlton Bastian : *Le cerveau, organe de la pensée*, t. II, p. 228. — Paris, 1882.

vous n'oubliez pas que nous n'envisageons ici que les troubles de la parole), peut présenter des différences multiples et être atteint à des degrés variés. Mais ce qui le caractérise, c'est que, malgré l'impossibilité ou tout au moins la difficulté qu'il éprouve de prononcer les mots, il les entend et les comprend, et s'aperçoit des mille bévues qu'il commet dans la conversation. Aussi voyez-vous fréquemment ces malades s'impatienter, s'irriter même, de ne pouvoir s'exprimer correctement. Il en sera tout différemment, en général, chez les aphasiques de notre troisième variété.

3° Les deux types dont je viens de vous parler, bien qu'ils se rencontrent quelquefois à l'état d'isolement, se confondent le plus habituellement l'un avec l'autre, et c'est par un effort d'analyse que je suis arrivé à les distinguer aussi nettement que je l'ai fait. Je viens en effet de vous présenter plutôt un schéma qu'une réalité concrète, du moins qu'une réalité concrète fréquente.

La forme que vous observerez le plus communément, c'est celle qui résulte de l'association des deux ordres de troubles que j'ai un peu artificiellement séparés pour vous en donner une idée plus nette et vous rendre plus facile l'analyse des divers cas. Ici, par conséquent, nous avons affaire au type d'aphasie le plus complexe, sinon toujours le plus prononcé.

Les deux ordres d'opérations essentielles du langage, celle de rapporter mentalement le signe entendu au mot qu'il exprime, et celle de retrouver le mot et de concevoir la série d'actes élémentaires coordonnés qui permettent de le prononcer, sont simultanément, quoique non toujours également, atteintes.

L'aphasique le plus complet serait celui qui, ayant conservé son intelligence et en traduisant la survie par ses gestes, son regard, etc., serait incapable à la fois de comprendre (opération centripète) et de prononcer (opération centrifuge) le moindre mot. Cliniquement, cet aphasique peut se rencontrer, quoique rarement.

Plus fréquemment, les deux ordres d'opérations, sans être complètement abolies, sont simultanément atteintes, mais à des degrés divers : tantôt le malade, qui a à sa disposition un vocabulaire assez riche, bien qu'imparfait, est incapable de comprendre les discours qu'on tient autour de lui ; la plupart des faits de *surdité verbale*, publiés comme tels, rentrent dans cette catégorie, et on y voit la *surdité* (opérations centripètes) associée presque toujours à un certain degré de logoplégie (opérations centrifuges) ; ou bien l'aphasique interprète relativement bien, quoique d'une façon vicieuse cependant, les mots qu'il entend, mais aura une très-grande difficulté à s'exprimer, ou même une impossibilité complète de le faire ; tout à l'heure la surdité verbale dominait les troubles logoplégiques, maintenant la logoplégie tient le haut de la scène.

Quelques exemples, et je puis ici les choisir au hasard, car ils sont nombreux, vous feront bien saisir les caractères propres de cette forme vulgaire d'aphasie, avec ses nuances multiples.

Tout d'abord, pour accentuer la différence qui existe entre les cas complexes dont nous nous occupons et ceux de la variété précédente, je vous rappellerai une intéressante observation de Trousseau. Les malades de notre deuxième type, vous ne l'avez pas oublié, avaient de la difficulté à s'exprimer, prononcaient des mots de travers, mais se rendaient parfaitement compte des défectuosités de leur langage, à cause de l'intégrité des opérations centripètes. Dans le cas de Trousseau auquel je fais allusion, les choses étaient toutes différentes parce que opérations centripètes et centrifuges étaient simultanément lésées.

Au demeurant, voici le fait :

« Madame B..., belle-mère d'un médecin très-recommandable, sans avoir jamais éprouvé d'accidents paralytiques, arriva assez rapidement à des troubles d'intelligence fort singuliers. Un visiteur entre chez elle ; elle se lève pour le recevoir avec un air de bienveillance, et lui montrant un fauteuil : « Cochon, animal, fichue bête. (Madame vous invite à vous asseoir, dit le gendre, qui interprète la volonté de la malade, si étrangement exprimée.) Notons, ajoute Trousseau, que les actes de cette dame paraissaient d'ailleurs assez sensés, et, chose bizarre, qui n'est pas ordinaire chez les aphasiques, *elle ne semblait pas s'impatienter ni comprendre le sens des injures qu'elle proférait.* »

L'observation suivante, que j'emprunte, en la résumant, à la thèse de Mlle Skwortzoff, est relative à un malade chez lequel les opérations centrifuges et les centripètes ont été touchées tour à tour et successivement :

« M. G..., âgé de cinquante-quatre ans, menuisier en voitures, avait fait des excès alcooliques fréquents. Il y a cinq ans, on a remarqué que, sans cause appréciable, il commençait à trouver difficilement ses mots, disant quelquefois un mot pour un autre. Cette difficulté de parler suit une marche progressive, et, au bout d'un an et demi, il ne trouve plus les noms des objets (les substantifs) ; le peu de verbes dont il se sert encore sont employés à l'infinitif, et, pour exprimer sa pensée, il a recours surtout aux gestes et quelquefois, mais rarement, à l'écriture. Déjà, à cette époque, tout ce qu'il écrivait avait l'air de notes prises pour mémoire. Il ne construisait pas ses phrases.

Six ou sept mois après, c'est-à-dire deux ans après le début, on commence à s'apercevoir qu'il ne répond plus ou qu'il répond à tort et à travers aux questions qui lui sont faites à haute voix et qui ne sont pas accompagnées de gestes. Il les comprend bien si on les écrit. En un mot, il semble par moments *être devenu sourd.* Sans pouvoir donner des renseignements plus précis, ses parents affirment qu'il avait toujours eu une bonne ouïe et qu'il ne se plaignait jamais de douleurs dans les oreilles.

A mesure que cette difficulté de parler s'accentue, il s'adonne de plus en plus à la boisson.

Il devient très-mobile de caractère, facilement irritable ; mais continue toujours à travailler. Seulement il commence à changer d'atelier très-souvent, à la moindre difficulté avec ses patrons et même quelquefois sans cause aucune ; ainsi, pendant les quatre derniers mois, il change au moins deux fois d'atelier par semaine. En même temps, il ne peut plus travailler régulièrement. Après deux ou trois heures de travail, il quitte ses outils pour aller voir ses amis, qu'il invite chez le marchand de vins, où il ne peut rester longtemps non plus, les emmène chez un autre, de là chez un troisième, et reste un jour ou deux à se promener et à boire avec ses camarades, sans retourner au travail.

Au mois de janvier 1880, il a eu une attaque d'apoplexie avec perte de connaissance, chute dans la rue, sans paralysie à sa suite. Revenu à lui-même, il sait donner son adresse et peut être ramené chez lui.

Quatre mois après, en mai 1880, il a une autre attaque, avec perte de connaissance, chute dans la rue, et le 25 mai il est amené de l'infirmerie spéciale près la préfecture de police à l'asile Sainte-Anne.

26 mai. Premier examen. — Comment vous appelez-vous? — Il répond : Boulevard de Grenelle, 131. — Pourquoi vous a-t-on amené ici? — Boulevard de Grenelle, 131. — Que vous est-il arrivé? — Boulevard de Grenelle, 131.

Ensuite il prend la plume, écrit son nom, et l'adresse « boulevard de Grenelle, 131 », lit l'en-tête de sa feuille d'observation, copie les mots « préfecture de la Seine », mais en même temps *il ne peut rien écrire sous la dictée.*

Ne comprenant pas les questions qu'on lui adresse, il comprend les signes « de s'approcher, de se retirer, de s'asseoir », et entend les bruits. Il relève la tête et regarde la pendule au premier coup de l'heure qui sonne ; tient la tête dans cette attitude jusqu'au dernier coup, après quoi son attention est portée sur un autre objet ; quand on frappe très-fort du pied à côté de lui, il déplace sa chaise.

La force musculaire paraît être égale des deux côtés. La sensibilité cutanée ainsi que la sensibilité spéciale sont intactes.

Le 27 mai, G... reconnaît sa fille, l'embrasse, mais à toutes ses questions répond : Boulevard de Grenelle, 131.

Les jours suivants il commence à prononcer d'autres mots et même des phrases entières, mais toujours sans aucun rapport avec ce qu'on lui dit. Les membres de ces phrases ne sont jamais liés par des verbes ou des prépositions entre eux, comme si c'étaient des notes prises à la hâte. Pendant tout son séjour à l'asile, durant plus de neuf mois, il n'a jamais prononcé un verbe ni une préposition une seule fois. »

Dans le cas qui précède, il y avait à la fois, vous le voyez, impossibilité de comprendre les mots (surdité verbale), et difficulté de les concevoir pour s'en servir dans la conversation (aphasie ataxique, logoplégie).

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Jules Simon.

I. Coryza syphilitique, érythème généralisé. — II. Traitement de l'impétigo par l'emmaillotement. — III. Méningite de forme typhoïde. — IV. Angine pultacée et angine diphthéritique.

I. Il y a eu samedi huit jours, on nous amenait à la consultation une petite fillette âgée de cinq semaines, qui était rouge des pieds à la tête. Elle avait une sorte d'érythème généralisé et un peu de sifflement nasal comme symptômes extérieurs ; puis, si nous l'examinions un peu plus minutieusement, nous découvrions en certains points du corps quelques ulcérations taillées à pic. Interrogions-nous alors les parents sur les causes et le début des accidents, nous n'obtenions aucun renseignement quant à l'hérédité et à la contagion.

Nous mîmes donc tout d'abord l'enfant en observation jusqu'à vendredi dernier, prescrivant un pansement méthodique. Malgré les soins dont l'enfant était entouré, malgré l'hygiène recommandée à sa mère qui était aussi sa nourrice, l'enfant restait grognon. Les croûtes recouvrant les ulcérations étaient tombées, celles-ci augmentaient en surface, affectant une forme serpigineuse, le fond n'en était pas gris, les bords ne présentaient pas une coloration rouge anomale.

Ce que voyant, je diagnostiquai une syphilis congéniale, me basant sur un coryza datant de huit à dix jours et augmentant d'intensité, sans fièvre cependant, mais s'accompagnant d'un écoulement purulent abondant, me basant aussi sur la conformation des ulcérations. J'ordonnai par conséquent, à l'extérieur, des frictions mercurielles et à l'intérieur la liqueur de Van Swieten.

Rapidement nous avons obtenu une modification sensible de l'état général de l'enfant, en même temps que l'éruption généralisée que je vous signalais diminuait notablement. Ce cas est tout à fait irrégulier, car la syphilis infantile débute généralement par le nez ; tandis que sur les membres inférieurs on aperçoit des taches rosées lenticulaires, fugaces, le teint prend une coloration mate, le fond est gris, le nez se pince, la lèvre supérieure se tuméfie, et au pourtour de l'anus les plis sont plus accusés. De plus, il existe un état général, la fièvre est constante, nocturne, les nuits de l'enfant sont agitées, sans sommeil, au moins dix-neuf fois sur vingt, et l'appétit disparaît.

Comme traitement de la syphilis infantile, j'ai recours à la liqueur de Van Swieten à la dose de vingt gouttes par jour en quatre fois, dans un peu de lait, versées dans un vase de porcelaine ou de verre et jamais de métal. En même temps je prescris de larges frictions mercurielles sur la peau. Je prescris aussi l'iodure de potassium, mais de bonne heure, tandis que chez l'adulte on l'ordonne plus tardivement.

Quelques-uns de ces enfants atteints de syphilis guérissent, beaucoup succombent à la maladie elle-même, d'autres deviennent rachitiques, misérables, et finissent par mourir à leur tour. Je fais subir aussi à la mère un traitement mercuriel, et je la soumets également de bonne heure à l'iodure de potassium. De plus, je fais continuer l'allaitement maternel, ayant bien soin d'interdire que l'enfant soit confié à une nourrice.

Certains médecins ont nié l'influence de la liqueur de Van Swieten associée au lait, lui reprochant de former ainsi un albuminate de mercure; cette préparation est, au contraire, un très-bon moyen thérapeutique. Velpeau prescrivait aussi avec succès aux adultes qu'il soignait l'association du lait et de la liqueur de Van Swieten.

II. A la consultation de samedi dernier, j'ai eu l'occasion de voir un enfant dont la tête était recouverte de croûtes pour lesquelles le diagnostic laissait au premier abord quelque incertitude entre le favus et l'impétigo.

Des granulations sans alopécie indiquaient de l'impétigo ; la production de squames épaisses plaidait en faveur du favus ; l'enlèvement des croûtes ne laissant au-dessous d'elles aucune apparence d'alopécie partielle et l'absence des godets du favus nous rattachèrent définitivement à l'impétigo. — Notre diagnostic s'est, du reste, trouvé bientôt confirmé par les recherches microscopiques auxquelles nous nous sommes livrés.

Le meilleur traitement de l'impétigo est encore l'emmaillotement, l'enveloppement soigneusement fait de la tête au moyen d'une calotte en caoutchouc ou mieux en gutta-percha laminé, — je vais vous dire pourquoi, — qui favorise l'exsudation, la dépuration du cuir chevelu, et par suite une amélioration notable.

Cet emmaillotement dans une substance imperméable ne réussit pas seulement dans l'impétigo ; il donne encore des résultats merveilleux chez les goutteux et les dartreux. J'ai rapporté l'an dernier dans l'une de nos conférences certain fait d'intoxication produit par l'emploi de la toile caout-

choutée chez un malade qui m'avait été recommandé par M. Martin-Damourette. J'ai vu aussi d'autres faits semblables résultant de la décomposition du caoutchouc, c'est pourquoi je lui préfère la gutta-percha laminée ou à son défaut le taffetas gommé pour l'enveloppement de la partie malade.

Dans bien des familles on vous dira que cet enveloppement va faire rentrer la maladie, qu'il va donner lieu à d'autres accidents. J'admets ce dernier point, et je l'explique par l'absence des précautions nécessaires, indispensables dans les soins à donner au malade. Hors de là je n'en ai jamais observé d'inconvénients. Lorsque l'on soigne ainsi un eczéma généralisé, je recommande expressément que les lavages prescrits matin et soir soient entourés de toutes les précautions pour éviter le moindre refroidissement, éviter quelque indigestion. Il faut soigner l'enfant avec intelligence. Puis, dès qu'une amélioration sensible se déclare, je diminue lentement, progressivement, le champ de l'emmaillotement, en essayant peu à peu de soumettre les bords de la surface cutanée malade à l'action de l'air ambiant. Dans ces conditions aucun accident n'est à redouter.

III. Il y a douze jours, une petite fillette de six ans est arrivée à l'hôpital dans un certain cas de prostration, sans aucun symptôme d'une affection bien déterminée, se plaignant de céphalalgie, d'insomnie et de vomissements. J'ai posé le diagnostic de fièvre typhoïde avec un point d'interrogation.

Le lendemain, je constatai que la respiration était un peu troublée ; j'apprenais qu'elle avait crié pendant toute la nuit ; de plus les sourcils étaient froncés, les vomissements avaient continué, et, symptôme assez caractéristique, la figure présentait des alternatives de coloration et de pâleur. Ce ne pouvait plus être à nos yeux une fièvre typhoïde au huitième jour. Le surlendemain, je trouvais le ventre excavé, ce qu'il n'avait pas été jusque-là, le pouls était tombé à 96 par minute. Je me prononçai alors pour une méningite à forme typhoïde.

Ce sont là des cas sur lesquels le médecin doit, les premiers jours, observer une sage réserve quant au diagnostic, de peur de jeter l'effroi dans une famille, alors que la maladie n'est pas suffisamment dessinée pour prononcer les mots de fièvre typhoïde ou de méningite. Le diagnostic de la fièvre typhoïde est très-difficile à cet âge, car, bien que la méningite soit surtout fréquente de deux à six ans, cependant elle peut encore se rencontrer à six ans et demi ou sept ans.

IV. Le diagnostic différentiel de l'angine pultacée et de l'angine couenneuse n'est pas toujours facile à faire. Cliniquement parlant, il y a deux espèces d'angine : 1° l'angine à points blancs ; 2° l'angine membraneuse. Il faut donc, en présence de plaques blanches, reconnaître si l'on a affaire à une angine pultacée ou à une diphthérite, si celle-ci est grave ou non, si elle est localisée ou généralisée.

La plaque membraneuse, couenneuse, ne se détache qu'avec grand'peine, un simple frottement ne suffit pas à l'enlever ; elle est élastique, et présente sur une de ses faces de nombreux trabécules fibrineux.

Si vous pouvez la détacher facilement de la gorge, et que mise dans l'eau elle se dépose au fond du verre, ce n'est pas une fausse membrane, mais bien de la diphthérite.

Dès le premier jour où vous êtes appelé pour un malade atteint d'une angine qui vous paraît de nature diphthéritique, sans que vous en ayez encore la certitude parfaite ; bornez-vous à dire aux parents qui vous interrogent : « angine à points blancs, peut-être pultacée », sans aller au-delà. Le lendemain, les fausses membranes vous paraissent-elles formées, dites alors : « angine couenneuse », sans parler encore d'une gravité qui peut ne pas survenir.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 1er avril 1882. — Présidence de M. Laborde.

COMMUNICATIONS

Tumeur du sein. — M. MALASSEZ présente, au nom de M. Jules André, une tumeur du sein qui offre ceci de particulier qu'elle est survenue à la suite d'un traumatisme. M. Malassez fera connaître ultérieurement les résultats de l'examen histologique de cette tumeur.

La collidine. — M. QUINQUAUD présente à la Société une note sur un nouveau corps, la β collidine, dérivé de la cinchonine, et sur son action physiologique, par MM. Marcus et Œchsner de Coninck.

Cette substance, obtenue par distillation de la potasse avec la cinchonine, appartient à la série pyridique et a pour formule $C^n H^{2n}$-5Az.

C'est un liquide jaune, volatil, bouillant à 190°, 200°, d'une saveur brûlante ; appliqué sur la peau dénudée, il y détermine une vive irritation.

Injecté sous la peau de la *rana temporaria* et de la *rana esculenta*, il provoque rapidement la mort : c'est donc un toxique.

A la dose de 0g,05 — 0g,15 par kilogramme d'animal, il amène une abolition complète des mouvements volontaires ; toutefois les mouvements réflexes nous ont paru conservés. (Les expériences ont été faites sur des chiens.)

Cette substance porte également son action sur les centres psychomoteurs et paralyse leur action ; à une période plus avancée, ce corps agit sur les centres médullaires et sur les vaso-constricteurs.

Des observations kymographiques ont démontré l'existence d'une diminution de pression sanguine intra-carotidienne, secondairement un abaissement de la température (8° en quelques heures).

On voit encore survenir, après l'intoxication, du ptyalisme, de la polyurie.

La substance s'élimine en cinq à dix heures. Chez plusieurs animaux, il est survenu, le troisième jour après l'expérience, une disparition des réflexes cornéens, qui persiste encore.

M. Quinquaud fait ressortir tout l'intérêt de cette communication en signalant une nouvelle source de collidine, et en montrant 1° que l'action de ce corps est différente sur plus d'un point de celle de la cinchonine ; 2° qu'il y a là une substance antipyrétique ; enfin que la collidine pourra peut-être trouver des indications thérapeutiques dans les affections cornéennes.

Cellules nerveuses motrices. — M. POUCHET fait, au nom de M. Huette, une communication ayant pour but de démontrer que le volume des cellules nerveuses motrices n'est pas, comme on l'a cru, en rapport avec la longueur des muscles qu'elles animent. Par exemple, les cellules nerveuses motrices du cou de la girafe sont plus petites qne celles du cou du bœuf.

Le sang. — M. POUCHET communique les premiers résultats de recherches nouvelles qu'il vient de faire sur du sang de cheval.

On sait que, si l'on ajoute une solution de sulfate de magnésie à du sang, celui-ci ne se coagule pas. On prend le plasma ainsi mélangé de sulfate de magnésie, et on le laisse évaporer ; il se fait une cristallisation arborescente ; on dissout le sulfate de magnésie par l'eau et il reste sur le verre des produits provenant du plasma. On trouve des corps fusiformes, les uns en croix, d'autres greffés les

uns sur les autres. M. Pouchet croit qu'il s'agit là de produits non encore décrits et sur lesquels il reviendra ultérieurement.

Excitation des nerfs par les courants électriques. — M. DARSONVAL a imaginé une série de procédés et fait un certain nombre d'expériences qui lui ont permis d'inscrire directement la courbe électrique, la courbe de la contraction musculaire, et d'étudier les rapports qui existent entre les variations de l'excitation électrique et les variations de la contraction musculaire.

Surprises de la métallothérapie. — M. BURQ complète la communication qu'il a faite dans la séance du 4 mars (voyez *Gazette des hôpitaux*, numéro du 7 mars 1882). Il répond aux partisans attardés de la théorie anglaise de *the expectant attention* en métalloscopie, aux adversaires que compte encore la métallothérapie et surtout à ses partisans d'hier qui l'ont subitement délaissée au profit exclusif des aimants, de l'électricité statique, etc.

M. le docteur Oscar Jenning's s'est fait particulièrement en France l'écho de ses compatriotes quant à l'interprétation des phénomènes métalloscopiques. Dans sa thèse inaugurale (1878), il a cherché à établir qu'en métalloscopie tous ces phénomènes, tant subjectifs qu'objectifs, qui sont si nombreux et si variés, qui se produisent invariablement de la même façon sur des malades de toute provenance, dont l'évolution successive fut si lente dans la découverte de la métallothérapie d'abord, de la métalloscopie ensuite, que tous ces phénomènes, même celui du transfert, relèvent exclusivement du domaine de l'imagination des sujets, de leur *attention expectante !*

Une telle manière de voir ne tend à rien moins qu'à faire croire que des juges aussi autorisés que MM. Charcot, Luys et Dumontpallier furent les victimes d'une immense illusion, pour ne point dire duperie. Les faits que nous avons rapportés ne répondent pas moins victorieusement que les expériences de Schiff, de Westphall, d'Eulemberg, etc., et surtout de Jordani.

Le cas de M. Escoffier, publié par M. Burq, plusieurs cas de M. Charcot et bien d'autres, prouvent surabondamment que cette théorie n'est pas soutenable.

Est-ce à dire cependant que les faits sur lesquels on s'est appuyé en Angleterre pour faire échec à la métallothérapie soient sans fondement ?

Est-ce à dire que ni l'attention expectante des sujets, ni ce qu'on a appelé la suggestion, objection autrement sérieuse que les Anglais ont omise, ne puissent jamais avoir de part dans la production des phénomènes métalloscopiques ? Est-ce à dire aussi, puisque la question s'impose de par les communications que la Société de biologie reçoit, depuis quelque temps, sur les phénomènes *dits hypnotiques*, qu'il n'y ait à tenir aucun compte de l'une comme de l'autre dans les faits qui lui ont été signalés par MM. Charcot, Dumontpallier et Magnin ?

Ces questions nous amènent à faire la confession qui va suivre :

A une époque déjà lointaine, où il y avait de bien autres dangers qu'aujourd'hui à passer outre aux préjugés et anathèmes de l'école, nous nous sommes occupé longuement de l'étude de la question qui a fait son entrée au sein de la Société de biologie sous le vocable exclusif d'*hypnotisme*. Nous recueillîmes ainsi, à Paris et à Londres, sur les choses de son domaine, une foule de faits et d'observations consignés, pour la plupart, dans des documents qui ont attendu patiemment une occasion favorable de voir le jour. Cette occasion est aujourd'hui née, et M. Burq fera prochainement connaître les résultats de ses nombreuses recherches sur ce sujet.

Nous établirons, dit-il, qu'il y a nécessité absolue de tenir compte, dans les phénomènes actuellement à l'étude, de l'attention expectante du sujet, d'une part, et, d'autre part, de la suggestion plus ou moins active, plus ou moins consciente de l'opérateur, et que, si l'on renonce à faire intervenir l'une et l'autre, il est telles objections qu'il est impossible de rétorquer.

En attendant, ce que nous ne devons point différer plus longtemps, c'est de reconnaître qu'il est parfaitement vrai que, sur *certains sujets* et dans de *certaines conditions* que nous ferons connaître, l'on peut produire parfois des effets analogues à ceux que déterminent les applications de métaux appropriés avec des disques en bois, d'ivoire, d'os, de verre, de carton, etc., etc., et avec moins encore, tandis que, par contre, nous nous plaisons à en aviser les confrères qui ont accueilli avec tant de faveur les expériences du docteur Bennet, il est possible, sur ces mêmes sujets et dans les mêmes conditions, d'annuler l'action d'un métal actif au point de déterminer artificiellement ce que nous avons appelé une aptitude métallique dissimulée ou larvée, de telle sorte que, si le sujet se trouve dans l'état hypnotique, ce métal ne pourra plus l'en tirer, surtout si sa surface d'application est petite.

Seulement, hâtons-nous de l'ajouter, ces sujets et ces conditions sont rares, et les interprétations des faits exceptionnels données par les Anglais pèchent en ce sens surtout qu'elles ne tiennent nul compte de la suggestion.

Nous passons maintenant à la deuxième réponse qui contient le cas de M. Escoffier.

Depuis que l'œuvre que nous poursuivîmes durant plus d'un quart de siècle a pris enfin droit de cité dans la science ; depuis qu'avec ses procédés et par ses doctrines la métalloscopie a changé la face de beaucoup de choses dans le domaine de la pathologie nerveuse ; depuis qu'elle a montré, par exemple, le peu de place que tiennent dans l'étiologie de l'hystérie les troubles de l'utérus et de ses annexes, dont hier encore on en faisait comme le pivot, et le rôle prépondérant que jouent, au contraire, dans cette affection, ainsi que dans les désordres de la nutrition et autres, qui lui font fatalement cortège, les troubles de la sensibilité, que l'on regardait à peine, et ceux de la motilité (l'*amyosthénie*) que l'on ignorait encore avant les recherches que nous exposions, il y a trente ans, dans notre thèse inaugurale; depuis que la métalloscopie est venue jeter des clartés inespérées dans le dédale thérapeutique par les métaux, et démontrer qu'à côté de ces agents, le fer, le zinc et l'arsenic, qui opèrent chaque jour des merveilles entre des mains plus ou moins inconscientes de leur action véritable, il y avait toute une grande série d'autres modificateurs dynamiques non moins puissants, tels que le cuivre, l'or, l'argent, l'étain, le platine, etc., à réhabiliter ou à y ajouter, et que, grâce à ce critérium de l'idiosyncrasie, thérapeutique par l'action externe des métaux, nous avons fondé une métallothérapie interne rationnelle au lieu et place de la métallothérapie toute de hasard pratiquée jusqu'alors, au grand détriment de l'art comme des malades, et, malgré tout, restée pourtant toujours si vivace ; depuis enfin que le *Burquisme* a obtenu les hautes consécrations dont la Société de biologie donne, la première, l'exemple, il a soufflé sur notre œuvre un vent nouveau d'opposition.

M. Burq ne veut pas répondre maintenant à ces oppositions, aussi nouvelles qu'inattendues.

En attendant, il se contente de poser cette simple question à ceux qui se sont plus particulièrement complu à opposer les aimants aux métaux.

Comment M. Escoffier, condamné à toujours combattre sa névralgie sans cesse renaissante, aurait-il donc bien pu s'y prendre pour s'appliquer au front ou pour dissimuler dans sa chaussure des aimants comme ceux que la métallothérapie a remis en vogue à la place de plaquettes si peu gênantes que ce n'est qu'exceptionnellement que nous pûmes l'amener à y substituer le métal à l'intérieur, dont les effets eussent été autrement durables, comme le démontre si bien, une fois de plus, le fait suivant, qui nous a été communiqué par M. Dumontpallier ?

Il n'y a pas longtemps que notre savant confrère fut appelé auprès d'une jeune fille hystérique pour des accidents dus à une gastralgie sévère. Il eut recours, extemporanément, à un gros aimant, et sa malade s'en trouva bien. Mais, les troubles gastriques ne tardant pas à reparaître aussitôt qu'on suspendait l'application de l'aimant, et, d'autre part, Mlle X... n'étant rien moins que disposée à se condamner à vivre, en promiscuité perpétuelle, avec un

hôte aussi incommode, il fallut bien aviser. Alors M. Dumontpallier procéda à un examen métalloscopique en règle. Ayant reconnu que sa malade était sensible au cuivre, il lui appliqua ce métal d'abord, puis il le lui donna à l'intérieur, sous la forme extrêmement bénigne d'eau naturelle de Saint-Christau et bientôt après tout rentra si bien dans l'ordre que M[lle] X... est aujourd'hui mariée et sur le point de devenir mère.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

A l'occasion des vacances de Pâques la Faculté de médecine de Paris sera fermée vendredi prochain 7 avril 1882, ainsi que du dimanche 9 avril au lundi 17 avril exclusivement. La bibliothèque de la Faculté sera également fermée du 9 au 17 de ce mois.

— *Hôpitaux de Lille.* — Ont été nommés internes pour une période de deux années, à dater du 1er janvier 1882 : MM. Curtis, Gœthals, Boulinguiez, Gros, Lesur et Legay.

Prix de l'internat (année 1881) : M. Eugène Bellard.

— *Ecole de médecine d'Alger.* — M. le docteur Vincent (Eugène-Joseph-Gustave), né à Alger le 27 octobre 1854, est institué pour dix ans chef des travaux anatomiques.

— *École de médecine de Marseille.* — M. Laget, suppléant des chaires de médecine, est nommé professeur d'hygiène et de médecine légale en remplacement de M. Seux fils, démissionnaire.

— Un de nos correspondants de Rio-de-Janeiro nous écrit, à la date du 4 mars 1882, qu'il n'y a pas eu un seul cas de fièvre jaune jusqu'à ce jour. L'état sanitaire de Rio est excellent. Les navires quittent tous le port avec patente nette. Les mois de janvier et de février se sont fait remarquer par des pluies continues excessivement abondantes.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le professeur G. Hayem commencera son cours de thérapeutique et matière médicale le mardi 18 avril à cinq heures (grand amphithéâtre), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure. — Les leçons de cette année auront pour objet le traitement des pyrexies et des phlegmasies.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 12645.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3.000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La discussion sur le chloroforme pourrait être considérée comme terminée après le court échange d'explications qui a eu lieu entre MM. Trélat, Gosselin et J. Guérin. MM. Trélat et Gosselin sont bien près de s'entendre, grâce aux tempéraments qu'ils ont apportés, l'un dans les termes de sa formule première de la technique chloroformique, l'autre dans la forme et dans l'expression même de sa critique et de son opposition. De concessions en concessions ils en sont venus presque à se mettre d'accord. M. Le Fort, dans une note dont M. Béclard a donné lecture en son absence, a mis fortement en relief les lumières que la communication de M. Vulpian a jetées sur le point de vue physiologique de la chloroformisation et les problèmes nouveaux que ses expériences ont soulevés au point de vue de la pratique chirurgicale.

M. Panas, qui était inscrit pour parler dans cette séance, a été obligé, vu l'heure avancée et les exigences du comité secret annoncé pour la fin de la séance, de remettre son discours à mardi prochain.

Avant la reprise de la discussion sur le chloroforme, une petite discussion incidente, à l'occasion du procès-verbal, a eu lieu entre MM. Béchamp, Gautier et Colin (d'Alfort) sur les microzymas des glandes stomacales. Dans la dernière séance, M. Béchamp avait fait une communication sur les microzymas des glandes stomacales et leur pouvoir digestif, dont nous avons exposé un court résumé. Cette communication a suscité de la part de M. Gautier quelques critiques qui ont ramené aujourd'hui M. Béchamp à la tribune. D'où nouvel échange d'explications, nouvelles objections, nouvelles questions et de la part de M. Gautier et de la part de M. Colin, qui a déclaré ne rien comprendre aux microzymas du suc gastrique de M. Béchamp. Le temps a manqué à M. Béchamp pour répondre à l'interpellation de son collègue. Il nous faudra nous-mêmes nous débrouiller un peu au milieu des obscurités de cette question pour pouvoir en dire quelques mots à nos lecteurs.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Hardy.

Ataxie locomotrice (1).

II

J'ai décrit, dans la leçon précédente, les symptômes qui caractérisent la première période. Au bout d'un temps variable selon les individus, d'autres accidents apparaissent qui sont véritablement caractéristiques de la maladie, c'est-à-dire des désordres musculaires.

Si, comme nous l'avons dit, les malades n'ont présenté jusque-là qu'une certaine hésitation dans la marche, quelque peine à se tenir debout, les talons rapprochés et les pieds en équerre, sans changer fréquemment de place, bientôt on remarquera une certaine incoordination des mouvements. Ceux-ci seront encore possibles s'ils sont simples, s'ils n'exigent, pour s'accomplir, que la contraction d'un seul muscle ou d'une seule série de muscles. Mais, s'ils nécessitent la contraction simultanée de plusieurs séries de muscles, alors apparaîtra l'incoordination véritable. Les malades marchent encore, mais mal; les efforts nécessaires pour avancer les pieds ne sont plus coordonnés; les malades jettent le pied en avant la pointe portée en bas, et retombent lourdement sur leurs talons, c'est ce que l'on appelle talonner. Tel est notre malade du n° 8 de la salle Saint-Charles.

De plus, avant que le pied retombe sur le sol, il exécute une sorte de zigzag dû à l'incertitude des mouvements et réellement caractéristique de la démarche des ataxiques. Enfin, l'une des conséquences de cette incoordination est la difficulté, sinon même l'impossibilité, pour ces malades, de placer le pied dans un endroit déterminé. C'est ainsi qu'il leur est souvent très-difficile de descendre un escalier, par l'impossibilité de placer le pied sur la marche voulue; par contre, la montée du même escalier est plus facile. En descendant, le malade fait le plus souvent une enjambée plus grande qu'il n'est nécessaire, et le pied est lancé de façon à franchir une marche pour ne s'arrêter qu'à celle qui vient ensuite. La difficulté est aussi grande s'il s'agit de monter dans une voiture, et surtout dans un wagon de chemin de fer au marchepied étroit, pourvu de plusieurs marches.

Un autre phénomène également important est l'impossibilité, pour ces malades, de marcher les yeux fermés, tant la vue leur est indispensable pour les guider dans la pose

(1) Fin. — Voir le numéro du 30 mars 1882.

du pied, pour corriger la perte du sens musculaire et l'incoordination des mouvements. Les malades titubent alors et tombent de même que si on les oblige à quelque mouvement brusque des membres inférieurs.

Cette incoordination existe rarement dans la première période, et ce n'est qu'exceptionnellement qu'elle apparaît comme le premier symptôme de la maladie.

Tels sont les phénomènes du côté de la motilité volontaire des membres inférieurs.

Quant à la force musculaire statique, elle reste considérable parce qu'en réalité il n'y a pas là de paralysie de muscles. Ces malades peuvent ainsi porter des poids considérables malgré la faiblesse apparente de leurs jambes.

Dans cette seconde période, il y a aussi une certaine altération de la sensibilité. Les douleurs fulgurantes persistent et même parfois se développent encore, notamment les douleurs en ceinture. De plus apparaissent surtout les plaques anesthésiques à la plante des pieds, aux membres, au tronc. Cette altération de la sensibilité plantaire est surtout marquée dans la seconde période. Cependant elle est loin d'être constante, et M. le professeur Poincaré, de Nancy, ne la relève que trente-neuf fois sur soixante-onze observations.

On constate aussi, chez un certain nombre de malades, la perte de la notion de la position des membres, telle qu'ils ne savent dire, si on le leur demande, où se trouve placé le talon.

Du côté des yeux on voit assez fréquemment les troubles oculaires que nous avons indiqués dans la première période disparaître, et l'organe de la vision recouvrer sa faculté visuelle. Dans le cas cependant où les accidents n'ont pas complètement cessé, la diplopie et le strabisme ont néanmoins disparu.

Puis on voit les phénomènes s'étendre aux membres supérieurs; on voit la perte des réflexes des tendons des doigts, l'incoordination de leurs mouvements telle parfois que l'usage de la main est pour ainsi dire perdu; quelquefois même la main est anesthésiée, et le malade ne peut qu'à grand'peine s'en servir, et en s'aidant de la vue, pour boire et pour manger. Avec cette incoordination des membres supérieurs, le malade perd aussi la notion de la position de ses mains au point de ne pouvoir toucher qu'avec peine tel ou tel point de la face par exemple, qui lui est indiqué.

C'est dans cette seconde période que l'on constate aussi quelques-uns de ces désordres viscéraux qui ont échappé à l'étude, vigilante cependant, de Duchenne (de Boulogne). On a décrit ainsi une gastralgie spirale; M. Charcot a signalé les crises gastriques caractérisées par des douleurs d'estomac extrêmement vives telles que les malades mangent et digèrent avec peine. Parmi les accidents viscéraux, on doit signaler aussi ceux qui surviennent du côté de la vessie : cystite du col, sécrétions fréquentes et douloureuses, ténesme vésical, parésie de la vessie, altération des urines qui deviennent louches et muco-purulentes.

D'autre part on trouve aussi quelquefois une atrophie musculaire localisée dans certains points, mais non progressive. Le fait a été signalé en ces dernières années par MM. Vulpian et Charcot. A côté de cela on constate parfois encore un mal perforant du pied. C'est ce que nous avons observé chez notre malade du nº 8 comme un des premiers phénomènes de sa maladie.

Enfin nous signalerons les arthropathies, ces arthrites singulières caractérisées par le gonflement et la déformation des articulations, principalement de celle du genou. Nous indiquerons aussi la facilité avec laquelle les os se fracturent par la moindre chute en raison d'une fragilité particulière du tissu osseux.

Tels sont les phénomènes que l'on observe dans la seconde période.

Quant à la troisième, elle n'est, pour ainsi dire, que l'exagération des accidents survenus pendant le cours de la période précédente. L'incoordination est devenue telle que le malade ne peut plus du tout rester debout; de plus, il existe une véritable paralysie, la force musculaire se perd tout à fait. Puis, la lésion anatomique faisant des progrès et gagnant les parties antéro-latérales de la moelle, il survient de la contracture. Les troubles oculaires sont plus prononcés et tels parfois que la vue est perdue.

Quelquefois les membres supérieurs restent intacts, les inférieurs seuls étant atteints; dans d'autres cas, les uns et les autres sont pris.

Dans cette période, le phénomène douleur a ordinairement disparu, grâce à la destruction des radicules nerveuses. Néanmoins l'état de ces malades est aussi triste que possible, surtout si l'intelligence est restée intacte, comme cela a le plus souvent lieu.

La marche de l'ataxie locomotrice, comme nous le disions dans notre première leçon, est très-lente, et peut durer cinq, dix, quinze, vingt et même trente ans. Quelquefois la maladie progresse plus rapidement; d'autres fois elle reste stationnaire pendant des mois et des années, parfois même elle ne dépasse pas la deuxième période.

Quant au pronostic, il résulte, de tout ce que nous avons dit, que l'ataxie locomotrice est une maladie grave qui, si elle ne se termine pas par la mort, est la source d'infirmités des plus pénibles. La guérison est extrêmement rare. La mort, quand elle survient, est généralement la suite ou de quelque affection intercurrente et surtout de la pneumonie, ou de l'extension de l'inflammation médullaire, de la production d'eschares, gangrènes, etc., ou d'accidents urinaires, paralysie de la vessie, rétention d'urine, urémie, etc.

Un fait assez singulier appartenant à l'étiologie de cette affection, c'est la prédominance du sexe masculin sur le sexe féminin; les hommes, en effet, sont beaucoup plus sujets que les femmes à l'ataxie locomotrice, par suite probablement des habitudes masculines, des excès de tout genre et surtout des excès vénériens qui affaiblissent toujours plus l'homme que la femme: l'alcoolisme, l'abus du tabac, les veilles, les chagrins prolongés, etc., enfin la syphilis.

La maladie est rare chez l'enfant et chez le vieillard : elle débute ordinairement et se développe entre vingt et cinquante ans.

Le chapitre du traitement est malheureusement des plus courts, car le plus souvent, quoi que l'on fasse, l'ataxie suit une marche progressive. Cependant il est quelques cas où l'on est parvenu non-seulement à soulager les malades, mais encore à entraver la maladie. La médication qui réussit le mieux et qui est généralement conseillée est celle qui a pour base l'iodure de potassium. Le nitrate d'argent est également un bon moyen, employé concurremment à l'iodure de potassium, bien qu'il n'ait pas toujours tenu les promesses qu'il avait données. C'est ainsi que je donne, pendant quinze jours consécutifs, 2 grammes d'iodure de potassium, puis, pendant les quinze jours qui suivent, 2 ou 3 centigrammes de nitrate d'argent en pilules contenant cha-

cune 1 centigramme. L'état de notre malade du nº 8 a été notablement amélioré par ce traitement.

Enfin on a recours aussi aux révulsifs sur la peau : vésicatoires, cautères, applications de teinture d'iode sur les côtés de la colonne vertébrale, et surtout les pointes de feu au nombre de dix à quinze, renouvelées tous les huit ou dix jours. Celles-ci ne sont pas très-douloureuses. Les bains sulfureux sont également recommandés.

Puis, contre les douleurs fulgurantes, on prescrira l'extrait de belladone, le sulfate de quinine, le salicylate de soude à la dose de 3 à 5 grammes, les injections hypodermiques.

L'hydrothérapie a été préconisée chez les ataxiques, mais je n'ai pas constaté qu'ils en retirassent quelque bénéfice. Je lui préfère les eaux minérales peu minéralisées, alcalines, chaudes, telles que Néris, Plombières, Lamalou, etc. Ces dernières surtout tendent à diminuer les douleurs, à améliorer les mouvements, parfois même à enrayer les progrès du mal.

Tels sont les moyens que nous avons, non de guérir l'ataxie locomotrice, mais de l'entraver et de soulager les malades qui en sont atteints.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Verneuil.

Du diabète latent en chirurgie.

Dans le dernier lit de la grande salle des hommes est actuellement couché un malade, âgé de cinquante-cinq ans, commis voyageur, qui a longtemps couru la France et un peu aussi l'étranger. Sa vie a été légèrement accidentée ; il prétend avoir toujours été très-sobre, mais nous n'y ajouterons qu'une foi médiocre : les prix Montyon ne sont pas d'habitude remportés à l'Institut par des commis voyageurs.

Cependant cet homme nous affirme avoir toujours été très-bien portant jusqu'au mois d'août dernier ; il semble même en tirer une certaine vanité. Laissez-moi vous dire, en passant, qu'il faut généralement se défier de leur santé ; leur fanfaronnade décèle le plus souvent un état constitutionnel assez grave pour anéantir toute douleur et leur donner la conviction d'une parfaite santé.

Il était donc actif, vigoureux, lorsque, au mois d'août dernier, et sans cause connue, nous dit-il, il fut pris tout à coup d'une douleur dans le pied gauche, suivie bientôt d'un certain degré de gonflement, auquel succéda peu de temps après l'apparition d'une tache noire sur le gros orteil. Celui-ci se mortifia promptement, mortification qui atteignit successivement les deuxième, troisième et quatrième orteils, si bien que quatre orteils sur cinq tombaient rapidement frappés de gangrène. Le bord externe du même pied fut recouvert aussi d'une grande plaque noire, d'une large eschare qui tomba à son tour, laissant ainsi toute une partie du pied complètement dénudée.

Bref, lorsqu'il est arrivé dans nos salles, les accidents primitifs étaient arrêtés et le but de son entrée à l'hôpital était d'obtenir une bonne cicatrisation de la plaie du pied.

Peu de temps après le début de sa maladie, il était entré à la Maison de santé, dans le service de M. Cruveilhier, qui avait tout d'abord diagnostiqué un diabète. L'analyse des urines confirma son diagnostic en montrant l'existence de 19 grammes de sucre par litre d'urine, ce qui faisait environ 30 grammes par jour, attendu que cet homme n'était pas très-polyurique. Du reste, il n'était pas non plus très-altéré, et il buvait plutôt quelques liqueurs alcooliques ou de la bière ou du vin. Des analyses ultérieures à la Maison de santé, où cet homme est resté longtemps en traitement, ont offert une diminution dans la quantité de sucre renfermée dans ses urines, qui s'est abaissée successivement à 15 et à 12 grammes par litre et plus tard même, lorsqu'il quitta la Maison Dubois, à quelques traces seulement.

Après être resté un certain temps chez lui, cet homme, ne voyant pas la guérison survenir assez vite à son gré, s'est décidé à entrer à la Pitié. D'après l'aspect de sa lésion du pied, d'après l'évolution que la maladie a subie et le récit qu'il nous a fait, nous avons pensé aussitôt au diabète, et à notre tour nous avons fait analyser ses urines par le pharmacien du service. Le lendemain de son arrivée dans nos salles, elles ne contenaient aucune trace de sucre, mais seulement un peu d'albumine. Aujourd'hui, elles ne renferment ni sucre, ni albumine, pas d'urée en excès (12 grammes seulement par litre), et, comme il rend un peu moins de deux litres d'urine dans les vingt-quatre heures, la dose d'urée ne dépasse pas 20 grammes par jour. Enfin, elles renferment quelques dépôts salins, des carbonates, des phosphates et pas un globule de pus.

Nous trouvons donc seulement, en résumé, un léger excès dans la quantité des urines rendues chaque jour. Cet homme n'est donc, — d'après l'analyse du moins, — ni un glycosurique, ni un azoturique, ni un albuminurique, ni un phosphaturique ; mais, s'il n'est rien pour la chimie, cependant il reste encore quelque chose pour la chirurgie.

Il y a de par le monde des gens qui font deux maladies distinctes de la glycosurie et du diabète, et qui, par suite, verront dans le cas présent une glycosurie passagère. Je proteste contre cette interprétation, car, en interrogeant avec soin notre malade, nous avons appris qu'il était glycosurique sans le savoir depuis une dizaine d'années au moins, époque à laquelle il s'est aperçu que son urine tachait linge et vêtements. Cela est un signe certain pour le diagnostic, tout autant que la présence de mouches sur les bords du vase de nuit des glycosuriques, car il faut, pour que l'urine se dépose ainsi en taches blanches, qu'elle contienne de 50 à 60 grammes de sucre par litre.

Les urines de notre malade devaient donc, il y a dix ans, renfermer pareille dose de sucre par litre. Je ne sais si depuis cette époque cela a toujours continué, mais, ce que je puis affirmer, c'est que, lorsqu'au bout de tant d'années les urines contiennent encore du sucre, on n'est pas un glycosurique de passage, mais bien un véritable diabétique.

Cet homme n'a pas que cela, du reste, et l'examen nous a révélé une autre complication, c'est-à-dire un certain degré d'œdème du membre qui n'a pas été atteint par la gangrène. Or, chaque fois que vous verrez chez un blessé survenir de l'œdème du membre non malade, vous aurez de grandes chances d'avoir affaire à un cardiaque ou à un hépatique, mais ce dernier est plus rare, et vous vous empresserez d'ausculter le cœur.

Chez lui, en effet, mon interne a découvert une affection latente du cœur, affection dont cet homme n'avait nul soupçon, dont il n'éprouvait aucun inconvénient, car il courait et montait sans ressentir quoi que ce fût.

Quelle est donc l'origine de cet état du cœur ? J'ai vu, il y a déjà longtemps, en lisant les travaux d'un chirurgien du Hanovre, le docteur Fischer, la relation des affections cardiaques avec le diabète. Dernièrement, un de mes confrères, médecin des hôpitaux, M. Lecorché, a fait, à l'Acadé-

mie des sciences, une communication fort intéressante sur l'endocardite diabétique (1).

Une glycémie exagérée est donc capable d'altérer la paroi interne de l'arbre vasculaire et de l'endocarde qui ne peut supporter indifféremment pendant longtemps la présence du sucre dans le sang : qui dit endocardite dit lésion valvulaire.

Notre malade n'est donc pas devenu diabétique du jour au lendemain ; et, d'après les commémoratifs de taches blanches survenues il y a dix ans, lesquelles nécessitent, comme je l'ai dit, la présence de 50 grammes de sucre au moins par litre d'urine, nous pouvons hardiment faire remonter le début de son diabète à une quinzaine d'années. Mais, pour l'affection du cœur, il ne nous est pas possible de dire depuis quand elle existe, vu l'absence de tous symptômes éprouvés par le malade.

Cet homme est-il un alcoolique ? Je ne le pense pas ; en tous cas il le serait si peu que nous pouvons admettre qu'il ne l'est pas. J'ai dit à plusieurs reprises, depuis quelques années, que la gangrène par diabète simple était rare et qu'il fallait ordinairement un facteur de plus dans le sang que la présence du sucre, soit l'alcool, et que, si l'on interrogeait soigneusement les malades, on trouverait presque toujours derrière tout cela l'alcool.

J'ajouterai qu'il y a encore d'autres affections générales qui amènent la gangrène, telles, par exemple, que l'impaludisme, telles aussi qu'une affection du cœur. C'est ainsi que chez notre malade la gangrène n'est pas alcoolo-diabétique. Ce fait rentre dans la loi qui veut presque toujours l'association de causes multiples pour déterminer la gangrène, et non une cause unique.

Qu'adviendra-t-il maintenant de cet homme ? Je ne crois pas qu'il vive bien longtemps et, selon toutes probabilités, il mourra de la façon suivante : le diabète a disparu, ou du moins le sucre a disparu des urines, mais le cœur et la plaie persistant, un jour ou l'autre, tôt ou tard, il aura une lymphangite ou un érysipèle et succombera à la septicémie ; en un mot, il mourra d'une complication insignifiante.

Voilà comment se déroulent le plus ordinairement ces drames pathologiques en plusieurs actes.

Enfin qu'est-ce qu'est cet homme ? Quel nom donnerons-nous à sa maladie ? J'ai déjà onze définitions du diabète, toutes caractérisées par la présence du sucre dans l'urine. Mais il n'a plus de sucre ; dirons-nous pour cela que son diabète est guéri ? Non, pas du tout, et la preuve, c'est qu'à la moindre action perturbatrice nous verrons reparaître ses 10 ou 12 grammes de sucre. Dirons-nous que nous avons affaire à un diabète intermittent ? Pas davantage, car cela indiquerait un retour prévu à certaines époques déterminées, tandis qu'il peut n'en plus présenter d'accès.

Le seul vrai nom qui lui convienne est celui de *diabète latent*, et, bien qu'il ne fasse plus de sucre actuellement, nous n'en devons pas moins considérer notre malade, au point de vue chirurgical, comme un diabétique. Ce qui signifie que, si pour une cause ou pour une autre une opération devenait nécessaire, nous saurions qu'en la pratiquant, il aurait toutes chances d'une mort certaine, tous les malades en pareils cas ayant succombé jusqu'à ce jour, un seul excepté.

Ce ne sont pas là des considérations en l'air, mais le fait m'est arrivé malheureusement deux fois dans des cas où l'examen des urines, fait avec le plus grand soin, avait été absolument négatif quant à la présence du sucre, malgré l'état diabétique des sujets, qui mouraient, l'un au quatrième jour, l'autre au sixième, tous deux en plein retour d'un diabète antérieur.

(1) Voir *Gazette des Hôpitaux*, 1882, p. 244.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 avril 1882. — Présidence de M. Hardy.

CORRESPONDANCE

Elle comprend : 1° un travail manuscrit de M. le docteur Arnaud, de Saint-Gilles (Gard), intitulé : *De l'endasphyxie*, pour le prix Godard) ; 2° une note de M. Sourris, médecin aide-major, intitulée : *Réflexions au sujet des revaccinations* ; 3° un travail de M. Hufeland sur le sevrage et son étude comparative dans les différentes régions de la France ; 4° des études statistiques et médicales sur le recrutement dans le département de la Marne, par M. Antony, médecin-major ; 5° une étude sur les causes de l'épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi sur le 14e bataillon de chasseurs, à Chambéry, par M. Coustan, médecin-major à Constantine ; 6° l'histoire médicale du 142e régiment d'infanterie, pendant l'année militaire 1880-81, par M. Gils, médecin-major.

PRÉSENTATION

Vaccine, vaccineuse. — M. **BOULEY** présente, au nom de M. Burq, un nouvel instrument, qu'il désigne sous le nom de vaccineuse, destiné à recueillir, conserver et insérer les virus en général, et le vaccin humain en particulier, de façon que la vaccination jennérienne puisse suffire seule à tous les besoins et être pratiquée sûrement par toutes les mains, sans douleur ni effusion de sang.

L'instrument, dont voici le dessin, est accompagné du texte suivant :

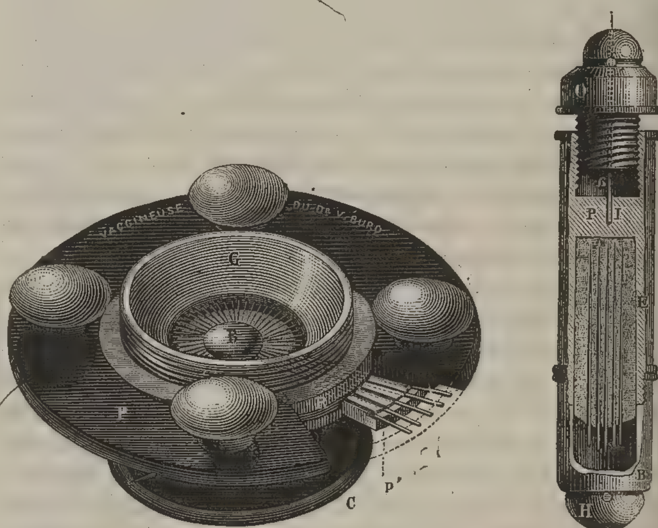


Fig. 1. Fig. 2.

Légende. — Fig. 1 représente une grande *vaccineuse médicale*, vue en perspective, et fig. 2 une petite *vaccineuse*, dite *des familles*, grandeur d'exécution l'une et l'autre. — Des coupes ont été pratiquées sur le dessin pour montrer les détails et la disposition intérieure des instruments.

A. L'instrument est fondé sur cette triple observation, à savoir :

1° Qu'il suffit d'une très-faible parcelle d'un virus quelconque pour l'inoculer ;

2° Que le vaccin humain recueilli sur un support inaltérable et conservé ensuite, à l'état sec, bien à l'abri de l'air, de la lumière et de l'humidité, peut voyager au loin et garder un long temps toute son activité ;

3° Qu'étant donné un virus sec, le moyen le plus sûr de l'im-

planter sur la bête comme sur l'homme, c'est son délayage au sein même de l'économie, sans écoulement de sang par la plaie d'introduction.

B. Le procédé a pour but plus spécial, d'une part, le parcellement du vaccin jennérien, de façon qu'étant désormais mieux aménagé, il puisse suffire seul à tous les besoins ; et, d'autre part, la simplification de la vaccine à ce point que toute personne puisse la pratiquer sous la seule condition de se pourvoir de vaccin à des sources autorisées.

C. Les moyens d'action sont : des aiguilles ou des épingles fines pourvues d'un chas ou de stries de retenue vers la pointe, dorées ou platinées de façon à être inoxydables ; le montage de ces aiguilles ou épingles, en grand nombre, dans des conduits distincts, sur une sorte de pelote rigide, bombée sur ses deux faces P P' (v. fig. 1), de manière à présenter un réceptacle central en forme de manchon G, fermé par deux chapeaux à vis C C', dans le vide duquel viennent converger sur un même plan, tout autour d'un axe mobile B, toutes les pointes au sortir de leurs gaines respectives, d'où l'on peut les extraire une à une ;

Le chargement en masse des pointes, ainsi montées, avec un pinceau imprégné de matière vaccinale ;

L'enfouissement des pointes, aussitôt après la dessiccation du vaccin, dans une double couche de coton bien épuré et asséché, suffisamment épaisse pour les protéger contre toute cause d'altération extérieure ;

L'insertion directe de l'aiguille, à la sortie de sa gaine, sans délayage préalable de son enduit vaccinal, au moyen d'un porte-aiguilles ou d'une pince, ne laissant saillir de la pointe que la longueur strictement nécessaire, de telle sorte qu'avec une seule aiguille on puisse, au besoin, pratiquer jusqu'à deux et trois inoculations ;

L'expédition, par petites quantités, d'aiguilles ou d'épingles, chargées dans des étuis opaques bourrés de coton, pouvant servir eux-mêmes de support à l'aiguille.

Les avantages opératoires ressortant de la vue même de l'instrument sont la multiplication des ressources vaccinales.

Une pustule vaccinale ordinaire suffit pour charger convenablement de 2 à 300 aiguilles ou épingles.

La charge ne pouvant se faire sur une longueur moindre de 5 à 6 millimètres de la pointe, celle-ci, introduite par fractions successives de 1 à 2 millimètres, peut servir à faire jusqu'à trois inoculations.

Cela étant, et, d'autre part, la vaccine se trouvant ainsi réduite à une simple piqûre d'aiguille, qui, à défaut du médecin ou de la sage-femme, peut être faite par les parents de l'enfant, par le maître d'école, etc., ou par tout autre individu sur lui-même, on comprendra comment, sans recourir à cette pseudo-vaccination par la génisse, ni augmenter sensiblement la dépense, on pourrait marcher d'un pas assuré vers la solution de ce grand problème qui fait tache sur notre époque, l'extinction de la variole, en attendant celle des maladies virulentes, que les mémorables découvertes de M. Pasteur nous permettent aussi d'espérer.

RAPPORTS

M. JUNGFLEISCH lit, au nom de la commission des remèdes secrets, une série de rapports dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE CHLOROFORME

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture d'une lettre de M. Le Fort dans laquelle il fait ressortir toute l'importance de la communication de M. Vulpian et la ressemblance parfaite qui existe entre la mort des animaux soumis aux expériences dont a parlé M. Vulpian et la mort de certains malades qui ont succombé sous l'influence du chloroforme, entre autres de celui dont M. Le Fort a rapporté l'observation et qui a succombé dans son service.

M. TRÉLAT fait observer que la discussion touche à son terme ; aussi n'a-t-il qu'un mot à dire relativement à deux objections qui lui ont été adressées par M. Gosselin. Quel est le mécanisme de la mort sous l'influence du chloroforme ? M. Vulpian a, par ses expériences, répondu pour M. Trélat à cette première objection de M. Gosselin.

Il y a trop peu d'années, ajoute M. Trélat, que M. Gosselin pratique le procédé qu'il préconise pour qu'il puisse dire : « Voilà la méthode qui réussit toujours et met sûrement à l'abri des dangers du chloroforme. » De nombreuses statistiques, par exemple, celle empruntée par M. Rochard à la chirurgie navale, montrent qu'on peut avoir d'aussi bons résultats avec d'autres procédés.

Dans sa seconde communication, M. Gosselin admet trois catégories de malades : ceux qui résistent aux inconvénients et aux dangers du chloroforme, quel que soit le procédé employé ; ceux qui présentent des accidents auxquels on peut facilement parer ; ceux, enfin, heureusement les plus rares, pour lesquels existe un véritable danger de mort. Nous n'avons pas dit autre chose ; sur ce point, nous sommes entièrement d'accord.

M. Gosselin admet également avec nous que le chloroforme s'élimine plus difficilement et plus lentement que tous les autres anesthésiques. En résumé, nous avions soutenu la même thèse, plaidé la même cause, et il y a eu un peu d'exagération de la part de M. Gosselin quand il nous a traités de désespérés, de fatalistes endurcis ; à l'entendre, nous aurions transporté sur le chloroforme l'enseigne de Dante : « Laissez toute espérance. » Nous ne désespérons pas plus que M. Gosselin, et c'est pourquoi cette discussion touche à sa fin. Depuis la communication faite à la Société de chirurgie par M. Lucas-Championnière, véritable auteur de cette discussion, tous les chirurgiens qui y ont pris part se sont trouvés d'accord sur les points principaux. M. Gosselin nous dit : « Vous serez absous devant les tribunaux » ; nous n'y serons même pas appelés. Mais il ressortira de cette discussion cet inconvénient que les familles seront plus inquiètes, plus remplies d'angoisses que jamais, et apporteront toutes sortes d'entraves quand il s'agira de recourir au chloroforme ; c'est du reste ce qui est déjà arrivé à plusieurs chirurgiens qui ont eu beaucoup de peine à obtenir une anesthésie complète, absolue, les familles s'y opposant formellement.

Quoi qu'il en soit, on ne peut pas dire que le chloroforme ne soit jamais dangereux ; un seul membre de cette Académie s'est levé pour le dire en accusant les chirurgiens de se trouver dans une anarchie profonde, de n'avoir que des pratiques individuelles, de méconnaître les véritables règles de l'anesthésie ; ce désaccord n'existe pas, et il y a de l'exagération de la part de M. Jules Guérin, auteur de cette assertion. Tous nous donnons le chloroforme à peu près de la même façon ; un seul chirurgien d'enfants emploie les doses massives dès le début ; tous nous recourons plus ou moins aux inhalations intermittentes, aussi bien M. Tillaux quand il place sa main tutélaire sous la compresse pendant qu'il y verse le chloroforme, que M. Gosselin en comptant plusieurs inspirations à l'air libre, ou moi en retirant la compresse pour y mettre du chloroforme.

En résumé, je suis d'accord avec M. Gosselin sur la pratique de l'anesthésie, sur les espérances que nous concevons d'écarter de plus en plus les dangers de mort. Je ne proteste que contre cette assertion : Le chloroforme ne tue que quand il est mal administré, assertion répétée à tort par M. Jules Guérin qui n'a pas une expérience suffisante de l'anesthésie pour avoir le droit de la répéter.

M. GOSSELIN croit avoir déjà répondu à la plupart des objections de M. Trélat dans sa seconde communication. Ce qui a décidé M. Gosselin à porter cette question devant l'Académie et à proposer le procédé des intermittences, c'est qu'il lui a semblé qu'il existait un grand nombre de chirurgiens n'employant pas ce procédé qui donne des garanties et une sécurité que ne donnent pas beaucoup d'autres procédés encore trop souvent employés.

M. JULES GUÉRIN, en disant que le chloroforme bien administré ne tue jamais, a voulu dire qu'il n'y a pas dans le chloroforme lui-même de cause de mort pour les malades et qu'il y a dans la manière de l'administrer des moyens d'éviter les accidents.

L'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 24 mars 1882. — Présidence de M. Dujardin-Beaumetz.

COMMUNICATIONS

Pneumo-thorax. — M. **Vallin** présente un jeune sous-officier de cavalerie de vingt-deux ans, de bonne constitution, d'une bonne santé habituelle, qui, il y a quinze jours, fut pris d'un léger malaise. Il alla consulter le médecin du régiment, qui, en l'auscultant, découvrit un pneumo-thorax. Le malade fut aussitôt dirigé sur le Val-de-Grâce, où il entra dans le service de M. Vallin. Il n'avait pas de fièvre, aucune oppression, pas de point de côté, ne toussait pas, et il ne comprenait pas qu'on le retînt à l'hôpital. A l'auscultation, on constate du côté droit un souffle amphorique, de la voix amphorique. M. Vallin pensa d'abord que, sous l'influence d'un violent effort, il s'était fait une rupture de quelques vésicules pulmonaires; mais, interrogé avec le plus grand soin sur ce point, le malade affirme n'avoir fait aucun effort.

En l'examinant plus complètement, on vit qu'un testicule était gonflé, douloureux; il y a plusieurs semaines, étant retombé brusquement sur le pommeau de sa selle, ce jeune homme avait vu se déclarer consécutivement une orchite traumatique. Il est resté un noyau d'engorgement à la queue de l'épididyme, avec une petite grosseur du volume d'un haricot, d'une consistance caséeuse. Le lendemain de son entrée à l'hôpital, le malade eut un peu de fièvre qui disparut après quelques heures; depuis il continue à se très-bien porter, à ne se plaindre d'aucune douleur, et ne demande qu'à reprendre son service. Du côté gauche la respiration est très-légèrement granuleuse. Il n'y a pas d'antécédents tuberculeux dans la famille. Y a-t-il là quelques granulations pleurales? Quelle est la cause de cette rupture de quelques vésicules pulmonaires? Ce sont là des questions difficiles à résoudre.

Dermatite exfoliatrice généralisée.— M. **Vidal** présente des pièces histologiques provenant d'un cas de dermatite exfoliatrice généralisée. Il a observé trois cas de cette maladie, caractérisée, comme on sait, par une exfoliation épidermique des plus rapides; en une nuit, on trouve dans le lit plus d'un demi-litre de squames. Les lésions anatomiques sont les suivantes : l'épiderme est épaissi. La couche inférieure de l'épiderme se continue avec la couche profonde, celle du réseau muqueux. Mais ce qu'il y a de particulièrement curieux dans ces faits, c'est l'absence totale du stratum lucidum et du stratum granulosum. Le derme est le siège d'une desquamation superficielle, d'une dilatation des vaisseaux intra-papillaires et d'une prolifération de leucocytes en grande abondance.

A quatre heures trois quarts, la Société se forme en comité secret.

SOUSCRIPTION PUBLIQUE

POUR L'ÉRECTION D'UNE STATUE A PHILIPPE PINEL.

Treizième liste.

MM. le docteur Auguste Pinel (neveu)	100 fr.
le docteur Danis	20
le docteur Doutrebente	10
le docteur Luys	100
le docteur Hack Tuke (de Londres)	100
le docteur Marcel Briand	10
le docteur Semelaigne (deuxième versement)	200
le docteur Charpentier	20
Total	560 fr.
Listes précédentes	14.691
Total général jusqu'à ce jour	15.251 fr.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'Académie des sciences, dans sa séance de lundi dernier, a élu, en remplacement de M. Bouillaud, M. Paul Bert.

Les membres présents étaient au nombre de 58; les votants au nombre de 57, d'où majorité 29.

M. Paul Bert a obtenu 30 voix; M. Davaine 26; M. Brown-Séquard 1 voix.

— *Faculté de médecine de Paris.* — MM. les étudiants sont instamment priés de déposer leur feuille d'inscription un jour à l'avance chez le concierge de la Faculté.

— Le doctorat en médecine, qui fournissait 1031 candidats en 1872, n'en comptait que 927 en 1876. Ce nombre se relève en 1878 à 1075, en 1879 à 1063.

En 1880 nous ne comptons que 889 candidats. Cette diminution s'explique par le changement apporté au régime des études. C'est la première année qu'a été appliqué le décret du 20 juin 1878.

En 1847, il était de 230 ; en 1855 et en 1865, de 283 ; c'est-à-dire qu'il a plus que triplé.

— MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Cougomble, Mouly et Dubosc, donnent leur démission.

— Un concours s'ouvrira le lundi 24 avril 1882, à midi, pour une place d'interne en médecine dans les hospices civils d'Orléans. Les candidats devront s'inscrire au moins trois jours à l'avance.

— Nous recevons communication de la quatrième liste de souscription pour élever un monument à la mémoire de Paul Broca. Cette liste comporte une somme de 2,252 fr. 80, qui, jointe à celle des trois premières listes, donne un total actuel de 22, 448 fr. 95.

— La Société médicale des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance, mercredi 12 avril, à huit heures précises du soir, à l'administration de l'Assistance publique.

Ordre du jour : 1° Des attitudes déformantes, physiologie; prophylaxie, par M. Dally; 2° Sur le prochain congrès international de bienfaisance de Paris; 3° Rapport du trésorier pour l'année 1881.

— M. le docteur E. Guibout reprendra ses conférences cliniques sur les maladies de la peau, à l'hôpital Saint-Louis (salle Saint-Charles), le samedi 15 avril 1882, à huit heures et demie du matin, et les continuera les lundis et samedis suivants, à la même heure. Les leçons habituelles des lundis (salle Henri IV) resteront consacrées aux maladies des femmes.

— M. le docteur E. Vidal reprendra, à l'hôpital Saint-Louis, ses conférences cliniques le lundi 17 avril, et les continuera les lundis et vendredis suivants. — Le lundi, à dix heures, leçon sur la thérapeutique des maladies de la peau. — Le vendredi, à neuf heures et demie, visite des malades et conférence clinique (salle Saint-Jean).

— M. le professeur Cornil commencera le cours d'anatomie pathologique le lundi 24 avril 1882, à deux heures, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure. Sujets du cours : anatomie pathologique générale, lésion des éléments, inflammation, tumeurs, lésion des tissus.

— Les cours du deuxième semestre de l'École supérieure de pharmacie auront lieu dans l'ordre suivant :

1° Botanique phanérogamique. — M. le professeur Chatin, le mardi, le jeudi et le samedi, à midi. — La leçon du samedi sera remplacée, soit par une conférence au Muséum, soit par une herborisation le dimanche.

2° Toxicologie. — M. le professeur Bouis, le mardi, le jeudi et le samedi, à trois heures et demie.

3° Pharmacie chimique. — M. le professeur Baudrimont, le

mardi, le jeudi et le samedi, à huit heures et demie du matin.

4° Chimie organique. — M. le professeur Jungfleisch, le lundi, le mercredi et le vendredi, à quatre heures.

5° Hydrologie et histoire des minéraux. — M. le professeur Bouchardat, le lundi, le mercredi et le vendredi, à huit heures et demie du matin.

6° Chimie analytique. — M. Prunier, professeur agrégé, le mardi, le jeudi et le samedi, à neuf heures et demie du matin.

Travaux pratiques : Première année ; chimie, M. Moisson, maître de conférences et chef des travaux chimiques, le lundi, le mercredi et le vendredi, de midi à quatre heures ; — deuxième année; chimie, M. Villiers, chef des travaux chimiques, mêmes jours et heures ;— troisième année, 1° botanique, M. Gérard, maître de conférences et chef des travaux, mêmes jours et heures ; 2° physique, M. Bourbouze, le lundi et le vendredi de midi, à quatre heures ; — quatrième année, 1° botanique, M. le professeur Chatin, le lundi, le mercredi et le vendredi, de midi à quatre heures ; 2° physique, M. le professeur Le Roux, mêmes jours et heures ; 3° zoologie, M. le professeur Alphonse Milne-Edwards, le mardi, le jeudi et le samedi, de midi à quatre heures ; 4° chimie, M. Prunier, agrégé, le lundi, le mercredi et le vendredi, de midi à quatre heures.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Des cirrhoses mixtes, par le docteur GUITER. In-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

De la croissance et de ses rapports avec les maladies aiguës fébriles de l'enfance et de l'adolescence, par le docteur AUBOYER. In-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

De la réorganisation des services d'accouchements dans les hôpitaux et chez les sages-femmes agréées, par le docteur DUBRISAY. In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, A. Coccoz.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 12652.

76

Vin bi-digestif de Chassaing

A LA PEPSINE ET A LA DIASTASE.

(Rapport favorable de l'Académie de médecine de Paris, le 29 mars 1864.)

Le rôle que chacun de ces deux ferments joue dans l'acte de la digestion étant bien distinct, les médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la Pepsine, qui dissout et rend assimilables les aliments azotés, à la Diastase, dont l'action se porte sur les aliments féculents pour les transformer en glycose et les rendre ainsi propres à la nutrition.

Ils trouveront donc dans nos préparations un médicament capable à lui seul de dissoudre le bol alimentaire complet et le remède le plus rationnel pour combattre les affections des voies digestives.

Paris, 4, avenue Victoria.

60

Podophyllin Delpech

contre la constipation habituelle.

Les PILULES DE PODOPHYLLIN-DELPECH sont prescrites par les médecins pour guérir cette affection pénible et tenace. — La boîte : 2 francs. — Pharmacie, 23, rue du Bac, Paris.

81

Arséniate Diastasé

du Dr V. BAUD.

Sous forme de granules soigneusement dosés, l'arséniate de soude combiné à la diastase par la germination des graines de cresson, est recommandé contre les *névroses, rachitisme, atonie*, etc. — Paris, 22, 20 et 19 rue Drouot.

Dr V. Baud

63

AFFECTIONS DES BRONCHES ET DE LA GORGE

Une petite mesure (12 centigr.) de

Sulfureux Pouillet

dans un verre d'eau donne de suite une Eau sulfureuse incolore et d'une conservation parfaite.

Fl. pr 10 litres d'eau. 2f,50

Fl. pour un bain.. 1 fr.

Marcellin Pouillet

Donc, **économie** et **préparation** toujours **identique**.

Approuvé par l'Académie de médecine.

CLERMONT, 112, rue du Bac, Paris.

72

Bains d'eaux-mères

De Salies-de-Béarn (Basses-Pyrénées).

Eaux-mères chlorurées sodiques bromo-iodurées et sels concentrés d'eaux-mères pour bains chez soi. Un litre pour un bain. Flacon : 1 fr. 50.

Rachitisme, lymphatisme, scrofules, nécroses.

Paris, Pharmacie centrale et principales phies.

73

Vin de G. Seguin.

« C'est un puissant tonique; pris avant le » repas, il facilite la digestion. Il est très-utile » pour empêcher le retour des fièvres intermit-» tentes sujettes à récidive. — BOUCHARDAT. »

Paris, pharm, G. SEGUIN, 378, r. Saint-Honoré.

77

Maltine Gerbay,

Vérit. spécifique des Dyspepsies amylacées

TITRÉE PAR LE Dr COUTARET,

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a subi l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon, Académie des sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liége, etc.

GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

GROS: Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

1

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.

Orezza, EAU MINÉRALE FERRUGINEUSE ACIDULE

la plus riche en fer et acide carbonique.

Cette **eau** n'a pas de rivale pour la guérison des GASTRALGIES, FIÈVRES, CHLOROSE, ANÉMIE,

et toutes les maladies provenant de

L'APPAUVRISSEMENT DU SANG.

38

Saint-Raphaël, Vin tannique,

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

DOSE : Un petit verre après les principaux repas.

DÉPÔT: Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

76

NEVRALGIES — MIGRAINES

PILULES ANTI-NÉVRALGIQUES AU

Gelsemium sempervirens

du docteur G. FOURNIER.

Une à cinq pilules au maximum en 24 heures.

Pharmacie de la Madeleine, 5, rue Chauveau-Lagarde, Paris.

Exiger la signature du Dr FOURNIER.

41

Rhumatismes. Guérison par la Flanelle et la Ouate végétale du Pin sylvestre. REYNAUD, chemisier, rue de la Paix, 22, Paris.

100

Capsules Thévenot au Goudron, le fl. 1f20; *id.* à l'essence de térébenthine, le fl. 1f,20; *id.* à l'huile de Gabian, le fl. 1f75; *id.* à l'huile de foie de morue créosotée, le fl. 2f. — Dans toutes les pharmacies.

94

Médaille d'or de la Société de pharmacie de Paris.

Ergotine. Dragées d'ergotine

de BONJEAN.

La solution d'*Ergotine* est, d'après les plus illustres médecins, un des meilleurs hémostatiques (Ergotine, 10 gr.; eau, 100 gr.); pour injection hypodermique l'addition de 20 centigr. acide salicylique assure la conservation de cette solution. — Les DRAGÉES D'ERGOTINE BONJEAN sont employées avec le plus grand succès pour *faciliter le travail de l'accouchement,* arrêter les *hémorrhagies* de toute nature (crachements, pertes de sang, etc.), contre les *dysenteries* et *diarrhées chroniques,* et enfin pour combattre la *phthisie pulmonaire* et enrayer sa marche.

Dépôt général : pharmacie LABÉLONYE, 99, rue d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

96

Peptone Defresne

Admise première après concours dans les hôpitaux de Paris.

Seule récompensée dans la section française en 1878.

25 p. 100 de Peptone ; 4 p. 100 Azote ; 2.25 lactophosph. de ch'x; 0.20 phosph. de fer hématique

Elle ne se prend pas en gelée, *car elle ne contient pas de gélatine.*

La PEPTONE DEFRESNE contient le double de son poids de viande, toute préparée pour l'absorption. — DOSE : Deux cuillerées à bouche dans du bouillon ou du vin généreux.—Le flac.: 5 fr.

Le VIN DE DEFRESNE A LA PEPTONE. DOSE : un demi-verre madère après le repas. — La bouteille : 4 fr.

Inappétence, Convalescence, Maladies de poitrine, de l'Estomac et des Intestins.

DEFRESNE, auteur de la **Pancréatine,** 2, rue des Lombards, et toutes les pharmacies.

70

Pilules de Blancard,

Approuvées par l'Académie de Médecine.

Participant des propriétés de l'iode et du fer, ces pilules s'emploient contre les *scrofules,* la *phthisie* à son début, la faiblesse de tempérament, ainsi que dans toutes les affections (*pâles couleurs, aménorrhée,* etc.), où il est nécessaire de réagir sur le sang.

Exiger la signature ci-jointe au bas d'une étiquette verte.

Blancard

40, rue Bonaparte.

SE DÉFIER DES CONTREFAÇONS.

9

Delalain, DENTISTE, lauréat de la Faculté de méd. de Paris. 138, bd St-Germain pr. la Fac.

22

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

23

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire ; apaise les douleurs des reins et de la vessie ; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

7

Les Dragées Carbonel

AU PERCHLORURE DE FER PUR.

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant quatre gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon: QUATRE francs. — Envoi franco par la poste.

Dépôt : à Avignon, pharmacie CARBONEL; à Paris, maison HUGOT.

79

Capsules Dartois

(CRÉOSOTE DE HÊTRE).

Formule : { Créosote pure. . . 0.05 / Huile de foie de morue blanche. . . 0.20 } par capsule

Ces capsules, qui ont la grosseur d'une pilule ordinaire, sont prises facilement et bien supportées par tous les malades. Elles constituent le meilleur mode d'administration de la créosote.

Le flac. : 3 fr., 97, rue de Rennes, et les pharm.

127

LA PLUS PURGATIVE DES EAUX MINÉRALES.

Pullna (Bohême). GRANDS PRIX : Philadelphie 1876, Paris 1878, Sidney 1879, Melbourne 1880, Londres 1881.—A. ULBRICH.

61

Sirop de Papaïne TROUETTE-PERRET.

Maladies d'estomac, gastrites, gastralgies, diarrhées chroniques, vomissements des enfants, etc. Une cuillerée à bouche après chaque repas. Gros, 165, rue St-Antoine. Dépôt toutes phies.

30

SUCROCARBONATE DE

Fer de Tanret

Auteur de la *Pelletiérine* et de l'*Ergotinine.*

FERRUGINEUX très-agréable ; il se prend en nature, aux repas, à la dose de 1 à 2 mesures.

ENVOI FRANCO D'ÉCHANTILLON SUR DEMANDE A MM. LES MÉDECINS.

Paris, phie TANRET, 64, rue Basse-du-Rempart.

78

Quinquina Ch. de Pindray

AU BROU DE NOIX DU PÉRIGORD.

Liqueur très-agréable au goût, préparée avec des quinquinas rigoureusement exacts. Contenant sous un petit volume une forte dose de principes actifs du Quinquina et du Noyer, elle est bien supérieure à toutes les préparations à base de Quinquina.

Dépôt: Phie FAYARD, 28, rue Montholon, Paris.

N° 42. — SAMEDI 8 AVRIL 1882. 55e ANNÉE. SAMEDI 8 AVRIL 1882. — N° 42.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de Pâques, le journal ne paraîtra pas mardi.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Conférence clinique expérimentale sur l'hypnotisme.

Mardi dernier, devant un nombreux auditoire, où l'on remarquait plusieurs membres de l'Institut, M. Dumontpallier a exposé rapidement l'étude expérimentale qu'il avait faite dans des conférences antérieures sur l'action des agents physiques, les métaux, la lumière, le son, l'électricité chez les hystériques hypnotisables. Il a rappelé l'intérêt que pouvait offrir, chez les mêmes malades, dans différentes périodes de l'hypnotisme, l'étude des zones réflexogènes motrices, psychomotrices et psychiques.

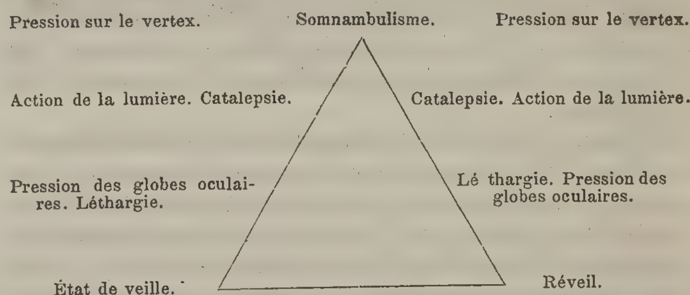
Puis, faisant une discrète allusion aux remarques du professeur Harting (d'Utrecht), le médecin de la Pitié a dit qu'il avait recherché quelle était la méthode à mettre en usage pour éviter les accidents qu'une hypnotisation irrégulière pouvait déterminer en produisant des états mixtes.

Déjà M. Dumontpallier avait formulé la loi expérimentale que tout agent qui fait tel phénomène peut le défaire, et, de plus, que tout procédé expérimental qui fait une période de l'hypnotisme doit être mis en usage pour défaire cette même période. Puis, passant de l'énoncé de la loi à la démonstration expérimentale, il a montré, séance tenante, avec quelle régularité, avec quelle facilité tel agent qui fait la léthargie, la catalepsie ou le somnambulisme, peut défaire chacune de ces périodes de l'hypnotisme. En quelques secondes, avec un faisceau de lumière diffuse, réfléchie par un miroir, M. Dumontpallier a fait et défait la catalepsie; puis, en frottant les globes oculaires des malades il a fait et défait la période léthargique; enfin, par la pression sur un point du vertex, il a fait et défait la période somnambulique.

Est-il besoin de dire que l'existence de chacune de ces périodes de l'hypnotisme était démontrée par l'existence des caractères qui appartiennent à chacune d'elles?

Mais cette loi de la cause qui fait et défait une période de l'hypnotisme s'étend à la production successive des différentes périodes, et, pour fixer la valeur de cette loi, M. Dumontpallier a représenté par un schéma les phénomènes produits sur un tableau figurant un triangle auquel il donne le nom de triangle isocèle de l'hypnotisme. La base de ce triangle est représentée par l'état de veille et de réveil de la malade. Chacun des côtés, l'un ascendant, l'autre descendant, représente l'échelle des différentes périodes de l'hypnotisme, et le sommet du triangle représente la dernière période obtenue. Si l'on a soin d'écrire sur le tableau quelle est la cause qui a produit l'une des périodes dans l'échelle ascendante, on constatera que la même cause produit les périodes similaires dans l'échelle descendante.

Le schéma suivant permettra de saisir d'un coup d'œil l'intérêt expérimental de cette loi.



Qu'on se figure, ce qui est facile, sur autant d'autres triangles semblables, un ordre différent de succession des épreuves partant toujours de l'état de veille et montant graduellement : par exemple, par l'action de la lumière à la catalepsie, de la catalepsie à la léthargie par l'action de la pression sur les globes oculaires, et de celle-ci au somnambulisme placé au sommet du triangle par la pression sur le vertex, on redescendra par les mêmes procédés, c'est-à-dire par la pression sur le vertex, du somnambulisme à la léthargie, par la pression des globes oculaires à la catalepsie et par l'action de la lumière au réveil, ou bien : de l'état de veille au somnambulisme par la pression sur le vertex, du somnambulisme à la léthargie par la pression sur les globes oculaires, et de la léthargie à la catalepsie par l'action de la lumière, pour redescendre par ce dernier procédé de la catalepsie à la léthargie, par la pression des globes oculaires de la léthargie au somnambulisme, et par la pression sur le vertex du somnambulisme au réveil, etc.

Si l'on étudie la disposition de ces différents schémas, on voit :

1° Que chaque procédé qui a fait une période de l'hypno-

tisme dans l'échelle ascendante a défait la même période dans l'échelle descendante;

2° Que dans l'échelle descendante la cause qui défait une période fait repasser la malade dans la période qui occupe un degré inférieur de l'échelle ascendante.

Il résulte de cette méthode que la phase première dans la période ascendante est la phase dernière dans la période descendante, et que la première et la dernière phase de cette étude expérimentale est représentée par la même période de l'hypnotisme. C'est donc méthodiquement que la malade descend les différents degrés de l'échelle expérimentale.

De plus, cette méthode, dans la détermination des différentes périodes de l'hypnotisme, permet d'éviter la production des états mixtes qui exposent souvent à des complications qui pourraient avoir pour conséquence des contractures musculaires ou des attaques d'hystéro-épilepsie.

Notons que ces complications peuvent être modifiées favorablement et rapidement par certains procédés; mais le mieux est d'éviter ces complications, et cet heureux résultat est obtenu par la méthode qui vient d'être exposée.

Après avoir donné la démonstration expérimentale de cette méthode, M. Dumontpallier nous a rendus témoins de l'action très-intéressante de différents agents sur différents organes de sensibilité spéciale ou générale. En approchant une montre de l'oreille droite de l'une de ces malades, il a déterminé simultanément l'hémi-léthargie et l'hémi-catalepsie croisée alterne, c'est-à-dire que la cause agissant sur l'organe de l'ouïe d'un seul côté a produit l'hémi-catalepsie du bras droit et de la jambe gauche et l'hémi-léthargie du bras gauche et de la jambe droite, tandis que sur la même malade l'action de l'éther sulfurique sur la narine droite a déterminé simultanément l'hémi-léthargie croisée alterne du bras droit et de la jambe gauche et l'hémi-catalepsie du bras gauche et de la jambe droite. Mêmes résultats ont été obtenus en pratiquant le chatouillement de la paume de la main droite.

De plus, le même agent provocateur de ces différents phénomènes a fait disparaître ces mêmes phénomènes, à la condition de porter sur le même siége d'action. En effet, si l'action de la montre, de l'éther ou du chatouillement était portée du côté opposé à celui sur lequel on avait agi, on ne défaisait pas les états produits. De là cette nouvelle remarque, c'est que dans ces expériences il fallait, pour faire disparaître les phénomènes produits, agir avec la même cause et sur les régions primitivement excitées.

Tous ces phénomènes sont d'ordre réflexe, de même que ceux que nous allons exposer et qui ont été produits par M. Dumontpallier.

On a beaucoup insisté dans ces derniers temps sur l'hyperexcitabilité neuro-musculaire dont on a fait un caractère exclusif de la période léthargique dite hypnotisme. MM. Dumontpallier et Magnin ont démontré dans diverses communications à l'Académie des sciences ou à la Société de biologie : 1° que l'hyperexcitabilité neuro-musculaire existe dans les trois périodes de l'hypnotisme et que, pour le démontrer, il suffisait d'avoir recours à des agents qui varient pour chaque période et pour chaque malade. A l'appui de cette remarque, M. Dumontpallier a montré que chez un malade l'hyperexcitabilité neuro-musculaire dans la période léthargique ne devenait manifeste qu'à l'action du froid déterminé par le contact de l'éther sulfurique. L'expérience a été faite sur les membres et sur la face, et la démonstration a été très-remarquable sur la face que l'on avait faite hémi-cataleptique à gauche et hémi-léthargique à droite. La pression sur le nerf facial du côté cataleptique déterminait la contracture des muscles, tandis qu'elle était inefficace du côté léthargique; mais, sur ce dernier côté, la pression, avec un pinceau de coton chargé d'éther sulfurique, déterminait immédiatement la contracture des muscles de la face de ce côté. Enfin, de l'un et de l'autre côté, l'agent différent qui avait fait la contracture défaisait la même contracture, c'est-à-dire l'éther pour le côté léthargique, et la pression simple pour le côté cataleptique.

Pour M. Dumontpallier, le phénomène dit hyperexcitabilité neuro-musculaire est un phénomène d'ordre réflexe, et, pour le produire, il suffit d'exciter la sensibilité de la peau en un point quelconque, par un agent variant suivant les sujets.

De plus, il suffit d'agir sur les régions cutanées correspondant aux muscles et aux troncs nerveux qui innervent différents muscles. La pression forte, la percussion violente et répétée ou la malaxation de certaines régions n'agiraient donc qu'en déterminant des réflexes cutano-musculaires.

Dans la dernière partie de cette conférence M. Dumontpallier nous a montré deux malades sur lesquelles il a recherché, avec son collaborateur M. Magnin, l'étendue des zones réflexes somnambuliques du cuir chevelu. Sur l'un des sujets en expérience, cette zone somnambulique, située en arrière de la ligne bi-auriculaire, s'étend sur les parties latérales; chez un autre sujet, la zone somnambulique est comprise dans l'axe d'un triangle dont la base a une étendue de six centimètres sur la ligne bi-auriculaire et dont le sommet correspond, sur la ligne frontale médiane, à la naissance des cheveux. — La pression sur la ligne médiane antéro-postérieure des zones détermine le somnambulisme général, tandis que la pression sur les parties latérales des zones détermine l'hémi-somnambulisme.

Sur l'une des malades la pression sur les parties latérales de la zone somnambulique détermine simultanément l'hémi-somnambulisme du côté correspondant à la pression et l'hémi-catalepsie du côté opposé. — Sur une autre malade la même pression latérale détermine simultanément l'hémi-somnambulisme et l'hémi-catalepsie croisés alternes. — Lorsque l'on commande un mouvement des membres à ces malades, on constate que ces mouvements ne sont exécutés que dans les conditions hémi-latérales susmentionnées, tandis que les autres membres sont en état cataleptique pour l'un de ces malades et en état léthargique pour l'autre malade. — Ces faits étant bien constatés, il suffit d'exercer à nouveau une légère pression sur la région primitivement pressée pour faire disparaître l'hémi-somnambulisme et l'hémi-catalepsie. — Si, au contraire, la pression est exercée sur la région latérale opposée de la zone somnambulique, on ne défait pas les phénomènes produits. Ces dernières expériences démontrent donc, une fois de plus, que la cause qui a produit l'hémi-somnambulisme ne peut la faire disparaître qu'en agissant sur la même région de la zone réflexogène.

Remarquons que chez l'une de ces malades l'hyperexcitabilité neuro-musculaire dans la période somnambulique est reculée par l'action de l'éther sur la peau, et que chez l'autre le réflexe cutano-musculaire est déterminé par la percussion.

Parmi les nombreuses expériences qui ont été faites sur ces malades en état somnambulique nous devons en signaler encore une très-curieuse. La malade était en train de

tricoter, une légère pression est exercée sur le vertex, aussitôt la malade cesse de tricoter, elle reste immobile les yeux entr'ouverts; on lui ordonne de continuer son travail, elle reprend son tricot, compte les mailles de son tricot, change les aiguilles de main au moment voulu et continue régulièrement son travail. On fait alors cesser le somnambulisme en pressant de nouveau sur le vertex, la malade se réveille et continue à travailler. A ce moment on presse sur un point latéral de la zone réflexogène somnambulique du cuir chevelu, les doigts s'arrêtent, on ordonne à la malade de tricoter, elle obéit, mais une seule main travaille, l'autre reste immobile. La pression latérale sur le même point de la zone somnambulique réveille la malade.

La même malade est de nouveau mise en état somnambulique par pression du vertex, sur la ligne médiane; on lui commande de se lever, de quitter le laboratoire pour se rendre dans son lit; elle exécute l'ordre donné, mais sur son chemin elle doit ouvrir une porte, à peine a-t-elle senti le bouton de cette porte qu'elle jette un cri et recule. Ce bouton de porte était en cuivre jaune, et la malade est sensible au cuivre. On ouvre la porte, et on ordonne à la malade de se rendre à son lit et de se coucher; elle laisse tomber ses vêtements, ôte ses pantoufles et se met au lit après avoir placé ses vêtements dans sa table de nuit et derrière ses oreillers.

Elle est réveillée par la pression sur le vertex, ainsi que M. Dumontpallier le fait habituellement. Mais, afin de prouver encore une fois quelle est l'action du regard et de la lumière solaire sur cette malade, M. Dumontpallier produit l'état cataleptique par le regard en se tenant au pied du lit, puis il éclaire subitement la figure de la malade avec un rayon réflecteur de lumière solaire, et immédiatement la catalepsie cesse et la malade est réveillée. Elle déclare aux assistants qu'elle n'est nullement fatiguée; elle n'éprouve aucune douleur de tête, et est fort étonnée de se retrouver dans son lit, qu'elle avait quitté pour aller au laboratoire.

Prophylaxie de l'ophthalmie purulente des nouveau-nés.

En exposant dans la Revue clinique de samedi dernier la méthode de traitement de M. le professeur Brame (de Tours), et les résultats qu'en a obtenus M. le docteur Sédan, en Algérie, nous nous sommes réservé de revenir aujourd'hui sur cette question, en l'envisageant plus particulièrement au point de vue prophylactique. Mais, avant d'aborder ce sujet, nous saisirons d'abord cette occasion de rappeler la pratique de M. Galezowski, mise en cause par notre honorable correspondant, M. Brame. Voici en quels termes s'est exprimé M. Galezowski dans sa communication à la Société de médecine publique, à laquelle nous faisions allusion :

M. Galezowski a eu l'occasion de soigner à sa clinique, depuis 1870, 507 cas d'ophthalmie des nouveau-nés, et sur ce nombre 111 cas avec des accidents plus ou moins graves, ayant amené soit un affaiblissement, soit la perte complète de la vue. Ces cas se décomposent comme il suit :

Perforation avec nécrose partielle ou totale de la cornée	44
Ulcération de la cornée	34
Leucome de la cornée	15
Staphylome de la cornée	6
Atrophie du globe	7
Cataracte capsulaire	3
Ectropion	2
	111

Un certain nombre de ces malades avaient été soignés par des astringents et par des cautérisations; d'autres n'avaient été soignés que par le lait de la nourrice, par de l'eau de guimauve, par de l'infusion de thé, etc. Tous ces accidents ne se fussent pas produits si l'on avait traité tous ces enfants méthodiquement. Qu'est-ce que M. Galezowski entend par un traitement méthodique? Voici celui qu'il a adopté et qu'il recommande à ses confrères : c'est le badigeonnage des conjonctives deux fois par jour, et (c'est la condition *sine quâ non*) avec une solution de nitrate d'argent au 1/40. C'est la seule méthode qui lui paraisse certaine dans ses résultats; « prise à temps, dit-il, la maladie guérit toujours sans laisser aucune trace », tandis qu'il a essayé le sulfate de zinc, le sulfate de cuivre et d'albumine, l'acétate de plomb, le collyre au nitrate d'argent instillés par goutte qui ne lui ont donné des résultats satisfaisants que dans un certain nombre de cas.

Nous ne jugeons pas entre la méthode de M. Galezowski, qui est, du reste, celle de la plupart des ophthalmologistes de nos jours, et celle de M. Brame. Nous ne voulons que mettre sous les yeux de nos lecteurs les éléments principaux de leur propre appréciation.

Cette question de thérapeutique n'était posée qu'incidemment en quelque sorte, et pour arriver d'ailleurs à la question, tout aussi importante au moins, sinon plus importante, de la prophylaxie.

La question posée par M. Galezowski devant la Société de médecine publique est celle-ci :

Comment s'y prendre pour soigner cette ophthalmie dès son début et avant que la cornée ait subi une altération quelconque, et pour avertir les parents du danger de l'ophthalmie commençante?

M. Galezowski propose de charger les médecins de l'état civil d'examiner les yeux des enfants nouveau-nés avec le plus grand soin et de donner des instructions nécessaires sur le traitement à suivre, s'il y a les moindres phénomènes de conjonctivite commençante. Le médecin civil ne visitant, en général, les enfants nouveau-nés que trois ou quatre jours après leur naissance, c'est-à-dire un jour ou deux après la déclaration légale faite aux mairies, et cette époque, le troisième ou quatrième jour de la naissance, étant précisément celle où l'ophthalmie des nouveau-nés fait le plus ordinairement son apparition, il pourra utilement, sinon conseiller lui-même les moyens à mettre en usage, du moins engager les parents à recourir immédiatement aux soins d'un médecin. Le conseil est fort bon sans doute, mais le service des médecins de l'état civil n'est pas organisé ou ne fonctionne pas partout avec la même régularité qu'à Paris et dans les grandes villes, et il est fort à craindre que les prescriptions ou avis officieux confiés aux médecins de l'état civil n'arrivent point ou n'arrivent que trop tard à leur but.

Nous ne pensons pas qu'il y ait à compter beaucoup plus sur l'efficacité du moyen proposé par M. le docteur Brière (du Havre), qui consisterait à distribuer aux parents, au moment où ils vont faire leur déclaration à la mairie, une instruction pour les soins à donner à leurs enfants au cas où une ophthalmie purulente viendrait à éclater. Tout au plus cette instruction pourrait-elle se réduire à engager les parents à appeler leur médecin aussitôt qu'ils s'apercevraient d'un commencement d'ophthalmie.

A ces avis, M. Fieuzal en a joint un qui a eu l'assentiment de M. Javal et qui réunira peut-être celui de beaucoup d'au-

tres médecins : c'est l'emploi, comme moyen prophylactique et même comme moyen curatif, de lavages fréquents (une dizaine de fois par jour) avec de l'eau tiède chargée d'un antiseptique quelconque, au premier rang desquels il place l'acide phénique, puis l'acide borique, le thymol, le benzoate de soude ou tout autre, pouvant facilement se trouver à la disposition de tout le monde. Depuis, dit M. Fieuzal, qu'il a institué ce mode de traitement à sa clinique, il a diminué dans des proportions considérables le nombre des cautérisations qu'il se voyait obligé de faire auparavant.

Mais, en définitive, à quelques moyens de prophylaxie que l'on soit disposé à donner la préférence, c'est par l'intermédiaire des médecins que ces moyens pourront être utilement et efficacement appliqués et portés, au besoin, à la connaissance du public.

C'est donc à ces derniers, c'est aux médecins, les seuls d'ailleurs auprès de qui notre parole peut se faire entendre, que doivent s'adresser spécialement les conseils de ceux de nos confrères qui ont acquis sur les signes de cette affection et sur ses dangers, comme sur son traitement, la plus grande expérience, afin qu'ils préviennent leurs clients sur ce qui peut leur faire présumer l'imminence du danger et qu'ils agissent eux-mêmes, dès qu'ils en sont avertis, avec la plus grande promptitude.

Ce qu'il importe, en effet, que tous les médecins le sachent, s'ils ne l'ont appris déjà par leur propre expérience, c'est qu'il y a toujours lieu de se tenir en garde contre les dangers trop souvent ignorés ou méconnus de ces petites conjonctivites que l'on voit survenir dans les premiers jours de la naissance, et qui sont le plus souvent si légèrement traitées par les moyens les plus anodins, pour ne pas dire les plus insignifiants et les plus inefficaces, sous le prétexte qu'elles ne sont que l'effet d'un simple refroidissement ou d'un courant d'air. Sans doute il y en a qui n'ont peut-être pas d'autre cause, mais qui est assez sûr de soi pour les distinguer au début de celles qui sont dues à une contagion et qui évolueront rapidement vers une suppuration qui pourra entraîner la perte de l'organe?

C'est cet appel fait à tous ses confrères par M. Galezowski du haut de la tribune de la Société de médecine publique, et appuyé par ses collègues MM. Fieuzal, Javal, Vérité, Laborde et Pinard, que nous voulions, à notre tour, porter à la connaissance de nos lecteurs. Le bureau de la Société en a, du reste, apprécié comme nous toute l'importance, en désignant, séance tenante, une commission chargée de lui faire un rapport sur cet important sujet.

— (Par une heureuse coïncidence, au moment où nous terminions notre Revue, M. le docteur Ch. Abadie nous envoyait la communication suivante sur un sujet qui touche de très-près, comme on va le voir, à celui que nous venons de traiter.)

TRAITEMENT DE LA CONJONCTIVITE BLENNORRHAGIQUE

Par le docteur Ch. Abadie.

La plupart des médecins considèrent encore aujourd'hui la conjonctivite blennorrhagique comme une affection extrêmement grave, entraînant presque fatalement la perte de l'œil atteint. Et, de fait, nous rencontrons à chaque instant des individus devenus borgnes ou aveugles à la suite de cette maladie.

Aussi vais-je peut-être provoquer tout d'abord un certain étonnement en déclarant que le traitement de la conjonctivite blennorrhagique est un des plus sûrs que nous possédions, et que, appliqué à temps, il donne des succès à peu près constants.

Ce traitement merveilleux est des plus simples. Il consiste uniquement à faire aussitôt que possible des cautérisations de la muqueuse conjonctivale au moyen d'une solution de nitrate d'argent de 3 à 4 p. 100.

J'entends déjà nombre de praticiens se récrier et dire : C'est un moyen connu, qui compte des succès, cela est vrai, mais qui compte aussi des revers, et qui, somme toute, ne vaut pas mieux que d'autres, tout aussi vantés que lui.

Deux mots d'explication, et j'espère faire comprendre pourquoi jusqu'ici l'accord n'a pas été unanime sur l'efficacité de ce traitement que, pour ma part, je considère comme infaillible. Cela tient uniquement au mode d'emploi, et j'établis tout de suite cette règle fondamentale hors de laquelle il n'y a qu'incertitude et péril et qui, suivie à la lettre, assure, au contraire, le succès.

Les cautérisations doivent être faites à n'importe quelle période de la maladie ; le plus tôt n'est que le mieux ; elles doivent être *répétées toutes les douze heures.*

J'insiste d'autant plus sur l'établissement de cette règle absolue que jusqu'ici elle n'a pas été nettement formulée par les divers auteurs, même les plus modernes, qui se sont occupés de la question. Quelques-uns conseillent de s'abstenir au début de la maladie et d'attendre pour cautériser que la période de purulence soit arrivée. C'est une erreur d'observation et une erreur thérapeutique profonde. Le meilleur moyen de juguler la maladie, d'enrayer sa marche fatalement ascendante, c'est, au contraire, de faire la cautérisation dès les premières heures, si c'est possible, aussitôt que le gonflement des paupières, l'injection de la conjonctive, les douleurs à intensité croissante permettent au clinicien exercé de poser le diagnostic.

Ce conseil donné par quelques ophthalmologistes, de ne recourir aux caustiques que lorsque la suppuration devient abondante, est un reliquat de l'ancienne thérapeutique oculaire.

Jadis, quand, au lieu de préciser comme on le fait aujourd'hui le siège anatomique de la maladie, on parlait d'ophthalmie, on ne savait pas toujours différencier l'injection oculaire qui annonce l'apparition d'une iritis de celle qui marque le début d'une conjonctivite.

Or il est certain que, s'il s'agit d'un commencement d'iritis, une cautérisation avec une solution de 3 p. 100 de nitrate d'argent sera nuisible. Si, au contraire, la conjonctive seule est réellement malade, la cautérisation ne pourra être qu'efficace.

Un second point dont l'importance est capitale dans le traitement de l'ophthalmie blennorrhagique, c'est que la cautérisation soit répétée toutes les douze heures.

De Graefe, dont l'autorité est si grande en pareille matière, recommande, avant de procéder à une seconde cautérisation, d'attendre que l'eschare blanchâtre résultant de la première soit entièrement éliminée ; c'est pour lui l'indication du moment opportun d'une nouvelle cautérisation.

Eh bien, je n'hésite pas à déclarer, malgré l'admiration et le respect que j'ai pour ce grand nom, que ces considérations sont purement théoriques.

Que l'eschare soit éliminée complètement, en partie, ou pas du tout, cela ne change rien à la règle absolue. Au bout de douze heures une nouvelle cautérisation devient nécessaire.

La période dangereuse de la conjonctivite blennorrhagique dure en moyenne quatre ou cinq jours ; pendant tout ce temps, les cautérisations seront répétées toutes les douze heures, à moins toutefois qu'après les quatre ou cinq premières, la défervescence ne soit telle que tout danger paraisse manifestement écarté ; mais à la moindre recrudescence les cautérisations seront reprises avec la même rigueur ; celles-ci doivent être bien faites, c'est-à-dire que, malgré la douleur, malgré le gonflement des paupières, il faut, coûte que coûte, les retourner aussi complètement que possible, de façon à atteindre le cul-de-sac de la conjonctive avec la solution caustique. Nous avons dit qu'il fallait agir dès le début, dès les premières heures, dès que la maladie s'affirme comme devant être une conjonctivite blennorrhagique ; mais, si le malade se présente à nous au second ou au troisième jour, alors que la cornée

est déjà infiltrée, ulcérée, faut-il encore cautériser aussi vigoureusement et aussi fréquemment? Oui; alors plus que jamais; c'est le moment, au contraire, où il importe de prendre une décision énergique. Ici encore, malheureusement, l'accord ne semble pas être complet entre tous les ophthalmologistes, et quelques-uns conseillent de s'abstenir quand la cornée est menacée.

Nous ne saurions trop nous élever contre cette manière d'agir. A ce moment, il est vrai, la responsabilité devient de plus en plus redoutable; mais il faut savoir l'accepter, et non la fuir, en s'abstenant.

Des cautérisations insuffisantes ou *trop espacées* ont été parfois impuissantes à enrayer la destruction progressive de la cornée; de là les plaintes des malades attribuant à l'emploi du caustique la perte de leurs yeux, alors que la gravité naturelle de leur affection était seule en cause. Mais ces considérations ne sauraient retenir un médecin qui ne se règle que sur sa conscience et ne connaît que son devoir. Il pratiquera les cautérisations toutes les douze heures, et il sauvera ainsi ce qui reste encore de cornée saine au moment de son intervention.

Si j'insiste autant sur le renouvellement de la cautérisation toutes les douze heures, c'est que j'en fais la condition *sine quâ non* pour la certitude du succès.

Bien des partisans de l'emploi du nitrate d'argent croient, et moi-même j'avais pendant quelque temps partagé cette opinion, que des cautérisations renouvelées toutes les vingt-quatre heures sont suffisantes: c'est une erreur. Sans doute les cautérisations ainsi espacées sont utiles, elles ralentissent la marche, si rapide d'ordinaire, de la maladie, atténuent sa gravité et permettent de sauver parfois des portions de cornée plus ou moins étendues; mais souvent aussi elles nous laissent en défaut et ne servent qu'à retarder la perte de l'œil.

C'est précisément leur insuffisance dans ces cas-là qui a été la cause de leur discrédit de la part de quelques médecins.

Le fait qui m'a bien éclairé sur ce point important de pratique est le suivant, et il mérite d'être rapporté.

J'eus occasion, il y a environ quatre ans (et j'en ai souvenir comme si c'était d'hier), de soigner un jeune homme de dix-neuf ans, atteint d'une double conjonctivite blennorrhagique; je le vis le surlendemain du début de la maladie. Les paupières étaient rouges, tuméfiées; un chémosis épais, charnu, gris-jaunâtre, comme infiltré de pus (caractéristique de la conjonctivite blennorrhagique), entourait les cornées. Ces membranes n'étaient déjà plus indemnes; de chaque côté, à la partie supéro-interne, une ulcération très-appréciable, entourée d'une zone gris-blanchâtre, s'était produite. Je fis, séance tenante, une cautérisation avec une solution de 3 p. 100 de nitrate d'argent et prescrivis l'application continuelle, jour et nuit, de compresses glacées. Je revins au bout de vingt-quatre heures; la situation était incontestablement plus mauvaise que la veille, les ulcérations s'étaient étendues, et la zone aréolaire blanchâtre qui les entourait, s'élargissant, avait pris une teinte gris-jaunâtre. J'avais certainement perdu du terrain malgré la cautérisation; néanmoins j'en pratiquai encore une seconde avec la même solution. Continuation des compresses glacées. A ma troisième visite, vingt-quatre heures après, l'état des cornées avait encore empiré, et la situation devenait critique. Les ulcérations, gagnant en étendue et en profondeur, laissaient craindre une perforation imminente; la zone adjacente d'infiltration avait envahi les deux tiers de la cornée et prenait une teinte jaunâtre de mauvaise nature.

Il devenait certain pour moi que j'étais débordé par la maladie; j'avais retardé peut-être la destruction des cornées, mais encore un jour ou deux d'une progression semblable, et tout était perdu. J'avoue qu'à ce moment j'étais fort perplexe; j'eus un moment d'hésitation et d'anxiété. Devant l'impuissance des cautérisations, le doute me prenait; je commençais à me demander si elles n'étaient pas plus nuisibles qu'utiles.

Mon indécision heureusement dura peu.

Je fis une nouvelle cautérisation et je revins voir mon malade douze heures après; à ce moment, je constatai que l'infiltration cornéenne, dont j'avais noté avec soin les limites douze heures auparavant, paraissait moins étendue et moins diffuse. Donc la cautérisation agissait d'une façon efficace, mais probablement que son action était de courte durée, s'épuisait pour ainsi dire, et puis le processus reprenait sa marche envahissante. Je résolus dès lors de renouveler les cautérisations toutes les douze heures, et c'est ce que je fis aussitôt. Cette fois, douze heures après, l'amélioration était manifestement progressive, et il était évident que je gagnais du terrain et que je devenais maître de la situation. J'abrège l'histoire de ce malade, et je me contente de dire que, sous l'influence de ces cautérisations ainsi répétées, les ulcérations guérirent, se réparèrent, sans qu'il survînt de perforation, et il n'est resté finalement que des leucomes insignifiants.

Depuis, j'en ai fait souvent l'expérience, c'est bien en réalité ainsi que les choses se passent.

La cautérisation exerce une influence favorable pendant douze heures environ; mais, au bout de ce laps de temps, son action semble s'épuiser, et la maladie reprend sa marche progressive. On peut s'en assurer de la façon suivante: un malade se présente à vous atteint de conjonctivite purulente avec lésion cornéenne; pratiquez une cautérisation, séance tenante, avec une solution de nitrate d'agent de 3 p. 100; examinez-le au bout de douze heures: sa cornée sera éclaircie, il y aura un mieux sensible; suivez-le encore, mais sans le cautériser de nouveau: au bout de quatorze heures, de seize heures, vous verrez la cornée redevenir trouble et les lésions enrayées un instant s'aggraver de nouveau. Nouvelle cautérisation, nouvelle amélioration et arrêt pendant un certain nombre d'heures, puis retour offensif du processus.

Je n'ai parlé, à dessein, que des cautérisations, parce que j'estime qu'à elles seules, quand elles sont faites dans les conditions indiquées, elles suffisent pour amener la guérison. Toutefois on se trouvera bien d'y associer les scarifications légères de la muqueuse, l'application continue de compresses trempées dans une solution saturée d'acide borique, maintenues au moyen de la glace à la température de 3 à 4°, et les lavages répétés avec cette même solution.

On calmera ainsi l'exaspération inflammatoire passagère qui suit les cautérisations et on évitera des souffrances au malade.

Tout en ayant surtout en vue en ce moment la question du traitement, je ne puis me défendre de dire un mot de la nature de la maladie. Il est certain que quelquefois la conjonctivite purulente apparaît chez des adultes ou même chez des personnes âgées n'ayant aucune trace de blennorrhagie et chez lesquelles l'investigation la plus minutieuse ne peut révéler le moindre indice de contage. Nous sommes portés à croire alors à un développement spontané ou à l'influence de causes banales et tout à fait hypothétiques, telles que la diathèse rhumatismale ou autres, etc.

Il serait peut-être plus rationnel et plus avantageux pour les malades de penser que, dans ces cas, le mode d'inoculation a simplement passé inaperçu. La conjonctivite purulente franche des adultes et des personnes âgées, considérée comme spontanée, ressemble tellement, par l'ensemble de ses caractères cliniques, à celle qui est le résultat d'une contamination directe, que l'identité d'origine s'impose.

La question de terrain est également ici bien secondaire. Transportez sur la conjonctive de n'importe quel homme sain et vigoureux une parcelle de pus blennorrhagique, et vous verrez apparaître une conjonctivite qui présentera toujours les mêmes caractères et évoluera de la même façon. Par contre, vous pourrez également la guérir toujours par les mêmes moyens.

S'il ne s'agissait que d'une simple question de doctrine, cela serait sans grande importance; mais il n'est pas indifférent pour le malade que celui qui le traite se fasse telle ou telle opinion sur la nature de son mal. Si, dans l'hypothèse d'une manifestation diathésique, le traitement local est délaissé, malgré un traitement général plus ou moins complexe, les yeux seront perdus. Au contraire, avec des cautérisations énergiques et répétées, comme il a été dit, les yeux seront sauvés.

THÉRAPEUTIQUE

Les capsules Thévenot (1).

Par M. le Dr W. Charaust.

III

Maintenant que nous avons vu comment M. Thévenot était arrivé à la fabrication en grand des capsules qui portent son nom, à quel besoin elles répondent, nous ajouterons quelques mots seulement pour mieux montrer encore leur utilité thérapeutique.

Elles sont toujours utiles, souvent indispensables pour l'administration : 1° des produits éthérés ; 2° des huiles essentielles et des pyrélaïnes ; 3° des huiles fixes et des graisses ; 4° des térébenthines et des baumes ; 5° des électuaires gras ; 6° des poudres de nature organique ; 7° des sels et produits chimiques ; 8° de quelques poudres destinées à provoquer des réactions dans l'estomac.

Ne perdons point de vue les deux avantages fondamentaux des capsules : 1° Elles permettent de doser facilement longtemps à l'avance et avec une exactitude aussi grande que possible ; 2° elles masquent, ou plutôt font disparaître l'odeur et la saveur du médicament ; elles nous débarrassent des difficultés d'absorption qui ont leur siège dans le système nerveux ou la partie supérieure des voies digestives ; par contre-coup, elles dispensent le plus souvent le médecin d'avoir recours à des succédanés plus ou moins bien appropriés au but qu'il se propose.

Qui aurait pu songer qu'un jour on pourrait administrer des quantités fixes d'éther, préparées de longue date, et que le malade les prendrait sans, pour ainsi dire, en avoir conscience ? Les éthérolés, chacun le sait, sont des produits d'une volatilité telle que, quand on veut s'en servir, on est obligé de tenir compte avant tout des conditions de milieu et de température, et pourtant, pour n'en citer qu'un, quels services rend chaque jour l'éthérolé de valériane, un des meilleurs sédatifs que nous possédions !

Le captage, — car c'est l'expression consacrée, — des médicaments répugnants ou nauséabonds, est une pratique dont l'utilité, la nécessité même, ne sauraient donner lieu à la moindre contestation : c'est par ce moyen seulement qu'on a pu faire entrer dans la thérapeutique courante les huiles essentielles de térébenthine, de santal, d'eucalyptus, de naphte, etc. ; des oléo-résines comme celle de la semence de persil (apiol), de fougère mâle, etc. ; des substances pyrogénées parmi lesquelles nous citerons : le goudron, l'huile de cade, de Dippel, les gaults de Harlem, le phénol, la créosote, médicaments qui répondent à l'une des indications les plus ordinaires de la pathologie générale : l'introduction de produits antiseptiques dans les voies digestives.

Passons rapidement sur les électuaires (opiats), si utiles parfois, et arrivons aux huiles fixes telles que l'huile de ricin, l'huile de foie de morue, l'huile phosphorée, créosotée ou iodo-bromée, etc. Veut-on faire prendre sans difficulté une dose donnée d'huile de foie de morue par exemple ? Il suffit de recommander au malade de jeter la quantité de capsules prescrites dans un bol d'eau sucrée, de les puiser avec une cuiller ordinaire et de les avaler naturellement comme s'il s'agissait d'un potage. On évitera le plus souvent ainsi le spasme des constricteurs du pharynx, que la crainte d'une préparation désagréable suffit à provoquer.

Un mot maintenant sur les médicaments de la dernière catégorie : les poudres.

A ce propos, M. Guibourt déclare que c'est surtout pour les produits pharmaceutiques susceptibles d'être modifiés d'une façon désavantageuse par les véhicules ou le mode opératoire, que cette forme est préférable, car la poudre est peut-être la seule des préparations pharmaceutiques qui représente les substances sans modifications, si ce n'est un surcroît d'activité dû au plus ou moins de ténuité auquel on les amène.

On administre par les capsules des poudres d'origine purement végétale : celles de rhubarbe, de valériane, de cubèbe.

On administre également des médicaments plus modernes, des produits de laboratoire : ce sont des sels minéraux ou organiques, comme le sulfate de quinine, le bromure de potassium, le tartrate de fer, des acides comme l'acide salicylique, des substances neutres ou des corps simples comme le fer réduit par l'hydrogène. Nous insisterons surtout sur un mélange particulier dont on peut retirer un véritable profit : il est constitué par du lactate de fer, du bicarbonate de soude et de la poudre de guimauve. Introduit dans l'estomac à l'aide des capsules Thévenot, ce mélange donne lieu, en présence du suc gastrique, à du carbonate de fer à l'état naissant ; c'est-à-dire à un corps bien mieux assimilable qu'un autre de même nature formé à l'avance.

Cette variété de capsules, qu'on peut faire intervenir également dans la formation d'un iodure de fer, sont appelées capsules à réactions chimiques. A un certain point de vue, on pourrait en rapprocher celles qui portent des ferments organiques, comme la pepsine ou la pancréatine.

(1) Fin. — Voir le numéro du 17 janvier 1882.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 avril 1882. — Présidence de M. Guéniot.

Kystes du ligament large. — **M. THÉOPHILE ANGER**, à l'occasion du rapport de M. Duplay lu dans la dernière séance, fait une réclamation de priorité relativement à l'énucléation, après l'incision péritonéale, des kystes du ligament large. Le travail de Gaillard Thomas, cité par M. Duplay, date de 1876, et c'est en 1874 que M. Anger a fait une communication sur ce sujet, à l'occasion d'une opération qu'il venait de pratiquer par ce procédé.

Cancers du rectum. — **M. DESPRÈS** a présenté, il y a trois mois, un malade atteint de cancer du rectum et qui portait en même temps un rétrécissement donnant lieu à des phénomènes graves d'occlusion intestinale. M. Desprès a eu recours à la simple dilatation du rétrécissement avec les doigts ; il a pu ainsi mettre fin aux phénomènes d'occlusion, et aujourd'hui, trois mois après, grâce à des bains répétés et à de légères purgations tous les trois jours, ce malade va aussi bien que possible ; le cancer a continué sa marche, mais l'occlusion a complètement disparu et les fonctions intestinales s'exécutent régulièrement. Il voudrait savoir si les malades auxquels on a pratiqué des opérations d'anus artificiel il y a trois mois sont aujourd'hui dans un état aussi satisfaisant.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL lit une note de **M. OLLIER** (de Lyon) relative aux amputations et aux désarticulations sous-périostées. Il rappelle que dès 1859 il a fait des amputations à lambeaux périostiques. Aujourd'hui il applique aux désarticulations les règles qu'il avait émises relativement aux amputations sous-périostées. Il fera prochainement une communication sur ce sujet. Mais, en raison d'un certain nombre d'inconvénients qu'il expose en détail, il a renoncé à ces amputations sous-périostées.

M. PONCET (de Cluny) ne trouve pas les inconvénients majeurs que M. Ollier reproche à ces sortes d'amputations. Il en a pratiqué plusieurs récemment par cette méthode et s'en est très-bien trouvé.

M. DESPRÈS est de l'avis de M. Ollier et proteste contre l'assertion émise par M. Poncet ; c'est une illusion de croire qu'on puisse arriver à constituer une véritable manchette périostique ; jamais on ne peut obtenir cette manchette complète, sauf chez certains scrofuleux, en raison de l'extrême épaisseur de leur périoste.

M. PONCET a pratiqué récemment l'amputation du bras par ce procédé chez un jeune homme de vingt-cinq ans, parfaitement robuste et nullement scrofuleux, et, chez lui, le décollement du périoste s'est fait avec une extrême facilité.

M. TRÉLAT partage l'opinion de M. Poncet ; il y a des cas où l'on peut obtenir une manchette périostique parfaitement régulière et complète. Les adhérences de ce lambeau à la face profonde de la plaie se trouvent singulièrement facilitées par la conservation du périoste dans ce lambeau ; c'est là un point important pour les chirurgiens recherchant la réunion par première intention.

M. DESPRÈS. Il ne faut pas raisonner sur des faits exceptionnels ; s'il s'agit d'amputations nécessitées par un traumatisme

récent chez un homme jeune, bien portant, ayant les os sains, il est impossible d'isoler complètement le périoste et de constituer la manchette. Le canal médullaire se bouche toujours par bourgeonnement de la moelle; c'est la même chose qui a lieu dans les amputations sous-périostées, et l'on attribue au périoste ce qui est l'effet du bourgeonnement de la moelle.

M. NICAISE rappelle qu'il ne s'agit pas seulement de faits exceptionnels puisqu'il a produit six observations, dont une avec autopsie qui a permis de constater que le périoste était conservé sur toute la circonférence du fémur, sauf au niveau de la ligne âpre.

M. PONCET dit que sa dernière amputation sous-périostée fut pratiquée chez un soldat de vingt-cinq ans pour un traumatisme.

M. FARABEUF déclare que, sur le cadavre, il est possible de décoller le périoste là où il existe, et cela à peu près également à tous les âges. Il pense que cela est avantageux. Il ne croit pas que ce soit là la cause de ces nécroses de rondelles osseuses qu'on a signalées dans certains cas. En somme, il est très-facile de garder dans le lambeau une bonne doublure fibreuse.

M. TRÉLAT maintient qu'il est parfaitement possible de constituer une manchette périostique. Si l'on a quelque peine avec le grattoir à bien isoler les 2 ou 3 premiers centimètres de périoste, on arrive facilement, au delà, à avoir une épaisseur suffisante.

M. NICAISE. Pour se rendre compte des effets de la conservation du périoste, il suffit de comparer les deux cas suivants : dans mon cas, où j'avais cherché la réunion par première intention, avec conservation du périoste, il y a eu formation d'os nouveau fermant les cavités spongieuses de la moelle; dans le cas présenté par M. Polaillon, où il avait également cherché et obtenu la réunion par première intention, mais sans conservation de périoste, on constatait une tumeur spongieuse au niveau de la fermeture du canal médullaire.

Fistules anales déterminées par l'hypertrophie de la valvule de Houstan. — M. CHAUVEL fait un rapport sur une communication de M. Viens, médecin-major, relative aux fistules à l'anus déterminées par l'hypertrophie de la valvule de Houstan et facilement guérie par la simple section de cette valvule hypertrophiée.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 12666.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3.000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50**. — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Une très-intéressante communication a été faite dans cette séance par un médecin distingué de la marine, M. le professeur Nielly, de Brest. Il s'agit d'un jeune mousse atteint d'une affection papuleuse ou vésiculo-pustuleuse de la peau. Le séro-pus recueilli sur ces vésiculo-pustules renferme des nématoïdes analogues aux anguillules ou filaires des pays chauds. Ce fait soulève une question de nosologie ou de géographie médicale dont il serait très-important de poursuivre l'étude, savoir, s'il s'agit là d'une dermatose parasitaire nouvelle ou du moins inconnue jusqu'ici, et dont il faudrait rechercher les origines dans les milieux habités par ce jeune mousse, ou bien d'une affection identique à quelques-unes de celles que l'on a décrites comme appartenant à la côte occidentale d'Afrique; auquel cas il faudrait cesser de considérer cette dernière affection comme exclusivement exotique. M. Nielly a pris devant l'Académie l'engagement d'instruire ce procès et de lui faire part ultérieurement des résultats de ses recherches, ce dont nous prenons volontiers acte au nom de la science.

Après cette communication, qui a donné lieu à quelques observations de MM. Colin et Baillet, l'Académie a repris la suite de la discussion sur le chloroforme. M. Vulpian a répondu à la question qui lui a été posée dans la dernière séance par M. Léon Le Fort; sa réponse, que l'on trouvera dans le compte-rendu, a paru, malgré ou peut-être bien même par sa netteté, jeter quelque trouble dans l'esprit des chirurgiens en petit nombre en ce moment à la séance.

HOPITAL NECKER. — M. Potain.

Gastrite chronique, ulcère de l'estomac et cancer.

Nous avons en ce moment deux malades, l'un à la salle des hommes, lit n° 19, l'autre à la salle des femmes, lit n° 17, atteints d'une affection de l'estomac dont le diagnostic présente certaines difficultés.

Le n° 19 est un homme de quarante-neuf ans qui, après avoir été laboureur, est venu à Paris où il est resté dix-sept ans, exerçant la profession d'ouvrier feuillagiste. Il découpait toute la journée des feuilles en étoffe ou en papier, colorées le plus souvent en vert par une préparation arsenicale. Cependant il n'en a jamais éprouvé aucun inconvénient, et il se portait fort bien encore il y a six mois, lorsqu'il est retourné dans l'Orléanais reprendre la vie de laboureur.

Tout à coup, peu après son arrivée, et sans cause connue, sans aucun changement de régime ni d'alimentation, sans excès d'aucun genre, il a senti, comme il le dit, son estomac se détraquer. Il avait de la répugnance pour tous les aliments, il éprouvait des pituites; des eaux lui remontaient à la bouche, parfois même il avait des vomissements aqueux. Au bout de quatre mois, il rentrait à Paris. Les digestions devinrent de plus en plus difficiles ; le dégoût des aliments disparut néanmoins pour faire place à des pesanteurs gastriques, des nausées et des vomissements alimentaires accompagnés d'un appétit exagéré, de véritables fringales. Il n'a jamais rendu de sang. Enfin maigrissant, pâlissant, sentant ses forces s'en aller, il s'est décidé à entrer ici il y a dix jours.

Quant à la femme du n° 17, elle est tombée malade, sans cause connue, il y a neuf mois. Jusque-là elle était toujours, d'après ce qu'elle nous affirme, très-bien portante. La maladie a débuté chez elle par du dégoût des aliments et principalement de la viande ; puis sont survenues des vomituritions, puis encore des vomissements, mais sans pituite proprement dite. Elle vomissait ses aliments au bout de plusieurs heures, quelquefois au bout de deux ou trois jours; enfin, en dernier lieu, après chaque repas, si bien qu'elle en arriva à en diminuer peu à peu la quantité.

A son entrée, nous l'avons mise au lait, cela a peu modifié son état, si ce n'est qu'elle souffre un peu moins. Les pesanteurs continuent, et le lait lui-même est de temps en temps rendu.

Cette femme, maigre, sèche, d'une teinte pâle, jaunâtre, terreuse, a la face grippée, triste et sombre. Elle n'a jamais eu ni hématémèse, ni melæna, ni selles noires. Depuis deux ou trois jours elle a de la fièvre et tousse un peu. Ce matin j'ai trouvé le sommet du poumon gauche moins sonore, ainsi que quelques bulles de râle et un peu d'expiration prolongée; en somme, un peu d'induration pulmonaire. La langue est humide et sans aucun enduit; le ventre n'est pas

déprimé, et au niveau de l'épigastre on sent une tumeur, facile à circonscrire, du volume d'un œuf de poule, un peu irrégulière dans sa forme. Enfin il y a de la constipation.

Quant au malade de la salle des hommes, je dois ajouter qu'il n'a pas de fièvre, qu'il ne tousse pas, que sa poitrine est nette, que le ventre est plus tendu que celui de la femme, enfin que la palpation ne fait découvrir aucune tumeur abdominale, que la rate est un peu volumineuse et mesure 15 centimètres de long, et que le foie déborde un peu les fausses côtes.

En résumé, nous avons chez nos deux malades une affection gastrique accusée par des troubles dyspeptiques.

La dyspepsie tient une grande place dans la pathologie, et, de toute antiquité, on a voulu réduire toute la pathologie aux maladies de l'estomac. Les fonctions gastriques sont de celles qui se troublent le plus aisément et qui retentissent assez rapidement sur les fonctions nerveuses et en particulier sur celles du cerveau; aussi les phénomènes dyspeptiques n'ont-ils que peu de valeur pour nous renseigner sur la nature du mal, et ne sont-ils qu'un avertissement.

De plus, tandis que, pour la plupart des organes malades, en outre des phénomènes subjectifs, nous avons les phénomènes objectifs qui nous renseignent sur l'état de la fonction et celui de l'organe, pour l'estomac il n'en est pas ainsi. Tout d'abord sa délimitation par la sonorité est difficile en raison de sa situation au milieu d'organes sonores, poumons et intestin, pour une partie du moins, le reste de l'organe se trouvant caché sous le foie.

La palpation, bien qu'elle soit un moyen plus précis, ne donne pas toujours cependant des résultats bien certains, surtout s'il n'existe pas de tumeur ou si ses parois ne sont pas indurées. De plus, une partie de l'organe échappe à toute palpation. L'état pathologique peut aussi changer les rapports de l'estomac, si ce n'est pour le cardia qui reste inaccessible, et le déplacement de l'organe peut, dans certains cas, être considérable. L'état des parois abdominales peut aussi faire obstacle à la palpation. En tous cas, celle-ci doit se faire d'une façon très-méthodique et s'exercer, comme la percussion, par l'extrémité des doigts et perpendiculairement aux parois. Elle doit commencer à distance en se rapprochant peu à peu de l'organe suspecté ou de la tumeur à déterminer, de façon à agir par comparaison.

Mais revenons à nos deux malades. Les affections chroniques de l'estomac se réduisent à un petit nombre, quand elles ne sont pas secondaires. Ce sont : 1° la gastrite chronique ou catarrhe gastrique chronique; 2° la gastrite ulcéreuse, et 3° le cancer de l'estomac.

Or chez nos deux malades, toute autre affection viscérale étant éliminée, il nous reste à passer en revue les trois que nous indiquons ici.

La gastrite simple se réduit souvent à des troubles fonctionnels, à moins qu'elle ne se complique de dilatation gastrique. Mais elle peut aussi s'associer, soit à l'ulcération de l'estomac, soit au cancer naissant. On trouve parfois aussi la tumeur cancéreuse développée sur quelque ancienne cicatrice d'un ulcère simple, notamment au niveau de la petite courbure de l'estomac, et le cancer fait suite ainsi à la gastrite ulcéreuse.

La gastrite chronique donne surtout lieu à un sentiment de malaise, de pesanteur, à une sorte d'engourdissement sans douleur vive, et, si la sensation devient très-pénible, ce n'est que plus tard.

Les hémorrhagies sont fréquentes dans l'ulcère simple, et le plus souvent abondantes, d'un sang rouge, rutilant, lorsqu'il est évacué aussitôt qu'il a été épanché, noir au contraire s'il a séjourné un certain temps dans l'estomac. L'épanchement peut même parfois être assez considérable pour donner lieu à une mort foudroyante.

Quant au cancer, la douleur est spontanée ou produite par la pression, mais elle n'est généralement pas très-vive, du moins pendant les premiers temps, et ce n'est que plus tard qu'elle peut devenir parfois assez intense pour conduire au suicide. C'est plutôt une sorte de gêne, de pesanteur. De plus, elle ne survient pas immédiatement après l'ingestion des aliments. Si le cancer donne lieu à quelque hémorrhagie, celle-ci se fait lentement, comme par suintement, et le sang est toujours rapidement altéré par les sucs digestifs, il devient noir comme du marc de café, de la suie ou du chocolat. Les vomissements noirs qui s'ensuivent sont très-importants pour le diagnostic, et le sang doit être reconnu au microscope et au spectroscope.

Dans l'ulcère simple, les vomissements se produisent peu après les repas; dans le cancer, ils surviennent seulement deux ou trois heures plus tard, et les aliments peuvent même séjourner dans l'estomac pendant plusieurs jours, surtout si l'affection a déterminé un rétrécissement du pylore.

Comme autre élément de diagnostic, je dois citer la sensation de la tumeur, mais elle n'est pas constante et n'existe guère que pour le pylore et la grande courbure. On ne saurait avec quelque attention la confondre avec des tumeurs d'autres organes, du foie ou du gros intestin par exemple. Les tumeurs fécales anciennes peuvent aussi donner lieu à quelque hésitation dans le diagnostic; mais un ou plusieurs purgatifs permettraient le plus souvent, dans ce cas, de trancher la question.

L'exploration est rarement le seul et unique élément de diagnostic, car presque toujours vous avez des phénomènes dyspeptiques, surtout du dégoût pour les aliments et notamment pour la viande.

Nous arrivons enfin à l'altération de la santé générale, commune aux trois maladies, gastrite, ulcère et cancer, mais prononcée surtout dans cette dernière affection et se gravant sur la figure par une teinte d'un jaune pâle et terreuse, par des traits grippés, par un aspect triste et maussade, comme chez la malade de la salle des femmes.

Quant à la marche de la maladie, pour le cancer, elle est ordinairement progressive, bien qu'elle présente parfois une suspension momentanée des accidents, par exemple lorsque, à la suite de sphacèle, la masse cancéreuse s'est détachée.

Néanmoins le pronostic du cancer est fatal, car nous ne connaissons jusqu'à ce jour aucun moyen de le guérir. Mais la médecine peut encore avoir quelque action sur les cancéreux, en diminuant leurs souffrances et en atténuant la rapidité d'évolution du mal, par le régime et une sage médication. Par le régime on cherchera à soutenir les forces sans exciter l'estomac, non par un régime sévère comme dans l'ulcère simple ou la gastrite qui peuvent guérir par le système lacté absolu, quelque pénible qu'il soit parfois à certains malades, mais par le lait également en tant seulement que le malade le supporte bien.

Les vomissements, les douleurs vives, le pyrosis, le ballonnement du ventre, exigent une certaine médication. Ce

sera une poudre absorbante contre les gaz qui dilatent l'estomac, poudre de charbon à petite dose, prise à jeun, l'estomac étant dans l'état de vacuité, et non pendant le repas. Contre les vomissements, le froid, la glace, les boissons gazeuses ont peu d'effet, tandis que la noix vomique réussit mieux. Contre les douleurs parfois atroces de l'estomac, nous avons la morphine en injections sous-cutanées et non directement administrée dans l'estomac, qui l'absorbe mal.

Un moyen qui rend quelquefois service même dans le cancer, c'est le lavage de l'estomac, à moins qu'il ne s'agisse de cancer du cardia, où le passage de la sonde présenterait des dangers qui doivent le faire rejeter. Du reste, dans ce cas, l'état de l'estomac ne l'exige pas. C'est dans le cancer du pylore que ce lavage est surtout utile en ce sens qu'il débarrasse l'estomac d'un contenu qui le distend douloureusement, qui finit par s'altérer et irriter la muqueuse stomacale.

HOPITAL DE LA CLINIQUE. — M. Depaul.

Procidence du cordon ombilical.

I

Nous avons eu tout récemment un cas de procidence du cordon ombilical, et j'en profite pour traiter aujourd'hui cette question.

Ce n'est guère que dans les premières années du dix-huitième siècle que l'on a commencé à connaître et à bien apprécier cet accident, peu sérieux en général pour la mère, mais toujours grave pour l'enfant et souvent même mortel pour lui. Quelques auteurs en avaient bien dit quelques mots antérieurement, notamment Paul Portal au dix-septième siècle et Viardel. Aujourd'hui la question est bien connue sous toutes ses phases.

Parmi les travaux modernes nous devons citer, comme l'un des plus complets, la thèse de M. Schuré subie en 1835 à la Faculté de Strasbourg, sous la présidence de M. Stolz, qui l'avait, du reste, inspirée. Cette thèse, intitulée : *De la procidence du cordon ombilical pendant l'accouchement*, renferme tout ce que l'on peut en dire encore aujourd'hui.

Mais qu'est-ce que cette procidence? Dans les conditions ordinaires l'enfant est placé dans la cavité utérine de telle sorte que le cordon, replié une ou plusieurs fois sur lui-même, se trouve situé du côté de la partie fœtale courbée en arc. Sa longueur est suffisante pour que, si les circonstances le favorisent, il puisse s'engager hors de l'utérus, gagner le vagin et pendre même à l'extérieur entre les cuisses de la femme. Il y a aussi procidence non-seulement chaque fois que l'on sent le cordon au-devant des parties fœtales qui se présentent, mais encore lorsqu'il s'engage avec ces parties fœtales et se trouve placé à côté d'elles, circonstance où il fait courir à l'enfant les mêmes dangers.

La procidence peut, dans certains cas, survenir avant la rupture des membranes; cependant c'est généralement après cette rupture que l'accident a lieu; en tous cas le résultat est le même, et la vie de l'enfant dépend alors de la rapidité de l'accouchement. Sa fréquence n'est pas aussi grande que quelques auteurs l'ont prétendu, et, en consultant diverses statistiques, nous trouvons les chiffres suivants : pour Mazzoni, on la rencontrerait une fois sur 15 accouchements, ce qui est une erreur; pour M. Stolz, une fois sur 69; pour Michaelis, une fois sur 92; pour Grégory, une fois sur 98; pour Merrimann, une fois sur 257; enfin Mme Lachapelle l'aurait observée soixante-quatre fois sur 37,895 accouchements, soit une fois sur 592. En réunissant tous ces chiffres, nous arrivons à 226 cas de procidence sur 60,000 accouchements, soit un sur 265.

Pour moi, en vingt années, j'ai eu dans cette clinique 143 faits de procidence du cordon ombilical sur 16,613 accouchements, c'est-à-dire un sur 116. Ces 143 cas de procidence se décomposent ainsi :

116 cas de procidence du cordon seul;
16 cas de procidence du cordon et d'un membre thoracique;
9 cas de procidence du cordon et d'un membre abdominal;
2 cas de procidence du cordon, d'un bras et d'un pied.

Voilà pour la fréquence dans ma pratique hospitalière.

Quant aux causes de cette procidence, un très-grand nombre ont été invoquées. Il y a quelques cas, nous devons le reconnaître, où cette cause nous échappe, mais généralement on la trouve facilement, soit dans une présentation pelvienne ou dans une présentation de l'épaule, soit dans un vice de conformation du bassin de la femme.

On a signalé aussi le petit volume de la tête de l'enfant, toutes les autres conditions étant égales d'ailleurs, ou bien l'accouchement avant terme, ce qui s'expliquera par ce fait que l'enfant ne remplit pas complètement le détroit, et que la tête ne peut pas faire suffisamment l'office de tampon, d'où le cordon peut glisser et s'échapper dans l'intervalle. La procidence d'un membre, pied, main, jambe, peut aussi entraîner avec elle celle du cordon ombilical.

D'autre part, Nægelé, le père, attachait aussi une grande importance à ce qu'il a appelé l'absence de contraction du segment inférieur de l'utérin. Je ne l'ai jamais observée pour ma part, néanmoins cet auteur a une trop grande valeur scientifique pour que je veuille la nier absolument.

L'enroulement du cordon autour du cou a été considéré aussi comme une cause de procidence. En effet, si dans ce cas l'enfant se présente par la tête, le cordon est tout près de la porte de sortie pour s'échapper; il suffit alors qu'il soit assez long pour qu'une anse puisse s'engager, surtout si la tête ne bouche pas complètement le segment inférieur.

Envisager la longueur seule du cordon en elle-même comme une cause de procidence est une erreur : il faut quelque chose de plus pour que celle-ci se produise, telle, par exemple, que la présentation inclinée de la tête soit vers l'une des fosses iliaques, soit vers le bord mousse du bassin, parce que dans ce cas il reste un espace dans lequel le cordon peut glisser.

Une présentation de l'extrémité pelvienne comme cause prédisposante s'explique par la situation plus rapprochée du cordon que lorsqu'il s'agit d'une présentation de la tête; elle s'explique aussi par les formes irrégulières, moins arrondies, qui se présentent alors et obturent moins exactement l'orifice du segment inférieur. De là la facilité pour le cordon de glisser dans les interstices. Ce que je dis de cette extrémité pelvienne peut s'appliquer à la présentation de l'épaule.

Les vices de conformation du bassin ont une influence considérable sur la procidence du cordon, en raison même des irrégularités de forme qu'affectent les os iliaques, de l'ouverture bizarre du bassin qui ne peut plus être aussi

hermétiquement fermée dans toutes ses parties par la tête de l'enfant laquelle, d'autre part, ne peut pas s'engager.

Les insertions vicieuses du placenta, sur le col, par exemple, peuvent être invoquées aussi avec raison comme favorisant la procidence par la situation du cordon, très-rapprochée de la porte de sortie. De même l'insertion du cordon sur les membranes.

Nægelé considérait aussi les nœuds du cordon, qu'il en existât un, deux, trois ou quatre et même davantage, comme une cause prédisposante, en raison du poids ou des nœuds qui entraîneraient alors le cordon.

Enfin les manœuvres obstétricales, soit, par exemple, dans le but de faire la version, peuvent faciliter le glissement du cordon le long de la main qui a pénétré dans la cavité utérine et amener sa sortie au dehors. Mais heureusement, dans ce cas, il n'y a pas grand danger pour l'enfant, l'accouchement ne devant généralement pas tarder à se terminer. Cependant, si celui-ci devait durer quelque temps encore, la vie de l'enfant pourrait être en danger, comme dans les autres faits de procidence.

Le pronostic de la procidence du cordon ombilical est toujours d'une très-grande gravité pour l'enfant, ainsi que les chiffres suivants le prouvent suffisamment. C'est ainsi que Michaëlis compte 20 enfants morts sur 27 procidences; Stolz, 52 sur 56; Schweighæuser, 25 sur 28; la Maternité de Dresde, 21 sur 28, et Lebmacher, 49 morts sur 50 cas. Quant à moi, ma statistique est un peu plus favorable ; je n'ai que 96 morts sur 143 cas de procidence observés dans cette clinique. Je n'en tire aucune vanité, car j'ignore où les auteurs que je viens de vous citer ont pris leurs chiffres; de plus, j'ajouterai que, dans un hôpital où l'on a tout ce qui est nécessaire sous la main, on se trouve dans de meilleures conditions qu'à la ville pour parer à un danger imminent.

Quoi qu'il en soit, la procidence du cordon ombilical est un accident plus que sérieux; elle est d'une très-haute gravité, ainsi que les chiffres que je viens de vous rapporter ont dû certainement vous le démontrer.

LARYNGOTOMIE INTERCRICO-THYROIDIENNE

Par M. Krishaber.

Conclusions. — 1° La laryngotomie intercrico-thyroïdienne a sur la trachéotomie l'avantage d'une extrême facilité d'exécution, en raison de ses deux points de repère fixe, les saillies de la pomme d'Adam et du cricoïde, et en raison de la situation superficielle de la membrane crico-thyroïdienne.

2° La ponction verticale de cette membrane suffit, la peau étant divisée dans une très-courte étendue, pour pénétrer dans l'espace avec une canule *ad hoc*.

3° L'opération peut s'effectuer par le bistouri ou par le thermocautère; celui-ci met toutefois mieux à l'abri de l'hémorrhagie et de la pénétration du sang dans les voies aériennes.

4° Le thermocautère doit être porté au rouge sombre.

5° La division des tissus, lorsqu'on se sert du procédé igné, doit être obtenue par ponctuations successives et non par traînées linéaires de l'instrument afin d'en éviter le rayonnement, les eschares qui peuvent en résulter et les hémorrhagies secondaires qui pourraient se produire lors de la chute des eschares.

6° La canule à bec dispense d'un dilatateur, dont l'emploi serait presque impossible dans l'espace crico-thyroïdien. Le seul point critique de toute ouverture des voies aériennes se trouve ainsi supprimé.

7° La présence indéfinie d'une canule dans l'espace crico-thyroïdien n'altère pas la voix et ne produit aucune lésion des cartilages du larynx.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 avril 1882. — Présidence de M. Hardy.

CORRESPONDANCE

M. le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts transmet l'ampliation du décret par lequel est approuvée l'élection de M. Bucquoy, dans la section de pathologie médicale, en remplacement de M. Maurice Raynaud.

RAPPORT

Amanite bulbeuse. — M. CHATIN, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Vulpian et Dujardin-Beaumetz, lit un rapport sur un ouvrage de M. Boudier (de Montmorency), intitulé: *Des caractères distinctifs des espèces de champignons qui composent le groupe de l'amanite bulbeuse.* M. le rapporteur propose, pour conclusion, d'encourager la double entreprise botanique et médicale de M. Boudier, en décidant que des remerciements lui seront adressés et que son mémoire sera renvoyé au comité de publication.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

COMMUNICATION

Dermatose parasitaire (anguillula). — M. NIELLY, professeur de pathologie exotique à l'École de médecine navale de Brest, présente un jeune mousse de l'*Austerlitz*, âgé de quatorze ans, entré le 4 avril dans son service. Ce jeune mousse est affecté d'une éruption caractérisée par de nombreuses papules ou vésiculo-pustules sur les membres. Au membre supérieur gauche, on voit des papules acuminées, au sommet desquelles on distingue très-nettement à l'œil nu un petit point jaunâtre très-fin ; c'est la mine des nématoïdes que porte l'enfant. Sur le tronc on trouve deux groupes flétris. Aux membres inférieurs, plus particulièrement atteints, l'éruption est très-confluente. En portant le séro-pus sous le microscope, on aperçoit un ou plusieurs nématoïdes analogues aux filarides ou aux anguillules. M. Nielly fait passer sous les yeux des membres de l'Académie un dessin représentant le ver, qui est placé sur l'objectif du microscope déposé dans la bibliothèque et mis à la disposition des assistants. Ce ver incolore, transparent, a des mouvements flexueux, un peu lents, brusques par moments; il mesure 333/1000 de millimètre en longueur, et 13/1000 en largeur à sa partie moyenne.

Des faits exposés dans la note de M. Nielly il ressort qu'il existerait en France une dermatose parasitaire spéciale, soit identique au craw-craw de la côte occidentale d'Afrique, observé en 1875 par O'Nelse, médecin de la marine anglaise, sur des noirs de la côte d'Or, soit spécifique, mais à coup sûr absolument nouvelle pour les observateurs des climats tempérés.

Cette découverte a un double intérêt : 1° un intérêt scientifique; si la maladie est identique au craw-craw, le fait contient une solution précise d'une question de géographie médicale, et le craw-craw n'est pas plus exotique que l'aïnum et la lèpre ; si la maladie n'est pas le craw-craw, il importe de le savoir et de mettre cette dermatose à son rang nosologique, parmi les parasitaires de France ; 2° un intérêt pratique, car les recherches qui restent à faire sont d'ordre hygiénique et d'ordre thérapeutique.

Il faudra rechercher ce parasite dans les milieux habités par les enfants. Il faudra instituer un traitement qui le guérisse et qui par conséquent soit applicable aux autres cas que l'on pourra rencontrer sans doute en Bretagne, et que d'autres médecins, maintenant prévenus, diagnostiquent sans difficulté, soit en Bretagne, soit ailleurs.

M. COLIN (d'Alfort) a observé quelque chose d'analogue chez le chien et le mouton. Il a trouvé des embryons de filaire dans le

sang du chien. La filaire qui produit ces embryons se trouve à l'état adulte dans les cavités du cœur. Ces embryons vivent très-longtemps dans les eaux douces, et M. Colin pense que c'est par les eaux qu'ils s'introduisent dans le sang du chien.

M. BAILLET. On trouve des nématoïdes dans le poumon et dans le cœur, et surtout dans le cœur droit du chien. En même temps qu'on trouve un nématoïde ou un strongle dans les cavités du cœur, on rencontre des œufs dans le parenchyme pulmonaire, et chacun de ces œufs peut devenir le point de départ d'un véritable tubercule. En faisant prendre de ces embryons par les voies digestives, chez le chien, on produit la multiplication de ces strongles dans les voies respiratoires. Chez les chevaux, surtout chez des chevaux venant de Hongrie, un grand nombre de vétérinaires de l'armée ont rencontré des boutons, et dans chacun de ces boutons des embryons de nématoïdes. On a donc également signalé la présence de cette affection chez le cheval et particulièrement chez des chevaux venant de Hongrie.

M. COLIN (d'Alfort) rappelle avoir fait il y a six semaines une communication sur ce sujet à l'Académie des sciences; déjà, en 1866, il avait fait sur ce sujet une première communication. (Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1866.)

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE CHLOROFORME

M. VULPIAN. M. Léon Le Fort, dans la dernière séance, m'a adressé la question suivante : « Voici, a-t-il dit, la question importante que soulève la communication de M. Vulpian. Lorsque nous avons à pratiquer une opération douloureuse, devons-nous nous borner à atténuer la sensibilité sans aller jusqu'à une anesthésie complète, profonde, absolue? Dans le premier cas, nous pouvons peut-être redouter l'apparition plus facile de la syncope; mais, en revanche, si elle survenait, nous aurions plus de chance de la combattre avec succès. Dans le second cas, une syncope accidentelle serait presque à coup sûr mortelle; mais ne pouvons-nous pas espérer qu'en poussant l'anesthésie à fond nous aurons prévenu la syncope en affaiblissant ou en éteignant l'action réflexe due à l'acte opératoire?

C'est pour cette seconde hypothèse, et par conséquent pour l'anesthésie complète, que je me suis prononcé; mais la communication de M. Vulpian me porte à croire que je suis dans l'erreur et que le chloroforme n'éteint pas l'action réflexe sur le cœur et la respiration. »

Pour répondre à cette question, il me faut diviser ma réponse en deux parties : l'une concernant la syncope cardiaque, l'autre la syncope respiratoire. Dans la syncope cardiaque, telle que nous l'avons obtenue dans nos expériences sur les animaux, il y a un acte réflexe complet, c'est-à-dire excitation directe d'un nerf sensitif, transport de cette excitation au bulbe rachidien, et, par son intermédiaire, irritation modératrice s'exerçant sur le pneumogastrique et ayant pour effet l'arrêt du cœur. Il y a donc là un acte réflexe complet; phénomène centripète (excitation du nerf), phénomène central (transport au bulbe rachidien) et phénomène centrifuge (arrêt du cœur).

Dans la syncope respiratoire, il y a une excitation portant sur un nerf sensitif, transportée au bulbe, comme dans le premier cas, mais de là action d'arrêt sur l'arbre respiratoire.

Ce qui fait la gravité de la syncope cardiaque, c'est que le cœur et les ganglions cardiaques d'un animal soumis à un agent anesthésique quelconque, au chloroforme, par exemple, ne sont pas dans leur état normal; le chloroforme, comme tout autre agent anesthésique, agit sur tous les tissus de l'organisme; les ganglions cardiaques sont modifiés, affaiblis; vienne, dans ces conditions, une excitation quelconque, la syncope est à craindre; tandis que, chez l'individu ou l'animal se trouvant dans l'état normal, la syncope n'aura plus les mêmes raisons de se produire, ou, si elle se produit, le cœur, non altéré, nullement modifié, reprendra bien vite son fonctionnement. Donc, chez un animal profondément chloroformisé ou chloralisé, les ganglions cardiaques ont perdu de leur énergie, de leur élasticité fonctionnelle, et ils ont d'autant moins de tendance à reprendre leur fonctionnement régulier; dans ces conditions, le cœur pourra ne plus reprendre ses fonctions.

La seconde question, posée par M. Le Fort, est celle-ci : La syncope cardiaque a-t-elle moins de chances de se produire chez un individu profondément chloroformisé que chez l'individu incomplètement anesthésié? Dans nos expériences de laboratoire, nous ne trouvons rien qui nous permette de répondre catégoriquement à cette question. Ce que je sais, c'est que cette syncope peut avoir lieu chez l'animal profondément endormi; l'action réflexe n'est pas épuisée sous l'influence de l'anesthésie la plus complète. Donc, chez l'animal profondément endormi, la syncope cardiaque peut se produire, et, dans ces conditions, elle est presque toujours mortelle. Voilà ce qu'il faut bien savoir. Heureusement cette syncope cardiaque est extrêmement rare ; si elle était fréquente, aucun chirurgien ne voudrait recourir à la chloroformisation.

Le tableau est bien moins sombre pour la syncope respiratoire; plus l'individu est profondément chloroformisé, plus cette syncope est grave; plus la chloroformisation est profonde, plus la syncope respiratoire est facile, comme le prouve l'expérience suivante. Chez un chien de taille moyenne, je fais injecter 4 grammes de chloral hydraté dans les veines, puis je faradise le bout supérieur du nerf sciatique préalablement sectionné; l'animal s'agite, gémit; sa respiration devient plus fréquente; j'injecte successivement 1, 2, 3 grammes de plus, et chaque fois on faradise le bout supérieur du nerf sciatique; chaque fois même effet, puis bientôt cette excitation d'un nerf périphérique exerce sur le centre respiratoire une action modératrice; la respiration devient plus faible; puis, à un moment donné, elle s'arrête brusquement; le cœur continue à battre encore pendant une ou deux minutes, puis l'animal meurt. Cette expérience montre que la syncope respiratoire est plus facile quand l'anesthésie est plus profonde ; elle est aussi plus grave dans ces cas.

Je réponds donc à la question de M. Le Fort en supposant que les résultats de l'expérimentation soient les mêmes que chez l'homme : Non, il ne faut pas pousser la chloroformisation trop loin. J'ajoute qu'heureusement cette syncope respiratoire, plus fréquente que la syncope cardiaque, est beaucoup moins grave, car on fait presque toujours revenir les chiens à la vie par la respiration artificielle.

Je profite de cette occasion pour revenir sur une erreur que je regrette d'avoir commise. J'ai cru, un moment, que dans ces cas la faradisation des nerfs pouvait faciliter le retour à la vie; or, d'après ce que nous avons appris sur l'influence de l'excitation d'un nerf périphérique, en pareil cas, nous voyons qu'on va ainsi à l'inverse de ce qu'on veut obtenir, les excitations périphériques exerçant une action modératrice sur le bulbe. Il ne faut donc pas recourir à la faradisation; il faut faire la respiration artificielle pendant un temps suffisamment long, dix à vingt minutes. L'économie se vide ainsi peu à peu du chloroforme dont elle est imprégnée, pendant qu'en même temps on entretient la respiration.

Je me résume donc en répondant ainsi à la question de M. Le Fort : Pour ce qui concerne la syncope cardiaque, elle peut survenir chez les individus profondément chloroformisés, et elle est presque toujours mortelle ; quant à la syncope respiratoire, elle arrive également chez les sujets profondément endormis ; elle est beaucoup plus fréquente que la syncope cardiaque, mais, avec des soins éclairés, on peut très-facilement la faire cesser par la respiration artificielle.

M. COLIN (d'Alfort). Dans l'anesthésie, il est des accidents difficiles à expliquer : c'est cette asphyxie ou cette syncope qui survient un grand nombre d'heures après la cessation de l'anesthésie. J'ai essayé de rappeler des chiens ainsi asphyxiés à la vie, je n'ai jamais pu y parvenir. Chez le chat, par exemple, on obtient facilement l'anesthésie pendant trente-huit heures ; mais, quand elle se termine, l'animal meurt. Comment M. Vulpian explique-t-il ces faits?

M. MAURICE PERRIN croit que la communication de M. Vulpian doit jeter un grand trouble dans l'esprit des chirurgiens. Depuis trente ans, en effet, tous sont d'accord sur ce fait que les accidents

se produisent pendant le labeur d'une chloroformisation incomplète. Si l'on consulte, en effet, les statistiques de la mortalité par le chloroforme, on voit qu'il s'agit d'accidents arrivés chez les dentistes ou entre les mains de chirurgiens timides qui ont commencé l'opération avant l'anesthésie complète; on a bien aussi relevé un certain nombre d'accidents survenus pendant la période d'anesthésie complète, mais ils sont extrêmement rares comparativement aux autres. Tous les chirurgiens admettent donc aujourd'hui que la période de chloroformisation pendant laquelle, chez l'homme, le chloroforme est le moins dangereux est celle qui a été désignée sous le nom de période de tolérance et qui se traduit par des signes physiologiques bien connus, tels que le ralentissement du pouls, la diminution et la régularisation de la fonction respiratoire, la résolution du système musculaire, la contraction de la pupille, l'absence du réflexe palpébral, etc. Or, comment concilier ces données de la clinique avec les données de la physiologie expérimentale?

J'ai fait, dit M. Perrin, un grand nombre d'anesthésies sur les animaux, et j'ai toujours observé une régularité parfaite tant qu'on n'excite pas les nerfs de la sensibilité, comme dans l'expérience de M. Vulpian.

Nous avons chez l'homme une syncope, un état de mort apparente, se produisant sous l'influence de la vue du sang, par exemple chez les individus les plus fortement constitués; il y a là des causes d'ordre moral et d'ordre physique qui n'existent pas chez les animaux. J'ai été surpris d'entendre M. Vulpian employer l'expression de syncope respiratoire. Je crois qu'il faut réserver ce mot de syncope à l'arrêt du cœur; la syncope, chez l'homme, étant un accident parfaitement déterminé, parfaitement reconnu comme dépendant d'un arrêt momentané des fonctions du cœur.

M. VULPIAN répond à M. Colin qu'il a vu ces accidents tardifs de la chloroformisation ou de la chloralisation; ils tiennent à une véritable intoxication et peuvent s'expliquer par une action générale de l'anesthésique sur tous les tissus.

A M. Perrin, M. Vulpian fait observer qu'il a eu soin de dire qu'il parlait de physiologie et non de chirurgie. Il faut tenir compte des différences qui existent entre ce qui se passe chez l'homme et ce qui a lieu chez les animaux. Mais, si l'on interroge les chirurgiens, ils s'accordent tous à dire que la chloroformisation se passe bien rarement sans incidents, sans alertes; que c'est toujours une intoxication très-grave, et que c'est grâce aux soins qu'ils y apportent qu'il n'arrive pas plus d'accidents.

Je ne défendrai pas autrement le mot de syncope respiratoire; je ferai cependant observer qu'il ne s'agit pas là d'asphyxie, mais d'un phénomène absolument comparable à celui de l'arrêt du cœur. Au fond de la syncope cardiaque, il y a une suspension brusque des excitations nerveuses du cœur; qu'y a-t-il au fond de la syncope respiratoire? Un arrêt brusque du fonctionnement du centre excitateur de la fonction respiratoire. Les deux phénomènes sont absolument comparables.

M. MAURICE PERRIN. M. Vulpian pense-t-il que, dans les conditions dont je viens de parler, les chirurgiens doivent attendre, pour opérer, cette période de tolérance?

M. VULPIAN. Oui, dans les conditions où vous vous trouvez chez l'homme.

M. ALPHONSE GUÉRIN ne comprend pas la persistance d'une action réflexe chez un malade profondément endormi par le chloroforme, pour ainsi dire à l'état de cadavre.

M. VULPIAN. Il faut bien que le bulbe ait conservé son pouvoir réflexe puisque l'individu continue à respirer. En outre, il est facile de démontrer que, même chez l'animal ou l'individu ainsi profondément endormi, la moelle a conservé sa conductibilité centripète, puisqu'on peut diminuer la respiration par l'excitation du bout supérieur du nerf sciatique, comme cela a lieu dans l'expérience que j'ai fait connaître.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique, M. le professeur Vulpian, ancien doyen, a été nommé doyen honoraire.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Charpentier, agrégé, est chargé, pendant le deuxième semestre de l'année 1881-1882, d'un cours de clinique d'accouchements pour les élèves sages-femmes.

M. Rondeau (Pierre) est nommé, du 1er janvier au 1er novembre 1882, préparateur des travaux pratiques de physiologie, en remplacement de M. Wiet, dont le temps d'exercice est expiré.

M. Dassy (Ferdinand) est maintenu, pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1881-82, dans les fonctions de préparateur des travaux pratiques de physiologie.

MM. Gley et Pignol sont délégués pour un an, à dater du 16 mars 1882, dans les fonctions de moniteurs des travaux pratiques de physiologie, en remplacement de MM. Bordreau, décédé, et Rondeau, dont le temps d'exercice est expiré.

— *Collège de France.* — M. le professeur Brown-Séquard commencera son cours de médecine opératoire le mardi 19 avril 1882, à deux heures et demie, et le continuera les jeudis et mardis suivants à la même heure.

Il traitera, pendant les leçons du second semestre de l'année scolaire, de l'influence des irritations périphériques sur l'encéphale et d'autres parties de l'organisme.

— *Faculté des sciences de Montpellier.* — M. Amat, licencié ès sciences, préparateur de chimie, est chargé, en outre, du 1er avril au 1er novembre 1882, des fonctions de chef des exercices pratiques de chimie.

— M. Lagarde, agrégé des sciences, est chargé, du 1er avril au 1er novembre 1882, des fonctions de chef des exercices pratiques de physique.

— M. le professeur Germain Sée recommencera ses leçons de clinique médicale, à l'Hôtel-Dieu, le lundi 17 avril 1882, à neuf heures du matin, et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Les leçons du lundi seront consacrées à l'étude du diagnostic, celles du mercredi aux expérimentations par M. le docteur Bochefontaine, et celles du vendredi à la thérapeutique.

— M. le docteur Charles Mauriac, reprendra, à l'hôpital du Midi, ses leçons cliniques sur les maladies vénériennes, le samedi 22 avril, à neuf heures du matin, et les continuera les samedis suivants, à la même heure.

— La Société française d'hygiène reprendra ses séances de vaccinations et de revaccinations *gratuites* le mardi 18 avril de midi, à une heure, dans la salle du rez-de-chaussée de la Société d'encouragement pour l'industrie nationale, 44, rue de Rennes.

On sait que ce service, alimenté par les deux vaccins (vaccin d'enfant ou jennérien et vaccin de génisse), a toujours été vivement apprécié par la population parisienne.

— M. le docteur Liétard, vient d'être nommé médecin-inspecteur des eaux de Plombières, en remplacement de M. le docteur Verjon, démissionnaire, nommé médecin-inspecteur honoraire.

— Nous apprenons la mort du célèbre professeur d'accouchement de l'Université de Dublin, président du Collège des chirurgiens, Edward Sinclair, décédé à l'âge de cinquante-huit ans.

— Le docteur Krapf, qui passa quinze années en Afrique, où il explora les monts Kilimanjaro et découvrit le lac Nyassa, vient de mourir à l'âge de soixante-et-onze ans.

— Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Catel, nouvelle victime du devoir professionnel, qui vient de succomber, à l'âge de trente-cinq ans, à la scarlatine contractée au chevet de jeunes enfants atteints de cette affection.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 12666.

N° 44. — SAMEDI 15 AVRIL 1882. 55e ANNÉE. SAMEDI 15 AVRIL 1882. — N° 44.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

Paris, le 14 avril 1882.

Nous recevons de M. le docteur Armand Desprès, chirurgien à l'hôpital de la Charité, la lettre suivante que nous nous empressons de porter à la connaissance de nos lecteurs :

« Paris, le 11 avril 1882.

MON CHER DIRECTEUR,

Le conseil de surveillance des hôpitaux vient d'émettre, par 9 voix contre 7, un avis favorable à la laïcisation de l'hôpital Tenon et de l'hôpital de Lourcine. Le directeur de l'Assistance publique et la majorité du conseil de surveillance, au mépris de l'opinion motivée de la grande majorité des médecins et chirurgiens des hôpitaux, ont tenu sans doute à satisfaire le conseil municipal. Ils ont même refusé tout examen de la question, tant ils étaient pressés.

Voilà donc ce que M. le directeur de l'Assistance publique et la majorité du conseil de surveillance ont trouvé pour remédier au manque de lits dans les hôpitaux. Il va falloir créer à l'hôpital Tenon et à l'hôpital de Lourcine plus de trente logements d'employé de trois chambres au moins pour les laïques, au lieu et place de salles de malades.

Le gouvernement sincèrement républicain de notre pays, qui, dans ses prisons et ses hôpitaux militaires, conserve les religieuses qui assurent un service propre, honnête et à bon marché, ne peut avoir un autre poids et une autre mesure pour les hôpitaux civils. Il est peut-être temps qu'il avise ou qu'il rende l'autonomie aux hôpitaux.

Il faut espérer que M. le directeur de l'Assistance publique tiendra compte de la respectable minorité qui s'est prononcée contre la laïcisation des deux hôpitaux menacés, et du résultat peu flatteur obtenu dans les hôpitaux laïcisés, Saint-Antoine et la Pitié. Il y eût eu de la part de l'administration une certaine droiture à signaler le gaspillage contre lequel il a fallu qu'on se prémunît à l'hôpital Saint-Antoine, et les accouchements de surveillantes laïques ou les maladies de leur famille qui ont entravé le service de la Pitié.

Vos lecteurs m'excuseront de parler encore sur ce sujet, mais ils comprendront mon intervention quand ils sauront que j'ai été longtemps chirurgien de l'hôpital de Lourcine. Pendant six ans, chaque jour, j'ai constaté que dans cet établissement le service ne pouvait être fait que par des religieuses. J'ai, sur ce point, une compétence qui échappe à M. le directeur de l'Assistance publique. L'expérience, j'en suis sûr, le montrera à l'administration pour peu qu'elle veuille bien voir la vérité. Il faut supprimer l'hôpital de Lourcine et disséminer les vénériennes dans les grands hôpitaux, ou laisser les religieuses à cet hôpital.

Dr Armand DESPRÈS,
Chirurgien à l'hôpital de la Charité, etc.

P. S. — Puisque l'occasion se présente, je voudrais aussi informer le public d'un procédé d'intimidation qui a été essayé pour assurer le succès de la laïcisation des hôpitaux. M. le directeur de l'Assistance publique aurait dit, l'année dernière, aux deux médecins qui nous représentent au conseil de surveillance : « Nous ne décorerons aucun des médecins et chirurgiens qui ont signé la lettre pour le maintien des sœurs. »

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Des adénites et des adéno-phlegmons du cou dans la scarlatine.

Depuis quelque temps tous les praticiens ont pu remarquer un accroissement sensible du nombre des scarlatines et un accroissement dans leur gravité. Il y a longtemps qu'on a remarqué et signalé l'énorme différence qui existait sous ce rapport entre la France et l'Angleterre, où, comme tout le monde le sait, la scarlatine est une des maladies les plus communes. Cette différence semble tendre de plus en plus à s'effacer. Il suffit, pour s'en assurer, de jeter un coup d'œil sur les bulletins hebdomadaires des décès et sur les rapports trimestriels de la commission des maladies régnantes de l'année dernière et de l'année courante, pour voir s'accentuer de plus en plus cette augmentation, portant à la fois sur le nombre et sur l'intensité. Cette circonstance, très-digne d'attention, donne à nos yeux un intérêt tout particulier aux recherches cliniques et anatomo-pathologiques dont cette maladie vient d'être récemment l'objet. C'est à ce titre que notre choix s'est porté, pour le premier article de cette Revue, sur un travail de M. le docteur L. Arène sur les adénites et les phlegmons de la région cervicale dans l'angine diphthéritique et dans la scarlatine.

Les matériaux de ce travail ont été recueillis dans le service de M. le docteur Cadet de Gassicourt, à l'hôpital Sainte-Eugénie. Nous en résumerons quelques-uns des points principaux, qui touchent plus particulièrement à l'histoire de la scarlatine.

On trouve, dans la scarlatine comme dans la diphthérie, trois degrés de l'inflammation ganglionnaire : induration, ramollissement et suppuration. Au point de vue histologique, les ganglions sont d'abord hypertrophiés et durs, rougeâtres à la coupe, avec des traces de piqueté hémorrhagique. Bientôt ils se ramollissent, prennent l'aspect de la rate, et par le raclage laissent sourdre un suc laiteux contenant des globules lymphatiques et des cellules épithéliales à noyaux multiples. Un degré de plus, et les fibres réticulées du stroma conjonctif sont détruites en même temps que les cellules lymphatiques se réunissent en petits îlots purulents se fusionnant à leur tour pour former des foyers plus ou moins volumineux.

Quelquefois l'altération des ganglions s'arrête au premier ou au second stade, ou bien elle se montre en même temps à des degrés différents, dans chaque groupe particulier. Ainsi, dans l'une des observations recueillies dans le service de M. le docteur Cadet de Gassicourt et rapportées dans ce travail, il s'agit d'un enfant de huit ans qui avait présenté au moment de l'éruption scarlatineuse un engorgement ganglionnaire énorme des deux côtés du cou ; au moment de la desquamation, il eut de la diphthérie nasale et angineuse avec gonflement énorme sous-maxillaire abcédé et suivi, après son ouverture, d'une hémorrhagie mortelle. Chez cet enfant, les ganglions supérieurs sous-sterno-mastoïdiens ont été trouvés ramollis à l'autopsie, tandis que ceux du creux sus-claviculaire étaient consistants, hypertrophiés et non purulents. Chez un autre petit malade âgé de neuf ans, qui, après avoir eu un sphacèle énorme du cou, disséquant jusqu'aux muscles, avait succombé à une complication pulmonaire, tous les ganglions cervicaux latéraux étaient infiltrés de pus.

Le tissu cellulaire a présenté, suivant les cas, tous les degrés de désorganisation, depuis l'hyperémie et la tuméfaction, avec simple épanchement de lymphe plastique, jusqu'à la fonte purulente et au sphacèle total.

La complication la plus redoutable qui frappe le tissu cellulaire, dans les cas malins, est sans contredit la gangrène, dont les auteurs ont rapporté des cas assez fréquents.

Les aponévroses résistent plus longtemps aux altérations ambiantes. Dans l'un des cas rapportés par M. L. Arène, on voit cependant l'aponévrose superficielle perforée au niveau du tendon sternal du muscle sterno-mastoïdien, permettant au pus de passer jusqu'au-dessous de la clavicule.

Parmi les désordres anatomiques consécutifs au sphacèle du tissu cellulaire, dont M. Arène a relevé des exemples, nous citerons la dissection des muscles et leur infiltration purulente, que nous avons déjà signalées ; l'ulcération de la jugulaire ; l'injection des tuniques de la carotide ; la dissection des nerfs, et en particulier la mise à nu du pneumogastrique ; la fusion du pus jusqu'à la colonne vertébrale ; la propagation directe du travail inflammatoire et suppuratif à la plèvre et même au péritoine.

M. Arène n'a jamais vu survenir, même dans les cas les plus graves, de véritables parotidites, mentionnées cependant par beaucoup d'auteurs ; il a toujours retrouvé, dans les autopsies qu'il a faites, les parotides intactes au milieu des désordres les plus étendus et les plus effroyables.

Malgré tout l'intérêt que pourrait présenter la poursuite de cette étude anatomo-pathologique en la portant sur le terrain des conditions étiologiques (anatomiques et nosologiques) du développement de ces adénites, passons à l'étude des points de vue symptomatique, diagnostique, pronostique et thérapeutique.

Au point de vue des symptômes et de leur marche, le bubon scarlatineux présente des caractères intéressants et variés. Il y a, en général, un certain rappport entre les symptômes généraux de la scarlatine, les symptômes de la pharyngite et l'engorgement cervical, mais ce rapport souffre des exceptions suivant les épidémies. Le moment d'apparition de ce bubon peut être soit à l'invasion, soit pendant ou après l'éruption. Le bubon peut se terminer par résolution, par suppuration diffuse ou en foyers, par gangrène ; dans ces deux derniers cas, la mort survient parfois subitement après des hémorrhagies par la plaie cutanée, consécutivement à des ulcérations, soit de la carotide externe, soit de la veine jugulaire interne au voisinage du bubon.

Au point de vue du pronostic, M. Arène a cherché la solution des deux questions suivantes : 1° Étant donnés les débuts d'une scarlatine, peut-on trouver, soit dans l'éruption, soit dans l'angine, soit dans les phénomènes généraux, des indications sur l'évolution ultérieure de l'engorgement cervical ? 2° Le bubon malin étant constitué, quelle est son influence sur la marche de l'affection générale, et réciproquement ?

A ces questions, il répond par la proposition générale suivante, formulée par M. Cadet de Gassicourt dans ses leçons, et qui s'applique également aux bubons diphthéritiques et aux bubons scarlatineux : « Pour établir sûrement le pronostic, il ne faut pas se contenter d'un seul signe, mais les interroger tous les uns après les autres, telle lésion pouvant paraître grave ou bénigne au début et s'amender ou s'aggraver par la suite sans qu'on puisse toujours le prévoir. C'est donc de l'ensemble des symptômes et non de tel ou tel en particulier que l'on doit tirer un pronostic. »

L'auteur s'est demandé aussi si l'engorgement ne présentait pas intrinsèquement un caractère de malignité, et il a cru le trouver dans la prise de possession du tissu cellulaire par l'inflammation, surtout lorsqu'elle prend le caractère diffus.

Le traitement du bubon scarlatineux se borne à en favoriser la résolution, tant qu'il y a lieu de l'espérer, à l'aide de cataplasmes émollients, en même temps qu'on agira sur le pharynx par des gargarismes de même espèce ou légèrement astringents.

Mais, dès que le bubon est en suppuration et que le gonflement, diffus jusque-là, présente un point saillant manifestement ramolli, il faut inciser pour donner issue au pus. On a à choisir pour l'ouverture de ces phlegmons, entre les ponctions capillaires avec l'appareil aspirateur de Dieulafoy, le séton ou l'incision avec le bistouri. C'est cette dernière méthode qui est usitée dans le service de M. Cadet de Gassicourt. Si l'on s'aperçoit, ce qui a lieu souvent, que l'abcès se compose de deux cavités, l'une superficielle sous-cutanée, l'autre profonde sous-aponévrotique, réunies par un trajet étroit, on débride le trajet fistuleux, et on y introduit une mèche ou un drain que l'on renouvelle plusieurs fois par jour.

L'engorgement chronique persiste-t-il après la disparition de l'affection générale, si le bubon est frappé de gangrène, on a recours aux débridements, injections détersives et

tations sous-périostées, et les progrès réalisés par le pansement de Lister lui permettent de revenir à ses premières idées sur ce sujet.

M. TRÉLAT fait observer que M. Ollier est beaucoup moins adversaire des amputations sous-périostées qu'on ne le croyait d'après ses dernières communications. Il se trouve d'accord avec lui sur la plupart des points, et rappelle l'opinion qu'il émettait déjà sur cette question dans un rapport lu à la Société en 1863, sur les résultats de la désarticulation sous-périostée du coude. En résumé ces opérations sont avantageuses pour les motifs suivants : 1° chances possibles de régénération osseuse selon l'âge, l'individu, le genre d'opération, la cause qui l'a nécessitée ; 2° sécurité opératoire absolue ; 3° l'opération achevée, on a une seule gaine périostique au lieu d'une série de tissus tranchés.

M. DESPRÈS maintient l'opinion qu'il a exprimée dans la dernière séance. Il ne conteste pas que le périoste soit facile à décoller dans les cas de tumeurs blanches ; mais il conteste que cela soit possible ou facile sur les os sains ; il ne croit pas, dans ces cas, que le périoste conserve ses propriétés de reproduction osseuse. On ne peut pas décoller le périoste avec ce qu'il serait surtout nécessaire de conserver. Avec le détache-tendon, M. Ollier prend une certaine partie d'os, mais lui-même ne saurait avoir la prétention de conserver le périoste intact. C'est là un trompe-l'œil dont il faut que les chirurgiens soient prévenus. Il n'est pas possible, sur un os sain, de décoller le périoste comme on le décolle chez de jeunes sujets ou chez des sujets scrofuleux.

Pendant la guerre, M. Desprès a pratiqué sur un jeune artilleur de vingt-deux ans une amputation sous-astragalienne ; comme il y avait un épanchement de sang abondant entre le calcanéum et l'os, il enleva le calcanéum. Quelque temps après, il apprenait du médecin qui suivit le malade que ce calcanéum s'était reproduit. Or M. Desprès n'avait cherché en aucune façon, dans cette opération, à conserver le périoste. C'est dire que, chez les individus jeunes, on obtient facilement, quoi qu'on fasse, la reproduction osseuse.

M. TRÉLAT fait observer que M. Desprès a répété les mêmes arguments que dans la précédente séance, et qu'il lui a été répondu.

M. BERGER croit, comme M. Desprès, que dans cette question il faut établir une distinction essentielle entre les cas pathologiques et les cas traumatiques. Sur le cadavre, ce décollement du périoste est extrêmement difficile sur la diaphyse des os longs ; chez le vivant, il jouit d'une extrême rétractilité.

M. OLLIER se trouve d'accord avec M. Trélat. Il dit à M. Desprès qu'il a répondu autrefois aux objections qu'il vient de renouveler. Il a montré, au Val-de-Grâce, sur des coudes broyés par des balles de chassepot, que, même dans ces conditions, on peut conserver une gaine périostique. Dans les cas les plus défavorables, en procédant doucement, en se servant d'une rugine bien tranchante, pouvant mordre sur l'os, on peut toujours arriver à créer une manchette périostique. Il ne faut pas exagérer ces difficultés opératoires. Dans les amputations traumatiques, si on attend seulement vingt-quatre heures avant de pratiquer l'amputation, on trouve déjà le périoste vascularisé, épaissi, dans les conditions où le veut M. Desprès. Chez les enfants, il faut craindre qu'une manchette périostique trop longue ne donne lieu à la formation d'ossifications exubérantes.

Épithélioma lingual ; — influence d'un érysipèle. — **M. PAMARD** (d'Avignon) rapporte l'observation d'un malade chez lequel il a pratiqué l'ablation avec le thermocautère d'un épithélioma ulcéré, occupant la moitié droite de la langue. Trois mois après apparut une récidive dans les ganglions sous-maxillaires du côté gauche. Cette tumeur augmenta rapidement de volume ; bientôt le malade ne pouvait plus que difficilement ouvrir la bouche, lorsqu'il fut pris d'un érysipèle de la face qui se propagea au cuir chevelu, à la région thoracique, et qui, pendant dix jours, mit sa vie en danger. A la suite de cet érysipèle on constata une disparition presque complète de la tumeur ganglionnaire ; le malade put ouvrir la bouche et se croyait définitivement guéri, mais bientôt apparut une nouvelle végétation sur laquelle M. Pamard fit une injection de papaïne qui n'eut pour effet que d'amener la gangrène ; le malade ne tarda pas à entrer dans la période de cachexie, et il succomba assez rapidement.

Cette observation est intéressante à trois points de vue : la récidive du côté opposé, l'influence résolutive de l'érysipèle, et les fâcheux effets de la papaïne.

M. DELENS a observé un fait analogue. Il s'agissait d'un énorme encéphaloïde du sein, inopérable ; la malade eut un érysipèle à la suite duquel on vit fondre cette masse énorme, si bien qu'une quinzaine de jours après il ne restait plus qu'une plaie bourgeonnante de bon aspect, mais la reproduction ne se fit pas longtemps attendre et la mort survint rapidement.

M. OLLIER a vu des tumeurs cancéreuses diminuer sous l'influence non-seulement de l'érysipèle, mais aussi d'autres maladies éruptives.

Élongation des deux nerfs optiques. — **M. PAMARD**, dans un cas d'atrophie des deux papilles accompagnée de vertiges, de douleurs telles que le malade voulait se suicider, se décida à tenter l'élongation des deux nerfs optiques. Le malade étant chloroformisé, il arriva sur le nerf par le procédé adopté pour la résection ; du côté gauche il attira le nerf jusqu'au niveau du rebord orbitaire, sans accident particulier ; du côté droit, le nerf se rompit. Cette opération fut suivie d'une dilatation considérable des deux pupilles, puis d'une contracture qui dura vingt-quatre heures, puis enfin d'une dilatation moyenne. Le malade avait retiré quelques bénéfices de l'opération quand, un mois après, il mourut subitement dans un accès de toux.

Goître exophthalmique. — **M. NEPVEU** fait un rapport sur une communication de M. Bouilly relative à l'ablation d'un goître exophthalmique suivie de mort soixante-cinq heures après l'opération par médiastinite infectieuse aiguë.

M. TILLAUX rappelle avoir conseillé, pour éviter cette complication dans la thyroïdectomie, de pratiquer la décortication de la tumeur sans ouvrir sa capsule et en restant ainsi dans la loge du cou ; on a ainsi une barrière résistante qui permet d'éviter la propagation du pus au médiastin.

La séance est levée.

PRÉFECTURE DE POLICE.

SERVICE MÉDICAL DE NUIT DANS LA VILLE DE PARIS.

Statistique du 1er janvier au 31 mars 1882.

Par M. le docteur PASSANT.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	TOTAL
1er	21	19	5	45
2e	26	24	1	51
3e	37	28	7	72
4e	36	42	13	91
5e	26	35	15	76
6e	24	33	6	63
7e	15	22	10	47
8e	10	7	3	20
9e	25	31	1	57
10e	52	45	14	111
11e	63	97	31	191
12e	29	39	20	88
13e	33	66	31	130
14e	61	62	30	153
15e	41	65	22	128
16e	13	16	5	34
17e	48	71	23	142
18e	39	77	28	144
19e	43	48	15	106
20e	65	129	35	229
	707	956	315	1978

MALADIES OBSERVÉES.

A. — Angines et laryngites.	151	**E.** — Affections cérébrales. Paralysies	94
Croup	69	Convulsions. Éclampsie	81
Coqueluche	5	Névralgie	48
Otite	2	Névroses	84
Corps étranger de l'œsophage	2	Épilepsie	37
B. — Asthme	54	Aliénation mentale	10
Affections du cœur	63	Alcoolisme, delirium tremens	27
Bronchites aiguës et chroniques	125	Tétanos	1
Pleuro-pneumonie	86	**F.** — Rhumatisme	21
Congestion pulmonaire	25	Affections éruptives	44
C. — Affections et troubles gastro-intestinaux	145	Fièvre intermittente	4
Cholérine	9	Fièvre typhoïde	29
Dysentérie	2	Hémorrhagies de causes internes et externes	61
Athrepsie	7	Sclérème	1
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines	58	Érysipèle de la face	7
Hernie étranglée	21	**G.** — Plaies, contusions	108
Rétention d'urine	17	Fractures, luxations, entorses	59
Imperforation du prépuce	1	Brûlures	6
Orchite	1	Empoisonnements	14
Chute du rectum	1	Asphyxie par le charbon	6
D. — Métrite. Métro-péritonite	39	Suicide	4
Métrorrhagie	36	**H.** — Mort à l'arrivée du médecin	58
Fausse couche	69		
Accouchement. Délivrance.	186	Total	1978

La moyenne des visites par nuit est de 21 97/100. Pour le trimestre correspondant de l'an dernier elle était de 19 66/100.

Visites du premier trimestre de 1881	1,770
Visites du premier trimestre de 1882	1,978
Différence en plus	208

Les hommes entrent dans la proportion de 36 p. 100;
Les femmes — — 48 —
Les enfants — — 16 —

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1882.

128. M. Petit. De la valeur clinique des symptômes fournis par les ulcérations intestinales. — 129. M. Gautier. De l'absinthisme chronique. — 130. M. Gruet. Étude clinique sur les troubles intellectuels dans l'ataxie locomotrice progressive. — 131. M. Lafaye. Contribution à l'étude du rhumatisme cardiaque d'emblée. — 132. M. Leclercq. De la thérapeutique des fractures transversales de la rotule. — 133. M. Beclere. Contribution à l'étude de la contagion, à l'hôpital des Enfants. De la contagion de la rougeole. — 134. M. Corbeil. Du traitement des abcès froids par le grattage. — 135. M. Peyramaure-Duverdier. Des dépressions et fistules cutanées congénitales de la région coccygienne. — 136. M. Longevialle. De l'influence de l'arsenic sur le diabète. — 137. M. Dive. De la paralysie infantile et de son traitement par l'électricité. — 138. M. Demnler. Étude sur les pneumonies infectieuses. — 139. M. de Vlaccos. Du traitement des hémorrhagies puerpérales.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le docteur Monthus est nommé médecin de l'état civil du cinquième arrondissement de Paris.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — Par divers arrêtés ministériels, sont nommés : M. le docteur Serre, agrégé, pour suppléer M. le professeur Courty dans la chaire de clinique chirurgicale ; M. le docteur Tédenat, agrégé, pour faire le cours auxiliaire de pathologie externe ; M. le docteur Mossé, agrégé, pour celui de pathologie interne, et M. Planchon (Louis) pour remplir les fonctions d'aide-botaniste.

M. Guibal (Charles-Henri-Marie-Raymond) est institué, pour une période de trois ans, chef de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Bloc, dont le temps d'exercice est expiré.

— *Hôpitaux de Montpellier.* — A la suite d'un brillant concours, MM. Tapie et Bonnafous ont été nommés internes titulaires, et M. Amblard, interne suppléant.

Le concours de l'externat des hôpitaux aura lieu le lundi 24 avril 1882.

— Un concours pour un emploi de chef des travaux chimiques sera ouvert, le 30 octobre 1882, à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

— *École pratique.* — M. le docteur Jalaguier, prosecteur, fera, avec le concours de six aides d'anatomie et sous la direction de M. Farabeuf, chef des travaux anatomiques, sa première démonstration d'exercices opératoires le lundi 17 avril 1882, à une heure précise, dans le pavillon nº 7 de l'École pratique (rue Vauquelin).

M. le docteur Reynier, prosecteur, fera, dans les mêmes conditions, sa première démonstration le même jour et à la même heure dans le pavillon nº 3 de ladite École pratique.

M. le docteur Dareste commencera ses conférences d'embryogénie et de tératologie le mardi 18 avril 1882, à quatre heures du soir, et les continuera les samedis suivants à la même heure, dans le laboratoire d'embryogénie de l'École pratique, bâtiment Dupuytren.

— M. le professeur Charcot commencera ses leçons cliniques sur les maladies nerveuses le dimanche 23 avril 1882, à neuf heures et demie du matin, dans le grand amphithéâtre de la Salpêtrière, et les continuera les dimanches suivants, à la même heure. — Une conférence clinique aura lieu tous les jeudis, à neuf heures et demie du matin, dans les salles des malades. — MM. les étudiants sont priés de se munir de leur carte.

— M. le docteur Gouguenheim commencera, à l'hôpital Lourcine, le lundi 17 avril, à neuf heures et demie, des leçons de syphiliographie et de laryngologie, et les continuera les jeudis et lundis suivants à la même heure.

— La distribution solennelle des récompenses de la *Société contre l'abus du tabac* aura lieu dimanche 16 avril, à deux heures précises, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, sous la présidence de M. H. Bouley (de l'Institut).

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

— *Avis.* — Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature qu'elle soit.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 12732.

N° 45. — MARDI 18 AVRIL 1882. 55e ANNÉE. MARDI 18 AVRIL 1882. — N° 45.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

L'aphasie et les aphasiques (1).

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE. CLINIQUE. ÉTAT MENTAL. MÉDECINE LÉGALE.

III

Les détails dans lesquels je viens d'entrer sont relatifs exclusivement aux troubles de la parole. Il nous reste à poursuivre pour le *langage écrit* la même étude analytique que celle à laquelle nous venons de nous livrer, au sujet des désordres du langage articulé.

Là encore nous allons retrouver, intéressées isolément ou simultanément, les deux ordres d'opérations : centripète (interprétation des signes, lecture) ou centrifuge (reproduction de ces signes écrits, écriture) sur lesquelles j'ai précédemment attiré votre attention.

Pour faciliter l'intelligence de la description, je choisirai autant que possible, comme précédemment, des cas simples, quitte à revenir par la suite sur ceux qui sont complexes.

1° Supposons en premier lieu un trouble portant uniquement sur les opérations centripètes, c'est-à-dire sur celles qui concourent à l'interprétation du signe écrit ; nous aurons alors un malade chez lequel l'intelligence est conservée au moins partiellement, dont l'organe de la vision n'est pas troublé, qui voit encore et distingue les objets, qui peut s'exprimer par la parole et même par écrit (les opérations centrifuges sont supposées intactes); mais qui est incapable de lire les caractères écrits ou imprimés, quelles que soient leur grandeur et leur forme, qu'ils aient été tracés par une main étrangère ou, ce qui est plus curieux, par la propre main du malade. C'est, en un mot, l'*impossibilité de la lecture* (mentale ou à haute voix), la *cécité des mots*, suivant l'expression de Kussmaul, qui a décrit le premier ce trouble.

Avant d'aller plus loin, laissez-moi vous en rapporter un très-intéressant exemple, qui fixera bien vos idées sur le sujet. Il s'agit d'un malade observé encore par Trousseau.

(1) Suite. — Voir le numéro du 4 avril 1882.

« Voici, dit cet auteur, un malade dont l'intelligence est frappée d'une façon singulière. *Il ne sait plus lire.* C'est un négociant de Valenciennes qui a eu un coup de sang, il y a quatre mois. Il parle à merveille et raconte qu'à la suite de son attaque il a été un peu paralysé à droite, qu'alors il ne pouvait plus parler ; puis, que peu à peu la parole est revenue, mais qu'il ne sait plus lire. J'essaye en vain de lui faire déchiffrer le titre d'un journal, je lui fais épeler chaque mot lettre à lettre, mais il ne peut assembler les syllabes. Il n'était cependant pas amblyopique, ainsi que je pus m'en assurer en lui faisant ramasser à terre une épingle. Ce qu'il y a de plus invraisemblable, c'est que cet homme *ne peut lire ce qu'il écrit très-correctement.* Je l'invitai à se mettre à mon bureau, et il écrivit aussitôt cette phrase très-obligeante : « Je suis bien heureux, Monsieur, d'être venu vous voir; j'espère m'en retourner guéri. » Il lui fut absolument impossible de lire la phrase qu'il venait de tracer. »

Cette observation est très-remarquable en ce sens que la *cécité verbale* existe là, isolée et indépendante des autres formes de l'aphasie qui, comme vous allez le voir, l'accompagnent très-fréquemment.

La cécité verbale peut être complète ou incomplète. Dans le cas de Trousseau elle était absolue. Plusieurs observateurs : MM. Magnan, Déjerine, entre autres (cités par Mlle Skwortzoff), ont, d'autre part, rapporté des faits dans lesquels la faculté de la lecture n'était que partiellement abolie.

Il est des malades qui, tout en ayant perdu la faculté de lire, peuvent cependant reconnaître leur nom imprimé ou écrit, mais ils ne distinguent aucune des lettres qui le composent. « Pour expliquer ce fait singulier, dit Mlle Skwortzoff, M. Magnan fait la comparaison suivante : quand on veut apprendre à lire aux sourds-muets, on leur dessine un objet qu'ils connaissent, une maison, par exemple, et au-dessous du dessin on met en lettres le nom de cet objet : « maison ». Après quelque temps d'exercice, le dessin ou la vue d'une maison réveillera dans leur esprit un autre dessin : ce qui a été écrit au-dessous, le mot « maison » ; et, d'un autre côté, le mot écrit « maison » sollicitera le souvenir du dessin qui se trouvait au-dessus de ce mot. De même chez les malades affectés de cécité des mots, le dessin, la configuration de leur nom, réveille une image d'un autre genre, l'image tonale de leur nom, comme le dessin d'un objet quelconque réveillerait l'image tonale ou le nom de cet objet.

Les individus atteints de cécité des mots copient quelque-

fois assez correctement les lettres qu'on leur met sous les yeux, mais ils les copient machinalement, comme ils feraient d'un dessin, sans que l'image du mot et des lettres qui le composent éveille chez eux l'idée que ces mots représentent. De même on en voit qui sont capables de lire et qui prononcent les mots assez correctement. Mais ils ne comprennent pas le sens des phrases. Ils sont tout à fait dans la situation de quelqu'un qui, connaissant la prononciation d'une langue étrangère, sans savoir le sens des mots, lirait des phrases écrites en cette langue, correctement mais sans les comprendre.

D'habitude la cécité des mots entraîne avec elle l'impossibilité de lire les *chiffres*. M. N. Gueneau de Mussy (1) a cependant publié l'intéressante observation d'un aphasique atteint de ce trouble et qui néanmoins lisait exactement l'heure à la pendule, peut-être par habitude, comme le fait judicieusement remarquer l'auteur.

Toutes les particularités qui précèdent ont une capitale importance au point de vue médico-légal. C'est là un point que je me contente de vous signaler et sur lequel j'aurai à insister par la suite.

2° J'arrive à la deuxième série de troubles qui se rattachent au langage écrit, à la perturbation des opérations centrifuges, c'est-à-dire de l'*écriture*.

Ce trouble spécial, qu'on désigne sous le nom d'*agraphie*, n'est jamais isolé; il s'associe toujours soit à un certain degré de logoplégie, soit à la difficulté ou même à l'impossibilité de la lecture. Dans quelques cas cependant l'*agraphie* est le phénomène capital et domine la scène clinique.

En voici un exemple instructif, que l'on doit à Hughlings Jackson (2) :

« Une femme d'un certain âge, ayant l'air d'être en bonne santé, devint subitement malade, cinq semaines avant son admission. Lorsqu'on la vit, il n'y avait pas d'hémiplégie apparente, mais elle se plaignait de faiblesse dans le côté droit. Elle pouvait alors parler, mais faisait des méprises. Par exemple, comme j'éprouvais son sens de l'odorat, qui était fort défectueux depuis la paralysie, elle dit en réponse à une question « I cant say it so much », voulant dire « smell so well ». Elle faisait fréquemment des erreurs en parlant, et appelait ses enfants par d'autres noms. Ceci n'était pas très-évident lorsqu'elle vint à l'hôpital et aurait pu passer aisément inaperçu si ses amies ne s'en fussent beaucoup plaintes. Elle paraissait fort intelligente. *Sa faculté de s'exprimer par l'écriture était très-imparfaite;* bien que son écriture fût assez bonne, surtout en considérant qu'elle écrivait avec la main droite, qui était affaiblie.

Elle écrivit ce qui suit à l'hôpital. Je lui demandai d'abord d'écrire son nom, — je ne veux pas, pour des raisons faciles à comprendre, le donner ici par comparaison : on peut dire toutefois qu'il n'avait pas la plus légère ressemblance ni dans le son, ni dans la manière d'épeler, avec « *Suunil siclaa satreni* ». Lorsque je lui demandai d'écrire son adresse, elle écrivit : « Sunesr nut ts mer tinn-lain. » Pensant qu'elle avait pu être nerveuse en écrivant à l'hôpital, le docteur Jackson lui demanda d'apporter quelque chose qu'elle eût écrit chez elle. Elle le fit, mais le spécimen n'était en rien meilleur que ce qu'elle avait écrit auparavant. C'est un assemblage de lettres parfaitement dépourvu de sens, remarquable seulement par la fréquente répétition de petits groupes de lettres.

« On ne dit malheureusement pas, ajoute Bastiau (1), qui rapporte ce cas, si cette femme était capable de comprendre complètement les caractères écrits ou imprimés; et, sans connaître son état, sous ce rapport, on ne saurait faire un diagnostic sûr. Il y avait chez elle faculté de former des lettres, mais impuissance à les grouper en mots, et par conséquent inaptitude absolue à exprimer ses pensées par l'écriture, bien que les erreurs de la parole articulée fussent relativement peu nombreuses. »

Plusieurs auteurs ont publié des cas analogues (Forbes Winslow, Marcé, etc.).

Quoi qu'il en soit, les troubles de l'écriture marchent presque toujours parallèlement avec ceux de la parole.

Ces troubles méritent de nous arrêter un instant, et prêtent à quelques considérations qu'il importe que je vous soumette.

Je vous ferai tout d'abord observer, et ce fait a son importance au point de vue du diagnostic, qu'il est des aphasiques chez lesquels il n'est pas possible d'apprécier s'ils ont conservé oui ou non la faculté de l'écriture, soit parce qu'ils n'ont jamais su écrire, soit parce qu'ils sont paralysés du bras droit, ce qui, vous le savez, est une circonstance fréquente de l'aphasie. Dans ce dernier cas, on peut apprendre aux malades à écrire avec la main gauche. Ils y arrivent quelquefois assez facilement. Mais on observe alors le curieux fait suivant : au lieu d'écrire de gauche à droite, comme nous le faisons d'habitude, ils écrivent de droite à gauche. C'est, du moins, ce qu'un certain nombre d'auteurs ont constaté, notamment Buchwald (2) qui a vu le fait trois fois. L'écriture présente alors ceci de spécial que, pour la voir avec son apparence habituelle, il faut la regarder par transparence, ou par réflexion dans un miroir. C'est ce qui lui a fait donner par Buchwald et Erlenmeyer le nom d'*écriture en miroir* (Spiegelschrift).

Lorsque l'hémiplégie droite n'accompagne pas des troubles aphasiques, ce qui est malheureusement rare, on peut alors étudier avec soin les différentes modifications du langage écrit. Grasset (3) a utilement mis à profit un cas de ce genre et il a pu suivre l'agraphie depuis son début jusqu'à la guérison.

« Il s'agit d'un malade observé en 1873 à la clinique médicale de l'hôpital Saint-Éloi, très-intelligent, sachant très-bien écrire avant sa maladie, et n'ayant pas une hémiplégie droite qui l'empêchât de guider sa plume.

Au second jour de la maladie, il est dans l'impossibilité absolue d'écrire son nom ; il ne peut même pas former les lettres. A peine reconnaît-on quelques linéaments du D qui commence le nom (Desforges) et de l'f qui est au milieu. Mais tout le reste est confus, ce sont des traits sans signification. Remarquez que les lettres sont pour l'écriture ce que sont les syllabes pour la parole. A cette période il ne peut pas former même les lettres.

Peu à peu il forme un peu mieux ses lettres; on reconnaît très-bien D, e, r qui figurent en effet dans son nom. — Pendant toute cette période il ne peut pas même copier son

(1) N. Gueneau de Mussy. *Recueil d'ophthalmologie*, 1879, p. 129. Contribution à l'étude pathologique et physiologique de l'amblyopie aphasique; — et in Thèse N. Skwortzoff, p. 57.

(2) Hughlings Jackson. *London hospital reports,* vol. I, p. 632.

(1) Bastiau. *Loc. cit.*, p. 254.

(2) Buchwald. *Berl. Klin. Wochenschrift,* n° 1, p. 6, 7 janvier 1878.

(3) Grasset. *Traitement des maladies du système nerveux,* 2e édit., p. 159 et suiv. Paris, 1881.

nom, correctement écrit sur son billet et placé sous ses yeux; de même qu'il ne pouvait pas répéter les mots qu'on prononçait devant lui. Bientôt il esquisse très-bien les lettres, notamment les lettres de son nom. Mais alors apparaissent de très-curieux phénomènes de substitution : il met facilement une lettre pour une autre au milieu d'un mot; c'est alors qu'en parlant il disait *Montloyer* pour dire *Montpellier*. La substitution des lettres en écriture est parallèle à la substitution des syllabes en parole.

On remarquera même qu'il y a une tendance à toujours substituer la lettre O à une série d'autres caractères. — La substitution de lettres et de syllabes rend inintelligible ce qu'il écrit. Il trace : *vieux mouis is*, pour dire : *je vais mieux*. Les lettres sont très-bien formées, mais la phrase n'a pas de sens. Le lendemain, il présente encore un phénomène très-curieux : « Où étiez-vous avant de venir à Montpellier? lui demandons-nous. Il veut écrire Nîmes. Il commence en effet et fait très bien l'N ; mais ensuite et sans s'en douter il retombe dans son nom (Desforges), que nous lui faisions écrire tous ces jours-ci, et il écrit : *Nesfo*... Mais, au milieu du mot il s'aperçoit de son erreur, biffe le mot et recommence. Il retombe dans la même erreur, biffe encore avec impatience, et finit, à la troisième fois, par écrire *N îmes*, en laissant entre l'*N* et *îmes* un intervalle qui indique l'effort qu'il a dû faire sur lui-même. La guérison devient enfin complète et il écrit très-correctement des phrases entières.»

Les troubles de l'écriture rappellent d'assez près ceux de la parole en ce sens qu'ils sont de même ordre et présentent des modifications analogues.

De même par exemple qu'il y a, comme nous l'avons vu, des aphasiques qui peuvent répéter une phrase prononcée devant eux, tout en étant incapables de parler spontanément, de même il y a des *agraphiques* qui peuvent copier assez habilement un modèle mis sous leurs yeux, mais qui, une fois le modèle enlevé, ne peuvent plus écrire.

Ainsi, de même que nous avons vu des aphasiques ne pouvoir prononcer que certaines syllabes sans signification précise, de même nous voyons des agraphiques qui tracent d'une main assez assurée des mots incompréhensibles comme *fu, fu*, par exemple, mais ne peuvent pas faire davantage.

Le *dessin* peut être considéré comme une forme de l'écriture. Tout au moins a-t-on le droit de le rapprocher de cette dernière. Or il est des *agraphiques* qui ont gardé la faculté du dessin. Mais la plupart ne peuvent dessiner de mémoire, et tout leur talent se limite à copier des modèles qu'on leur met sous les yeux. Il en est même qui sont incapables de tracer autre chose que des figures informes et des lignes sans signification. Un exemple de cet ordre bien connu est celui d'un élève de Coignet, dont Trousseau a conté l'histoire, et qui, devenu aphasique, avait perdu tout son talent.

En résumé, les troubles de l'écriture rappellent quant à leur nature ceux du langage articulé; toutefois ils sont moins communément que les premiers isolés et indépendants, aussi peut-on admettre en principe avec Trousseau et Gairdner que les aphasiques écrivent en général aussi mal qu'ils parlent, et que ceux qui ne parlent pas du tout sont également totalement incapables d'écrire. Cette loi, vous le verrez, n'est cependant pas absolue.

Après le langage parlé et le langage écrit, vient par ordre d'importance décroissante le langage mimé. Il est vraisemblable que, par une étude attentive, on pourrait arriver à dissocier les troubles de ce moyen élémentaire d'expression comme on l'a fait pour la parole et l'écriture. Peut-être y a-t-il des aphasiques qui sont incapables d'apprécier exactement la signification des gestes qu'on exécute devant eux (trouble des opérations centripètes). C'est là un côté du sujet qui a été jusqu'à ce jour négligé et qui demanderait à être étudié. Nous ne pouvons donc nous occuper ici de la mimique qu'au point de vue *centrifuge*, c'est-à-dire des mouvements et des gestes exécutés par le malade lui-même, qui s'en sert, le plus souvent, comme du dernier procédé d'expression qui lui reste.

Le langage mécanique est en effet généralement conservé chez les aphasiques, et c'est grâce à lui que ces malades peuvent traduire la survie de leur intelligence. Toutefois il peut être troublé comme la parole et l'écriture. Trousseau, M. Jaccoud, et plus spécialement Hughlings Jackson, ont insisté sur ce fait. Quelques détails à ce sujet : Il est, vous le savez, des aphasiques qui n'ont à leur disposition qu'un ou deux mots dont ils usent à tort et à travers. Ils se servent du mot *non* par exemple indistinctement pour nier ou pour affirmer. Or il peut se faire qu'ils redressent par le geste ce qu'il y a de vicieux dans le langage parlé. En même temps, par exemple, qu'ils emploieront la syllabe *non* à contre-sens, ils indiqueront nettement par le mouvement de la tête qu'ils entendent, non pas nier, mais affirmer. D'autres fois les gestes exécutés sont aussi incoordonnés et vicieux dans leur signification que les mots employés.

Les expressions instinctives des émotions peuvent aussi être troublées. L'aphasique peut bien encore rire ou pleurer, mais son visage exprime tour à tour et sans motif la tristesse ou la joie. H. Jackson a fait, à cet égard, une remarque très-judicieuse. Sous l'influence des émotions qui les font naître à l'état normal, le rire ou les pleurs, l'expression de la douleur ou celle du plaisir se manifestent, mais le malade est incapable de communiquer volontairement ces expressions variées au visage. Il en est de la mimique comme de la parole ou de l'écriture : la mimique réflexe reste possible, la mimique voulue cesse de l'être.

Tels sont les troubles principaux qui constituent l'*aphasie*. Je me suis attaché surtout, dans les détails qui précèdent, à analyser ces troubles, en les dissociant soigneusement les uns les autres, moins dans le but de vous montrer une réalité concrète que dans celui de vous mettre à même d'analyser par vous-mêmes soigneusement et méthodiquement, à l'occasion, les désordres élémentaires que vous pourrez observer chez les aphasiques ; c'est pour cela que j'ai séparément étudié les troubles du langage articulé, du langage écrit et de la mimique.

HOPITAL DE LA CLINIQUE. — M. Depaul.

Procidence du cordon ombilical (1).

II

Dans la dernière séance nous avons étudié la procidence du cordon, son étiologie et son pronostic; il nous reste aujourd'hui à vous parler du diagnostic et du traitement.

Le diagnostic est-il facile? — Oui, en général ; cependant il est des cas où l'on peut éprouver quelques difficultés, notamment dans les variétés de procidence où le cordon ne dépasse pas les parties fœtales qui se présentent, mais se

---

(1) Fin. — Voir le numéro du 13 avril 1882.

trouve pincé entre elles et le bassin. Dans ce cas, en effet, on n'aperçoit rien, et l'on est tout à coup surpris de voir sortir une certaine quantité de méconium. Si vous venez alors à ausculter les battements du cœur de l'enfant à travers les parois abdominales, vous découvrez un trouble circulatoire qui doit appeler votre attention sur le fait possible d'une procidence, et le plus souvent le toucher vous permettra de la reconnaître et de rectifier ainsi votre diagnostic. Cela m'est arrivé plusiers fois.

Il est pourtant des cas où l'on ne trouve rien, le danger se produisant plus au loin, dans la cavité utérine, soit dans le cas d'enroulement d'une anse autour du cou de l'enfant, soit par l'accolement d'une anse fortement appliquée et comprimée contre le dos de l'enfant, accident qui produira le même effet qu'une procidence. Dans ce cas encore l'auscultation et la sortie du méconium nous avertiront.

Il y a quelques mois, j'étais auprès d'une femme de la ville, qui, malgré de violents efforts, ne parvenait pas à faire descendre la tête de l'enfant; au contraire, après chaque contraction la tête remontait. Tout à coup, je vis s'écouler du sang plus qu'une femme en pareil moment ne doit en perdre, en même temps que celle-ci se plaignait d'une douleur très-vive, pendant chaque contraction, dans un point du ventre constamment le même. J'auscultai ; la vie de l'enfant était en danger, le col était bien dilaté. En deux temps je fis une application de forceps et terminai l'accouchement; l'enfant se ranima bientôt et vécut. Eh bien, dans ce cas-là, j'aurais attendu une heure seulement, l'enfant aurait succombé.

Il y a donc des faits de procidence que l'on ne peut pas apprécier avec le doigt.

J'ai dit que la procidence du cordon n'était un accident dangereux que pour l'enfant et non pour la mère, chez laquelle, seules, les manœuvres auxquelles on est obligé d'avoir recours pour repousser le cordon et le remettre en place sont une source de quelque fatigue. C'est pourquoi, si, lorsque l'on est appelé, l'enfant est mort, il n'y a rien à faire; s'il est vivant, au contraire, il faut agir, non pas alors dans l'intérêt de la mère dont la santé n'a rien à redouter de cet accident, je le répète, mais dans l'intérêt même de l'enfant.

En effet, la procidence du cordon n'est dangereuse que par la compression des vaisseaux qui en résulte, laquelle entraînera la mort, soit par congestion, et l'enfant succombera apoplectique, soit par anémie, et vous le verrez pâle et décoloré, etc.

On a voulu aussi expliquer les dangers auxquels cet accident exposait l'enfant par le refroidissement du cordon et la coagulation du sang à l'intérieur de ses vaisseaux. De là quelques auteurs avaient conseillé l'enveloppement du cordon dans des fomentations chaudes, dans une éponge perforée pour recevoir l'anse pendante du cordon, et trempée dans du vin chaud. Mais cette explication ne saurait être soutenue, et pareil refroidissement ne se peut concevoir même pendant l'hiver.

Je passe maintenant au traitement, lequel se résume, ou à ne rien faire comme je l'ai déjà dit pour un certain nombre de cas, ou à replacer le cordon dans des conditions capables de faire cesser toute compression, ou bien encore à terminer l'accouchement aussitôt, si la chose est possible.

J'ai déjà dit que, lorsque l'enfant était mort, il n'y avait rien à faire; en effet, pourquoi se presser de terminer l'accouchement? tout intérêt d'agir a disparu, la femme n'est point en danger; le mieux est donc de la laisser tranquille.

D'autres fois, le cas est plus embarrassant; la procidence est manifeste, on entend encore un peu les battements du cœur de l'enfant, puis ils diminuent, bientôt on ne sent plus de battements dans le cordon. L'enfant est-il donc mort? Auscultez de nouveau son cœur, et, si vous l'entendez encore battre, quoique faiblement et irrégulièrement, hâtez-vous d'intervenir pour l'empêcher de passer de vie à trépas.

Autre cas : l'enfant est vivant, vous en avez la preuve et dans le cœur et dans le cordon. Que faut-il faire? Faut-il agir? Le col n'est pas assez ouvert, il faut essayer néanmoins de remonter le cordon au-dessus des parties qui s'engagent et l'y laisser. La méthode n'est pas extrêmement ancienne. C'est Mauriceau qui l'a, le premier, conseillée; cependant Delamotte n'en veut pas, et Baudelocque lui-même n'y attache qu'une médiocre importance. Cependant Mauriceau avait publié sept observations de rétropulsion du cordon suivies de succès. Mais, à partir de la fin du siècle dernier et du commencement de celui-ci, la méthode fut généralement acceptée, et depuis soixante-dix ou quatre-vingts ans nul ne nie plus, dans certaines conditions, la nécessité d'y avoir recours.

Il y a pourtant des cas où l'on ne peut y parvenir; ce sont: 1° quand la tête ou les parties qui se présentent sont très-engagées et fortement serrées dans la cavité pelvienne; 2° quand il existe une insertion anomale du placenta sur le col ou dans le voisinage : toute tentative est alors inutile, le cordon retombant aussitôt; dans ce cas on se hâte, si possible, de terminer l'accouchement. Si pourtant le col n'était pas assez ouvert, la vie de l'enfant étant en grand danger, serait-il permis de pratiquer un ou deux petits débridements du col? — Certainement. Je suis convaincu qu'en pareil cas l'opération est utile, et que, de plus, étant sagement faite, elle n'est point meurtrière pour la mère. Je l'ai fait plus d'une fois par une ou deux petites entailles de deux ou trois millimètres seulement d'étendue. Le col devient alors facilement dilatable, et le forceps permet de terminer l'accouchement et de sauvegarder la vie de l'enfant.

J'ai parlé, dans ma dernière leçon, de la thèse de M. Schuré, passée en 1835. Vous y trouverez tous les moyens de réduction employés contre la procidence du cordon. Tous ces moyens, du reste, se ressemblent plus ou moins, et tous sont un peu plus ou un peu moins favorables. L'un des plus anciens est celui de Descamps; l'un des plus en vogue est celui du même auteur, mais modifié par une sage-femme, Mme Mercier, qui, d'une tige droite et rigide, a fait une tige flexible se mouvant dans une gaine en caoutchouc, dont l'extrémité se termine par deux petites branches formant un anneau complet lorsqu'elles se rapprochent et dans lequel on introduit le cordon pour, avec les doigts, le faire glisser et remonter au-dessus de la partie fœtale qui se présente de façon à lui faire ainsi suivre le chemin qu'il avait parcouru dans sa procidence. Une fois arrivé à la place qu'il doit occuper, on ouvre l'anneau et on cherche à se dégager pour ne pas entraîner de nouveau cette anse en retirant l'instrument. C'est là même un de ses plus sérieux inconvénients.

Il en est à peu près de même du porte-cordon allemand de Schœller (de Berlin), qui ne me satisfait aussi que très-médiocrement, malgré la vogue dont il jouit. Il ressemble beaucoup du reste à celui de Mme Mercier ; la seule différence qu'il présente, c'est qu'il n'a qu'un seul crochet au lieu des

deux qui forment anneau dans l'instrument précédent.

D'autres accoucheurs ont imaginé aussi de se servir, comme porte-cordon, d'une sonde de gomme élastique ordinaire avec son mandrin et ses deux petites ouvertures à son extrémité, pour recevoir un ruban quelconque dont on a fait une anse lâche laquelle embrasse le cordon que l'on veut réintroduire dans la cavité utérine. Ce moyen est assez bon. Il existe encore beaucoup d'autres instruments, mais vous en trouverez la description dans les livres spéciaux. Je me borne ici à vous parler des principaux. J'ajouterai seulement que le hasard m'ayant fait acheter à l'Hôtel des ventes, il y a plusieurs années, pour un prix d'un bon marché inouï, — 25 ou 26 francs, — une trousse allemande qui contenait, en outre d'un grand nombre d'instruments divers, deux forceps, j'y trouvai un porte-cordon, dont, jusqu'à ce jour, je m'étais cru l'inventeur. Il se compose d'une tige flexible portant à l'une de ses extrémités une mortaise profonde dans laquelle on accroche une anse de fil un peu lâche, que l'on a préalablement passée autour du cordon, et l'on conduit l'instrument là où le cordon doit être déposé pour ainsi dire. Cet instrument, que j'avais fait faire autrefois avec une baguette d'osier au lieu d'une baleine, est encore, de tous peut-être, le plus commode, et se débarrasse facilement de l'anse ombilicale sans laisser le risque de le ramener à l'extérieur lorsqu'on retire l'instrument.

Cela dit sur les divers moyens de réduction de la procidence du cordon je n'ai qu'un mot à ajouter sur la terminaison de l'accouchement qui aura lieu, selon les circonstances, par le forceps ou par la version. Si l'on applique le forceps, on aura soin d'éloigner le cordon des branches de l'instrument pour éviter toute compression grave pour les jours de l'enfant. Quant à la version, je n'ai rien à en dire : je vous en ai déjà parlé en maintes circonstances.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 15 avril 1882. — Présidence de M. Grimaux.

COMMUNICATIONS

Physiologie du système nerveux central. — M. BROWN-SÉQUARD communique les faits suivants : Si l'on irrite mécaniquement la pyramide antérieure, loin de produire des mouvements du côté opposé, on produit neuf fois sur dix des mouvements du côté correspondant. Il en est de même pour toutes les parties de la base du cerveau. Si l'on coupe une pyramide seule ou une partie quelconque de la base de l'encéphale dans un seul côté, si l'on excite la partie supérieure relativement à cette section, neuf fois sur dix on obtient des mouvements du côté correspondant. Ces faits sont en désaccord avec les idées généralement reçues sur les propriétés de l'encéphale. Que l'on fasse trois ou quatre sections de la moitié latérale de l'encéphale, que l'on coupe le pont de Varole, le bulbe, on a toujours le même résultat.

Ces faits ont pu être constatés chez le cobaye, le lapin, le chat, le chien et le singe.

M. Brown-Séquard a voulu aller plus loin : il a cherché à déterminer ce qui arriverait s'il coupait la moitié latérale de la moelle ; il a répété l'expérience sur 27 animaux d'espèces différentes ; il a constaté que dans la plupart des cas il y a, après excitation du bout supérieur, un mouvement du côté correspondant, mais limité seulement au membre supérieur. Si l'on examine ce que deviennent les centres moteurs, dans les cas où l'on a coupé soit la moitié de la moelle, soit la moitié latérale du bulbe, on voit que les centres moteurs du côté correspondant gagnent en puissance et que ceux du côté opposé perdent en puissance. M. Brown-Séquard communique ainsi une série de faits qui prouvent qu'il y a un nombre considérable de voies de transmission et qu'il n'y a pas que les fibres qu'on voit s'entre-croiser ; qu'enfin la moelle elle-même est capable de transmettre les excitations qui viennent des centres moteurs.

M. DUMONTPALLIER rappelle que, dans les expériences qu'il a faites sur les hystériques hypnotisables, il a constaté une série de faits qui prouvent qu'il y a d'autres entre-croisements que ceux qu'enseignent les livres et qui viennent tout à fait à l'appui des faits exposés par M. Brown-Séquard.

M. MATHIAS DUVAL signale un fait anatomique d'entre-croisement dans toute la moelle en rapport avec ces faits.

Teigne lycoperdoïde. — M. MÉGNIN présente un lapin atteint d'une variété de teigne faveuse, qu'il propose de nommer *teigne lycoperdoïde*. Ce sujet lui a été adressé par un cuniculiculteur de Troyes qui fait, sur une grande échelle, l'élevage des lapins domestiques de toutes variétés. Cet élevage est en ce moment envahi par une maladie de peau qui affecte les jeunes sujets d'un à trois mois et qui, chose curieuse, épargne les sujets plus âgés ; bien mieux, chez ceux qui sont malades et qui atteignent l'âge de quatre mois, on voit les croûtes disparaître sans laisser aucune trace.

Le sujet présenté est mort à l'âge de trente-quatre jours, et la cause de sa mort est le développement d'une croûte sur l'anus, ce qui a fermé cette ouverture et empêché sa fonction. L'affection se présente sur lui sous forme de larges croûtes isolées, un peu globuleuses, circulaires, aplaties, d'un diamètre de un centimètre à un centimètre et demi, coriaces seulement à la surface qui est facile à déchirer, et qui laisse alors s'échapper un contenu farineux d'un blanc de plâtre que l'examen microscopique montre composé exclusivement de sporules généralement ovoïdes ou sphériques, quelques-unes allongées, d'un diamètre variant entre 3 à 7 millièmes de millimètres.

Ce n'est donc pas sous forme de *favus* ou godets solides dans toute leur épaisseur et d'une couleur jaune de soufre que se présente cette teigne ; c'est plutôt sous forme d'ampoule fermée et aplatie rappelant certains *lycoperdons*, ou vesses-de-loup ; aussi proposerai-je de nommer cette variété de teigne *teigne lycoperdoïde*, tout en la regardant néanmoins comme causée par un achorion qui ne se distingue pas de l'*achorion Schœnleinii*, sinon par sa couleur blanche et par l'absence d'odeur de souris.

Cette teigne est très-contagieuse entre lapins ; l'est-elle aussi à l'homme ou à l'enfant ? C'est ce que M. Mégnin ne peut dire. Il a demandé des renseignements à son expéditeur, et, s'il en obtient quelques éclaircissements sur ce point important, il les communiquera à la Société.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 14 avril 1882. — Présidence de M. Dujardin-Beaumetz.

COMMUNICATIONS

Alimentation artificielle. — M. DUJARDIN-BEAUMETZ a pu constater à Bicêtre, dans le service de M. Debove, les résultats surprenants fournis par l'alimentation artificielle chez les tuberculeux. Ces résultats étant de beaucoup supérieurs à ceux qu'obtenait M. Beaumetz dans son propre service, il a voulu se rendre compte des causes de cette différence. M. Debove a perfectionné ce mode d'alimentation ; au lieu de donner simplement des œufs et de la viande crue dans du lait, il transforme de la viande en poudre impalpable et donne à ses malades 200 grammes de cette poudre qui est très-promptement absorbée. M. Beaumetz a suivi la même conduite et a obtenu, depuis, les mêmes résultats que M. Debove. Il a ainsi gavé, non-seulement des phthisiques, mais aussi des hystériques atteintes de vomissements incoercibles ; ces hystériques ne vomissent plus du tout les aliments qu'elles pren-

nent par la sonde. Les mêmes faits se sont produits dans le service de M. Charcot.

M. DEBOVE a reçu, dans son service, la visite de plusieurs médecins des hôpitaux qui ont pu constater par eux-mêmes que ses phthisiques sont tous dans une voie de notable amélioration; ils ont engraissé; plusieurs ont gagné 12 kilogrammes en deux mois; chez la plupart, les sueurs nocturnes ont cessé, l'expectoration a beaucoup diminué; ils se trouvent dans un état voisin de la guérison. Parmi ces malades, il en était un qui allait très-bien: il demanda la permission de sortir pendant deux heures; elle lui fut accordée à condition qu'il ne boirait pas une goutte de vin; il tint parole sur ce point, mais se livra avec une telle fureur aux plaisirs de l'amour qu'il rentra ne pouvant plus uriner; il dut être sondé, on fit de fausses routes, et le malade succomba peu de jours après à l'infection purulente. On put constater à l'autopsie que les énormes cavernes que portait ce malade étaient couvertes de bourgeons de bonne nature.

Pour obtenir cette amélioration extraordinaire chez les phthisiques, il faut arriver à leur faire prendre des doses énormes de nourriture; il faut regagner le terrain perdu et les soumettre pour cela à une sorte d'entraînement; c'est ainsi qu'ils absorbent trois litres de lait, 600 grammes de viande crue, douze œufs et de la poudre de lentille. M. Debove a cherché à donner des aliments d'une digestibilité aussi parfaite que possible, c'est-à-dire pouvant offrir la plus grande surface de contact possible avec les sucs digestifs de l'estomac; à ce point de vue, le lait est l'élément idéal; l'œuf, et particulièrement l'œuf cru, est également très-favorable. Le même malade a pris ainsi, pendant seize jours, trois litres de lait et vingt et un œufs. L'amélioration se traduit surtout par l'absence de diarrhée et l'augmentation de l'urée qui, chez plusieurs malades, de 15 à 20 grammes, est montée à 70 grammes par jour. La viande à hautes doses étant surtout indiquée dans ces cas, M. Debove a pris de la viande crue qu'il a fait hacher, puis réduire en poudre impalpable. Il est arrivé à en introduire à la fois 600 grammes par la sonde, ce qui représente 2 kilogrammes de viandes fraîches. Ce sont des doses énormes, comme on voit. L'absence de diarrhée, l'augmentation de poids, l'augmentation considérable de la proportion d'urée, la réduction des matières fécales à leur minimum, indiquent bien que ce régime est profitable. Cette poudre de viande est d'ailleurs d'une parfaite digestibilité.

M. JOFFROY a employé le gavage chez une hystérique atteinte de vomissements; elle était à la première période de l'anorexie hystérique, n'avait pas maigri et n'avait pas d'anurie. L'introduction des aliments par la sonde a amené chez elle la guérison dans l'espace de quelques jours. Mais M. Joffroy demande à M. Dujardin-Beaumetz si, parmi les hystériques qu'il a ainsi traitées, il s'en trouvait à la seconde période de l'anorexie hystérique, c'est-à-dire dans cet état depuis dix-huit mois ou deux ans. Ce sont là de grandes malades, chez lesquelles tous les traitements échouent. Il serait intéressant de savoir ce que produit le gavage dans ces cas.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ répond que les malades qu'il a traitées ainsi n'avaient ces vomissements que depuis trois ou quatre mois. Il ne faut pas non plus des vomissements anuriques. Ce qu'il y a de curieux, dans ces faits, c'est que ces malades ne peuvent rien garder de ce qu'elles prennent par la bouche et qu'elles ne vomissent plus ce qu'elles prennent par la sonde.

M. GUYOT a récemment perdu une jeune fille hystérique qui a vomi pendant quatre-vingt-deux jours. Vers le soixante-dixième jour, on a essayé le gavage sans aucun succès.

M. JOFFROY. L'observation de M. Guyot montre précisément la différence que je voulais faire ressortir entre la première et la seconde période de l'anorexie.

M. DEBOVE. A cette période avancée, il est un facteur dont il faut tenir compte, c'est l'inanition. Aux vomissements nerveux primitifs se joignent les vomissements d'inanition. J'ai vu ainsi deux hystériques mourir de faim. Mais il ne faut pas attendre cette période pour recourir à l'alimentation artificielle.

M. TROISIER observe une hystérique, convalescente de fièvre typhoïde, qui ne vomit plus depuis qu'on la nourrit par la sonde. Les quintes de toux déterminées par l'introduction de la sonde n'amènent pas de vomissements, alors qu'auparavant la moindre toux déterminait des vomissements.

Statistique. — M. FÉRÉOL présente, de la part de M. le docteur Patay (d'Orléans), une statistique médicale de cette ville. Cette statistique renferme des renseignements très-instructifs, et il serait à souhaiter que tous nos confrères de province suivissent cet exemple.

MM. Homolle et Colin sont nommés membres honoraires.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours. — La première épreuve d'admissibilité du concours pour la nomination à trois places de médecin du Bureau central s'est terminée par l'admission à la seconde épreuve des vingt-quatre candidats dont les noms suivent : MM. Ballet, Barié, Barth, de Beurmann, Brault, Brissaud, Cadiat, Carrière, Chouppe, Decaisne, Déjerine, Dreyfus, Gombault, Hirtz (Hippolyte), Jean, Josias, Leroux (Charles), Leroux (Henri-Marie), Letulle, Merklen, Moizard, Oulmont, Renault et Tapret.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le docteur Henninger reprendra le cours auxiliaire de chimie mercredi prochain 19 avril 1882, à neuf heures et demie du matin.

— Les démonstrations pratiques de physiologie, suspendues depuis le 6 avril, recommenceront mardi prochain 18 avril 1882, à une heure et demie, dans les bâtiments de l'ancien collège Rollin, rue Lhomond.

— *Collège de France.* — Les cours du second semestre de l'année scolaire 1881-1882 commenceront le 18 avril. Ils auront lieu dans l'ordre suivant :

Physique générale : le mardi et le vendredi, à une heure; M. Maurice Lœvy, suppléant M. le professeur Bertrand, traitera du transport et de la division électrique de l'énergie.

Physique générale et expérimentale : le mardi et le samedi, à dix heures et demie du matin; M. le professeur Mascart traitera des mesures d'électricité.

Chimie minérale : le mardi et le samedi, à une heure et demie; M. le professeur Schutzenberger traitera des phénomènes généraux de la chimié.

Chimie organique : le lundi et le vendredi, à dix heures et demie du matin; M. le professeur Berthelot traitera de la synthèse des composés organiques.

Médecine : le mardi et le samedi, à deux heures et demie; M. le professeur Brown-Séquard traitera des influences des irritations périphériques sur l'encéphale et d'autres parties de l'organisme animal.

Histoire naturelle des corps inorganiques : le jeudi et le samedi, à neuf heures du matin; M. le professeur Fouqué traitera des roches volcaniques au point de vue de leur âge.

Histoire naturelle des corps organisés : le mardi et le samedi, à deux heures; M. le professeur Marey exposera ses nouvelles recherches sur la locomotion animale.

Embryogénie comparée : le mardi et le samedi, à une heure et demie; M. le professeur Balbiani s'occupera de la reproduction et du développement des psorospermies et des bactéries.

Anatomie générale : le mardi et le jeudi, à quatre heures; M. le professeur Ranvier traitera des centres nerveux sympathiques et cérébro-spinaux.

— *Muséum.* — M. le professeur Albert Gaudry commencera son cours de paléontologie le mercredi 19 avril 1882, à trois heures et demie, dans l'amphithéâtre d'anatomie comparée, et le continuera les vendredis et les mercredis suivants, à la même heure. Il expo-

sera l'histoire des animaux tertiaires en s'attachant particulièrement à ceux de Paris. Tous les lundis, le professeur fera, de plus, une conférence pratique soit dans le laboratoire de paléontologie, soit dans les galeries publiques.

M. le professeur Descloizeaux commencera son cours de minéralogie le mercredi 19 avril 1882, à quatre heures trois quarts, dans l'amphithéâtre de la galerie de minéralogie, et le continuera les vendredis et les mercredis suivants à la même heure. — Après avoir exposé les propriétés générales des minéraux et les principes qui servent de base à leur classification, le professeur fera l'histoire des espèces comprises dans la classe des combustibles et des métaux. Des conférences auront lieu le jeudi dans la bibliothèque du laboratoire de M. Frémy, 63, rue de Buffon, et dans les galeries.

M. Renault, aide-naturaliste, suppléant M. le professeur Van Tieghem, commencera le cours de botanique et paléontologie végétale le jeudi 20 avril 1882, à une heure, et le continuera les jeudis suivants, à la même heure. Il traitera de l'organisation des principaux genres de fougères fossiles. Les leçons auront lieu dans l'amphithéâtre de la galerie de géologie.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 12711.

43

Eaux minérales de Vals.

Acidules, Gazeuzes, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre.	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude...	I.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse.	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces,* essentiellement *digestives* Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux :* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie ; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux..		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

17

Maladies de poitrine, GUÉRISON

par les **Sirops d'Hypophosphite de Soude ou de Chaux,** du Dr Churchill.

Nombreuses attestations médicales.

Prix : 4 fr. le flacon, avec instruction.

Pharmacie SWANN, 12, rue Castiglione, Paris.

13

Goudron Freyssinge

LIQUEUR NORMALE CONCENTRÉE ET TITRÉE NON ALCALINE. — La seule pouvant reproduire l'eau de goudron du Codex.

Le flacon : 2 francs, 97, rue de Rennes, et toutes les pharmacies.

Ch. Freyssinge

16

Sirop et Pilules de Scillitine

de MANDET, *lauréat de l'Institut.*

La **Scillitine**, dégagée de son principe âcre, irritant, la *Skulléine*, est, depuis plus de **vingt ans,** reconnue par la pratique médicale comme le plus puissant diurétique et le meilleur sédatif de la circulation. Son efficacité s'affirme dans les cas d'*hydropisie*, d'*infiltrations cellulaires*, et dans toutes les affections de la *poitrine* et du *cœur*.

DÉPOT DANS TOUTES LES PHARMACIES.

50

Etablissement orthopédique

28, rue Lauriston (place de l'Étoile). Médecin en chef : E. Duval, fils du docteur *Vincent Duval*, lauréat de l'Institut, directeur pendant plus de quarante ans des traitements orthopédiques dans les hôpitaux civils de Paris, etc.

Traitement des difformités de la taille, du pied-bot, de la fausse ankylose du genou, des torticolis, des tumeurs blanches, de la hanche, des gibbosités, etc., etc. — Jardin, gymnase. — Consultations tous les jours de deux à quatre heures.

37

Névroses. — Sirop Collas

au BROMURE double de POTASSIUM et de LITHIUM. — Dose : 2 à 3 cuillerées par jour.

Le *Bromure de Lithium* est un des plus puissants sédatifs dans le traitement des maladies nerveuses, car il contient 91,95 de Brôme pour 100 parties.

Diathèse urique. Pilules Collas

au BROMURE de LITHIUM. — Dose : 4 ou 6 pilules par jour.

Le *Bromure de Lithium* est un des meilleurs modificateurs de la *diathèse urique*, puisque un gramme de ce *Bromure* neutralise quatre grammes d'acide urique.

Dépôt pharmacie Collas, 8, r. Dauphine, Paris.

91

MALADIES DE LA GORGE
DE LA VOIX ET DE LA BOUCHE

Pastilles de Dethan

AU SEL DE BERTHOLET (*chlorate de potasse*), contre les maux de gorge, angines, extinctions de voix, ulcérations de la bouche, scorbut et salivation mercurielle.

Adh. DETHAN, pharmacien, rue de Strasbourg, 10, Paris, et dans toutes les principales pharmacies de France et de l'étranger.

Adh. Dethan

80

Vins d'Ossian Henry,

membre de l'Académie de médecine.

Vin de Quinquina titré simple. — Titrant un gramme d'alcaloïde et 12 grammes d'extractif par 1,000 grammes. — *Tonique. — Fébrifuge.*

Vin de Quinquina ferrugineux. — Contient 0,10 de sel ferreux par 30 grammes de vin. — *Chlorose, Anémie, Longues convalescences,* etc., 5, r. d'Anjou St-Honoré, et dans toutes les pharm.

101

Globules Névrosthéniques

de T. GRAS pharmacien.

Ces globules, à base d'éthérolé de castoréum valérianique, ne contiennent ni bromure de potassium, ni opium, ni sel de quinine. C'est l'*antispasmodique complet* pour combattre sûrement : *palpitations nerveuses du cœur, névroses générales, névralgies, migraines, agitations nerveuses, insomnies, hystérie, épilepsie.* — 9, rue Le Peletier, Paris.

120

Eau Minérale de Bussang

Gazeuse Naturelle

Souveraine contre la CHLOROSE, l'ANÉMIE et les maladies de l'ESTOMAC, des REINS et de la VESSIE. — RECONSTITUANTE.

Indiquée dans toutes les convalescences

On l'emploie à jeun ou aux repas, coupée avec le vin, ou mélangée à des sirops rafraîchissants. Chez les Mds d'*Eaux minérales* et bonnes Phies.

38

Coton iodé préparé par J. THOMAS

pharmacien de 1re classe.

Le Coton iodé est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique, dont on peut graduer les effets à volonté. On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hopitaux de Paris : le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc., ont été guéris, sans lésions de la peau, en un court espace de temps.

48, avenue d'Italie, Paris, et toutes les pharm.

95

L'Acide Phénique du dr Déclat

Sirop et capsules d'**acide phénique** ; sirop et capsules au **phénate d'ammoniaque** ; *id.* au **sulfo-phénique** ; *id.* **iodo-phénique** ; huile de **morue phéniquée** ; **glyco-phénique** à 10 0/0 pour usage externe, pansement, brûures, herpès, eczéma, maladies utérines, hémorrhoïdes, etc. *Chassaing et Cie, 6, av. Victoria, Paris.*

51

Dragées QUINO-BALSAMIQUES Balmelle

(BAUME DU BRÉSIL ET EXTRAIT DE QUINA)

Préparation **tonique** et **anticatarrhale** prescrite avec le plus grand succès dans les affections aiguës et chroniques de la muqueuse urinaire (*blennorrhagie, blennorrhée, uréthrite, prostatite, cystite, catarrhe vésical, pyélonéphrite*). — Dose : de 8 à 16 par jour.

Paris, 41, fg Poissonière, et princip. pharmies.

22

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

23

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire ; apaise les douleurs des reins et de la vessie ; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou, et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

7

Les Dragées Carbonel

AU PERCHLORURE DE FER PUR.

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant quatre gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE francs. — Envoi franco par la poste.

Dépôt : à Avignon, pharmacie Carbonel ; à Paris, maison Hugot.

54

Maladies de la peau

Les GRANULES et le SIROP D'HYDROCOTYLE ASIATICA de J. LEPINE, pharmacien en chef de la marine, à Pondichéry, sont, d'après le docteur Cazenave, médecin de l'hôpital Saint-Louis, le remède le plus sûr des affections rebelles de la peau : ECZÉMA, PSORIASIS, LICHEN, PRURIGO, DARTRES, etc.

Dépôt général à Paris : Pharm. Fournier, 56, rue d'Anjou-Saint-Honoré. — Et pour la vente en gros : pharm. Labélonye, 99, rue d'Aboukir, Paris, se trouvent dans toutes les pharmacies.

53

Produits de l'Eucalyptus

par DELPECH et ARDISSON.

Les CAPSULES A L'ESSENCE PURE D'EUCALYPTUS (*Eucalyptol*), l'Alcoolature, le Sirop, le Vin, le Liniment réussissent contre : *Affections du poumon, névralgies, migraines, rhumatisme, pansement et désinfection des plaies.*

La phieDELPECH, rue du Bac, 23, prépare les **Capsules à l'Extrait éthéré de Cubèbe.**

40

VIANDE ET QUINA.

Vin Aroud au quina

et aux principes solubles de la Viande.

MÉDICAMENT ALIMENT d'une supériorité incontestable sur tous les vins de quina et sur tous les toniques et nutritifs connus, renfermant tous les principes solubles des plus riches écorces de quina et de la viande, représentant par 30 gr., 3 gr. de quina et 27 gr. de viande. — Prix : 5 fr.

Se vend chez J. Ferré, pharm., 102, *r. Richelieu*, successeur de Aroud, Paris, *et toutes pharm. de France et de l'étranger.*

56

Vin du docteur Forestier

TONIQUE RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE

Au Quinquina, Pyrophosphate de fer, Oranges amères et Malaga.

Voir : Traité de Thérapeutique, *Trousseau et Pidoux.* — Commentaires du Codex, *Gubler.*

Paris, ph. Bosredon, r. des Francs-Bourgeois, 14.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Panas, inscrit depuis plusieurs séances pour la question du chloroforme, a pu enfin se faire entendre hier à la tribune. D'une étude analytique des trois périodes de l'anesthésie chloroformique, basée sur son expérience personnelle et faite à la lumière des notions physiologiques acquises par les expériences de M. Vulpian, M. Panas a été conduit à conclure que, chez l'homme, comme chez les animaux, la cause de beaucoup la plus fréquente de la mort par le chloroforme est la syncope respiratoire. D'où cette conséquence pratique : que la prophylaxie des accidents mortels de la chloroformisation réside tout entière dans la surveillance constante et minutieuse de la respiration, pendant toutes les périodes de la chloroformisation, mais surtout à la période du début où le danger est le plus à craindre.

Une courte réplique de M. Rochard, qui s'est élevé contre l'une des propositions de M. Panas, celle où il donne la préférence à l'éther sur le chloroforme pour les sujets profondément anémiés, a clos cette discussion.

En manière de postface, M. Dujardin-Beaumetz est monté à la tribune pour y exposer, en quelques termes émus, le malheur qu'il a eu, dans le cours même de cette semaine, de perdre un malade par le chloroforme. Il s'agissait d'un homme vigoureux, plein de santé, à part la névralgie sciatique qui l'avait fait entrer à l'hôpital. C'était pour combattre cette sciatique par l'extension ou l'élongation sous-cutanée du nerf, que M. Beaumetz avait voulu préalablement anesthésier ce malade. Comme on le verra dans la relation qui en est faite au compte-rendu, malgré toutes les précautions voulues, tous les soins immédiats, ce malade a rapidement succombé après quelques inhalations de chloroforme. C'est, en y comprenant le fait de M. Trélat, le troisième accident de ce genre qui arrive depuis le début de cette discussion.

Malgré ce triste évènement qui vient, comme une sorte d'épicrise, assombrir la fin de ce débat, la cause de l'anesthésie par le chloroforme, — jusqu'à ce que l'on trouve mieux, — n'en sortira pas moins triomphante. Et, ainsi que venait de le dire quelques instants auparavant M. Rochard, les chirurgiens n'en continueront pas moins à utiliser ce puissant adjuvant de leur pratique, tout comme les voyageurs continueront à se servir des voies rapides, malgré les accidents qui, de loin en loin, viennent jeter l'effroi dans les esprits.

Avant et après la discussion sur le chloroforme, l'Académie a entendu deux communications intéressantes : l'une de M. le docteur Queirel (de Marseille), sur un cas de kyste hydatique suppuré du foie, guéri par les larges incisions, et l'autre de M. Ollier (de Lyon), sur les résections sous-périostées du coude.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. DESPRÈS.

Otite interne. — Suppuration des cellules mastoïdiennes. Trépanation.

(Leçon recueillie par M. BOUICLI, interne du service.)

Je veux attirer votre attention sur un jeune homme qui présente une de ces affections qui sont généralement l'apanage et la proie des spécialités, et qui sont rares dans nos hôpitaux.

Il y a deux mois, ce malade prit un rhume de cerveau, et, comme cela arrive presque toujours, il ne fit aucune espèce de traitement pour cette affection légère. Mais, deux ou trois jours après, il fut tourmenté par une série de phénomènes qui nous permettent actuellement de poser, presque avec certitude, le diagnostic rétrospectif d'otite interne probablement catarrhale à cette époque et qui succédait à son coryza.

Il éprouvait dans l'oreille une douleur assez vive avec une sensation de plénitude ; toutes les fois qu'il se mouchait, il sentait comme une espèce de claquement. Mais, phénomène plus significatif dans l'espèce, quand il essayait de mâcher des aliments, les mouvements des mâchoires nécessités par cet acte physiologique retentissaient si douloureusement dans son oreille, qu'il aimait mieux se priver de manger que de se soumettre à cette souffrance relativement vive.

Avec ces phénomènes et troubles fonctionnels, il eut de la fièvre, des maux de tête et un peu d'abattement général.

Malgré cela, il ne suivit aucune espèce de prescription spéciale, et se traita à sa façon de diverses manières jus-

qu'à, il y a quinze jours, époque à laquelle le malade se présente à la consultation pour la première fois. Je lui recommandai des injections nasales journalières avec de l'eau chaude, dans le but de dégager l'arrière-cavité des narines et la trompe d'Eustache, et de permettre ainsi plus facilement le dégorgement de la caisse du tympan.

Mais, par suite d'une imprudence, le malade prit encore froid à nouveau, et cela provoqua une nouvelle exacerbation de son otite qui le fit revenir lundi dernier (5 mars) à notre consultation, avec une figure pâle, défaite, empreinte d'une grande fatigue; il ne dormait pas depuis huit jours et ne mangeait plus.

Ce garçon, lymphathique de sa nature, profondément anémié, présentait en effet un faciès tout à fait caractéristique, qui devait d'emblée porter notre attention sur une nouvelle complication, qui est d'ailleurs relativement fréquente dans ces inflammations de l'oreille moyenne mal traitées ou abandonnées à elles-mêmes. Sa tête était immobile et légèrement inclinée sur le côté droit; il présentait derrière l'oreille droite une légère tuméfaction avec rougeur de la peau, se prolongeant dans la direction du muscle sterno-mastoïdien; par la pression, on déterminait là une vive douleur.

Pour compléter l'examen, je recommandai au malade de souffler, le nez et la bouche étant fermés. Cette exploration facile peut en effet vous donner des indications très-instructives, sans que vous soyez obligés d'avoir recours à des appareils spéciaux pour ce genre de recherches.

Pendant que le malade souffle, vous observerez avec attention si vous n'entendez pas un petit sifflement dans son conduit auditif; cela vous indiquerait d'une façon certaine que la membrane du tympan est déchirée. Le malade lui-même, si la trompe d'Eustache n'est pas obstruée, entendra dans son oreille, par suite de l'entrée de l'air dans la caisse et de sa collision avec les liquides qui s'y trouvent, une espèce de gargouillement, qui vous renseignera suffisamment sur l'état et la nature de la lésion.

Chez notre malade, actuellement du moins, la membrane du tympan ne paraît pas permettre de communication entre la caisse et le conduit auditif externe.

Par l'étude des antécédents, d'une part, et par l'examen des parties, de l'autre, je n'hésite pas à affirmer qu'il s'agit là d'une otite interne compliquée de suppuration des cellules mastoïdiennes.

Avant de vous parler du seul traitement rationnel qui convienne à ces formes d'otite, je veux vous dire un mot, pour la rejeter, d'une méthode qui fait fortune entre les mains des spécialistes et qui n'a que le seul tort, grave, d'être complètement inutile; je veux parler de l'insufflation d'air dans la caisse par le cathétérisme de la trompe d'Eustache.

Comme je l'ai dit dans mon article *Oreille* du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, il est impossible de chasser le pus de l'oreille moyenne par une injection d'air à travers un pertuis qui n'a pas 2 millimètres de diamètre, et qui est en partie bouché par l'instrument qui sert à insuffler de l'air dans la caisse. On ne peut rien faire sortir tant qu'il n'y a pas un autre orifice pour permettre l'entrée de l'air à la place du pus.

Pour en venir à l'histoire de notre malade, je vous dirai que le traitement qui s'imposait d'urgence pour enrayer de nouvelles complications qui pouvaient surgir, c'était la trépanation des cellules mastoïdiennes; c'est le seul moyen rationnel que vous devrez toujours employer en pareille circonstance pour permettre au pus de s'écouler au dehors et éviter ainsi son acheminement vers la cavité du crâne.

Cette opération est venue à l'esprit de Riolan, au XVII[e] siècle, lorsqu'on reconnut mieux le rapport des cellules mastoïdiennes avec la caisse du tympan.

Mais, un peu plus tard, on ne se borna pas seulement à la mettre en pratique dans les cas où son opportunité s'indiquait manifestement; elle fut exploitée aussi d'une façon générale pour les surdités de tous genres, quelle qu'en fût la cause.

Pour l'exécuter dans le cas particulier qui nous intéresse en ce moment, on a inventé une série d'instruments, dont les spécialistes enrichissent chaque jour leur arsenal comme pour étayer en quelque sorte la nécessité de l'existence de leur spécialité.

Le manuel opératoire est pourtant bien simple. Vous n'aurez jamais à recourir à l'emploi d'instruments inventés pour les besoins de la cause. Une simple lame de ciseaux mousses, qui est à la portée de tout le monde, vous suffira pour bien faire et pour atteindre le seul but que nous devons poursuivre : la guérison du mal.

Cette opération, je l'ai pratiquée hier sur notre malade, et j'ai procédé de la façon suivante : j'ai d'abord fait avec le bistouri une incision jusqu'à l'os, un peu en arrière du pavillon de l'oreille sur une ligne transversale passant horizontalement par le conduit auditif externe sur la partie saillante de l'apophyse mastoïde; j'ai ensuite, à l'aide du simple instrument dont je vous ai parlé tout à l'heure, c'est-à-dire d'une lame de ciseaux mousses, perforé la lame osseuse qui recouvre à ce niveau les cellules mastoïdiennes, en tournant cet instrument sur lui-même. Aussitôt la communication avec l'extérieur établie, ceux de mes élèves qui suivaient la visite ont pu voir la sortie et l'écoulement d'un pus blanchâtre, sans odeur, louable, comme on dit. Le malade ressentit bientôt les effets de l'opération; il y eut presque immédiatement une détente des différents troubles qui l'accablaient. Dès ce jour sa guérison est assurée; quel que soit le temps nécessaire à la guérison, l'abcès se refermera, et l'ouïe déjà revenue fait pressentir que nous aurons une guérison complète.

Cette variété d'otite, que vous avez pu observer sur ce malade, peut, dans certains cas, surtout lorsqu'il s'agit d'un jeune enfant, prendre tout l'habitus extérieur clinique d'une méningite aiguë ou tuberculeuse.

Même dans ces cas-là, vous ne serez pas longtemps abusés, car, malgré des apparences symptomatiques trompeuses, généralement vers le quatrième ou le cinquième jour, vous pourrez constater l'évacuation du pus, qui vous met ainsi sur la voie du mal, soit par la trompe d'Eustache, soit par la tympan qui se perfore. Mais la terminaison n'est pas toujours aussi heureuse, et quelquefois des complications cérébrales pourront emporter rapidement votre malade, ou bien une carie du rocher ou des cellules mastoïdiennes fera traîner la maladie en longueur. C'est dans ces cas qu'il faut faire en temps opportun ou la perforation du tympan ou l'ouverture des cellules mastoïdiennes.

Pour faire la trépanation de l'apophyse mastoïde, sachez-le bien, la rougeur qui accompagne la tuméfaction est un signe de grande valeur comme indice révélateur du pus, et ce signe était très-évident chez notre malade; il indique une périostite de voisinage causée par la présence du pus dans l'os.

Toutefois, malgré son efficacité, la trépanation dans

l'espèce n'est vraiment profitable que chez les individus d'une bonne constitution.

Chez un tuberculeux ou chez un individu prédisposé à la tuberculose, il restera une fistule qui suppurera très-longtemps, de la nécrose, et le malade succombera aux suites de la phthisie sans qu'il obtienne tous les bénéfices de votre tentative.

NOTA. — Aujourd'hui le malade est en pleine voie de guérison; il sort à peine de la sérosité par la plaie de la région mastoïdienne et l'ouïe a récupéré toute son intégrité; le malade s'apprête à sortir de l'hôpital, vingt-cinq jours après l'opération : il a été pansé tout le temps avec de simples cataplasmes de farine de graine de lin.

PHYSIOLOGIE

Étude expérimentale sur la vitesse de transmission nerveuse chez l'homme : durée d'un acte cérébral et d'un acte réflexe, vitesse sensitive, vitesse motrice (1).

Par le docteur Albert RENÉ,

Chef des travaux physiologiques à la Faculté de médecine de Nancy.

IV

III. *Troisième série d'expériences : vitesse motrice.*

Pour mesurer la vitesse de transmission motrice, il fallait encore se servir de la même méthode que pour la vitesse sensitive, en prenant des longueurs différentes de nerfs moteurs.

Voici comment nous avons disposé les expériences : l'index de la main gauche recevant la secousse électrique, dès qu'il y avait perception l'autre index pressait sur un tambour à levier conjugué avec un autre tambour enregistreur. Puis, dans une autre série de recherches, l'index gauche recevant toujours la secousse, aussitôt qu'elle était perçue le pied (au lieu de l'index droit) pressait sur le tambour. Un signal électrique à air inscrivait sur le cylindre le moment de l'excitation électrique, comme dans toutes les expériences précédentes. L'intensité de l'excitation, les longueurs de tubes de caoutchouc, etc., les tambours étant toujours les mêmes, en un mot, toutes les conditions expérimentales étant rigoureusement les mêmes, il n'y avait de différent que la longueur de nerfs moteurs à mettre en mouvement : d'une part, les nerfs moteurs fléchisseurs de l'index, d'autre part les nerfs moteurs fléchisseurs du pied. Connaissant la différence de longueur des nerfs (mesurée en s'arrêtant au milieu des muscles fléchisseurs), ainsi que le retard existant entre le mouvement de flexion de l'index et celui de flexion du pied, nous avons pu mesurer la vitesse de transmission. Voici les résultats obtenus dans les deux sortes d'expériences; les chiffres indiquent en centièmes de seconde le temps écoulé entre l'excitation électrique de l'index et l'inscription du mouvement produit par : 1° l'autre index; 2° le pied.

TABLEAU IV. — VD = 100.

RÉGION MOTRICE.	33°.	34°.	35°.	36°.
Index pressant sur le tambour.	33,9	21,8	20,8	19
Pied pressant sur le tambour..	33,1	25,9	24,4	24,1

Ces chiffres représentent la moyenne des retards additionnés pour chaque degré d'excitation. On voit que pour E = 33° nous ne pouvons calculer de vitesse motrice, le temps moyen employé pour le mouvement du pied, distance motrice la plus longue, étant plus court que pour le mouvement de l'index. Mais, pour les excitations suivantes, plus intenses, la différence devient normale.

On peut ici, comme pour le tableau III, premier procédé, calculer, par simple moyenne générale, un chiffre de vitesse motrice. Connaissant la différence entre les retards de l'index et du pied, et la différence de longueur des nerfs moteurs de ces deux régions (moyenne générale de 36 centimètres en mesurant des centres nerveux jusqu'au milieu des muscles fléchisseurs), nous avons un premier tableau dont les chiffres expriment en mètres la vitesse motrice par seconde :

TABLEAU V. — *Vitesse motrice : 1er procédé.*

D'APRÈS LA DIFFÉRENCE DES RETARDS ENTRE :	33°.	34°.	35°.	36°.	MOYENNE de 33° à 36°.
		Mètres	Mètres	Mètres	Mètres.
L'index et le pied.	>	8,78	10	7,05	8,61

Mais, comme nous l'avons fait déjà observer pour le tableau III, au lieu de prendre une moyenne générale, nous croyons plus exact de calculer la vitesse d'après les chiffres obtenus pour chaque sujet, et de prendre seulement ensuite la moyenne des vitesses individuelles. Nous obtenons ainsi le tableau suivant :

TABLEAU V *bis*. — *Vitesse motrice : 2e procédé.*

D'APRÈS LA DIFFÉRENCE DES RETARDS ENTRE :	33°.	34°.	35°.	36°.	MOYENNE GÉNÉRALE.
	Mètres	Mètres	Mètres	Mètres	Mètres.
L'index et le pied. . . .	20,12	22,19	21,08	17,14	20,13
Id. en éliminant les chiffres extrêmes.	»	»	23,42	14	

La vitesse motrice, dans les conditions expérimentales ci-dessus, serait donc de 20 mètres par seconde. Si l'on voulait compter en prenant la moyenne entre le chiffre du premier procédé, $8^m,61$, et celui du deuxième procédé, 20 mètres, on aurait seulement un chiffre moyen de 14 mètres par seconde.

Mais nous devons faire immédiatement une observation importante. Dans près d'un tiers des expériences, surtout dans celles à excitation faible, à 33°, (comme on le voit dans le tableau V), le mouvement du pied a été exécuté plus rapidement ou aussi rapidement que celui de l'index, bien qu'il y ait une longueur de nerfs moteurs plus grande à parcourir. Ce fait tendrait encore à démontrer que la vitesse de la transmission, calculée depuis le moment de l'excitation initiale, varie notablement avec l'intensité de l'excitation et sans doute aussi avec d'autres causes qui nous échappent, mais qu'en un mot elle n'est pas constante.

En résumé, tous ces chiffres de transmission nerveuse, sensitive ou motrice, présentent des différences sérieuses, qui parfois sont considérables, suivant qu'il s'agit de tel ou tel individu, suivant qu'on se sert de tel ou tel procédé, suivant qu'on excite telle ou telle région, etc. Les différences sont même souvent assez notables chez le même individu. Aussi nous semble-t-il plus rationnel de dire qu'il n'y a pas de chiffre absolu et constant de vitesse de transmission nerveuse. L'intensité de l'excitation, tous nos tableaux le démontrent, joue un rôle important; la vitesse de transmission augmente avec elle, surtout la vitesse sensitive. Pour la vitesse motrice, on a vu que, lorsque l'excitation devient forte, la vitesse diminue.

Mais, nous le répétons, ce que nous avons souvent constaté, c'est que la méthode des différences de longueur de nerfs n'est pas sûre, puisque, assez souvent, les plus grandes longueurs de nerfs sont parcourues plus vite que les plus petites. On ne peut comparer entre elles les excitations de nerfs des différentes régions. La transmission de l'index au cerveau ne se fait pas de la même

(1) Suite. — Voir le numéro du 1er avril 1882.

façon, au point de vue de la vitesse, que celle de la malléole ou du front au cerveau.

Il ne s'agit guère de différences de sensibilité, car le fait se présente pour des régions qui ont un minimum d'écart æsthésiométrique à peu près égal. D'ailleurs nous ne pensons pas qu'on puisse assimiler ici une secousse électrique aux sensations tactiles ordinaires; ainsi, au front, dont le minimum d'écart à l'æsthésiomètre est beaucoup plus grand qu'à la pulpe de l'index, la secousse électrique est certainement mieux sentie, plus vive et plus douloureuse qu'à l'index, ce qui n'empêche pas qu'elle arrive plus tard au cerveau.

Rappelons encore ici quelques expériences faites sur nous-même à propos de la mesure de la vitesse sensitive. Dans le tableau VI, nous donnons les chiffres moyens représentant, en centièmes de seconde, le retard entre l'excitation de l'index, du bord cubital de la main, du coude, etc., et le moment du mouvement produit par l'autre index pressant sur le tambour.

Tableau VI. — VD = 100.

RÉGION EXCITÉE.	33°.	34°.	35°.
Pulpe de l'index.	21,5	19,7	18,2
Bord cubital de la main.	20,5	17,7	16,2
Partie dorsale de l'index	Pas senti.	20,5	13,6
Milieu cubital de l'avant-bras. . .	Id.	15,7	14
Coude.	Id.	18,7	17,7

Avec les chiffres fournis par le tableau précédent, chiffres tous proportionnels à l'intensité de l'excitation, on pourrait espérer obtenir une vitesse nerveuse sensitive bien constante. Il n'en est rien, ainsi que le démontre le tableau suivant qui donne la vitesse nerveuse sensitive, en mètres, obtenue en calculant la différence du temps employé à parcourir des longueurs différentes de nerfs sensitifs.

Tableau VII. — *Vitesse nerveuse sensitive.*

D'APRÈS LA DIFFÉRENCE DES RETARDS ENTRE :	33°.	34°.	35°.	MOYENNE.
	Mètres.	Mètres.	Mètres.	Mètres.
La pulpe de l'index et le bord cubital de la main.	11	5,50	6,47	7,65
La pulpe de l'index et le coude.	»	47	94	70
La partie dorsale de l'index et le coude.	»	26,11	11,46	18,78
La pulpe de l'index et le milieu de l'avant-bras.	»	6,50	6,19	6,35
La partie dorsale de l'index et le milieu de l'avant-bras. . . .	»	5,41	>	5,41
Le bord cubital de la main et le milieu de l'avant-bras. . . .	»	7,50	6	6,75
Moyenne générale.				19,15

Pour le bord cubital de la main et le coude, de même que pour le milieu de l'avant-bras et le coude, le temps le plus court correspond au plus long trajet nerveux. Il y a donc encore impossibilité de calculer une vitesse nerveuse par ce procédé.

IV. *Applications pathologiques.*

Ayant eu l'occasion de répéter ces diverses expériences chez des sujets atteints, l'un de paralysie générale commençante, l'autre d'ataxie locomotrice, je cite brièvement les résultats de ces quelques expériences.

Dans le cas d'*ataxie locomotrice*, pour l'excitation électrique de l'index, le retard de la transmission est de près du double (38 VD = 100) du chiffre normal moyen 22, pour le front presque triple (68 centièmes de seconde au lieu de 26); pour la malléole, 40 au lieu de 28; pour l'excitation auditive, 20 au lieu de 17,9; pour le réflexe, 24 au lieu de 16; pour la pulpe du gros orteil, 34, et pour la région dorsale du gros orteil, 37 au lieu des chiffres ordinaires 24 et 26. Pour la vitesse motrice (pied sur le tambour), nous trouvons encore un chiffre de 53 centièmes de seconde au lieu de 25.

Au contraire, dans le cas de *paralysie générale commençante*, il n'y a pas de retard de transmission sensitive. Pour l'excitation de l'index, on a même un intervalle de temps un peu moindre que le chiffre normal moyen, 20 centièmes au lieu de 22, de même que pour l'excitation du front, 17 au lieu de 26; pour la malléole, 31 au lieu de 28; pour l'excitation auditive, 15 au lieu de 17,9; pour le réflexe, 20 au lieu de 16; pour l'excitation de la pulpe du gros orteil, 27, et pour la partie dorsale du gros orteil, 31, chiffres à peu près normaux. Pour la vitesse motrice, le chiffre est 31 au lieu de 25 centièmes de seconde représentant l'intervalle de temps compris entre la secousse électrique de l'index et le mouvement du pied.

En résumé, dans le cas d'ataxie locomotrice, il y a un retard considérable, tandis que, dans la paralysie générale au début, la transmission se fait dans des conditions à peu près normales, et souvent plus vite qu'à l'état normal.

Nous nous contentons aujourd'hui de signaler simplement ces résultats, qui nous ont paru intéressants; nous nous réservons de poursuivre cette étude et de faire de nouvelles recherches de physiologie nerveuse dans les maladies du système nerveux.

V. *Appendice : vitesse nerveuse chez les animaux.*

Citons, en terminant, et sans commentaires, les résultats que nous avons obtenus dans un certain nombre d'expériences faites sur les animaux.

Grenouille. Myographe à transmission, excitations faites à des hauteurs différentes du nerf sciatique.

Chiffre moyen de vitesse motrice = 21 mètres par seconde. Remarquons toutefois que l'on observe des différences suivant qu'il s'agit d'un courant (courant continu, éléments Leclanché) de fermeture ou d'un courant de rupture. Pour le courant de fermeture, on a toujours une vitesse plus grande que pour le courant de rupture; l'intervalle de temps écoulé entre l'excitation et la contraction est, par exemple, pour le courant de fermeture, de $\frac{1,5}{250}$ de seconde, tandis que pour le courant de rupture il est de $\frac{3}{250}$ et même de $\frac{5}{250}$ de seconde.

Notons que, souvent dans ces expériences, malgré la vitesse du cylindre enregistreur, on n'observe pas de différences pour des excitations faites sur des longueurs de nerfs différentes.

Lapin. Même disposition de l'expérience (myographe à transmission et excitations électriques du nerf sciatique à des hauteurs différentes). Vitesse motrice = $12^m,50$ par seconde.

Chien nouveau-né. Chez des petits chiens âgés de deux jours, l'excitation du nerf sciatique, avec le courant continu de deux éléments Leclanché, n'a été suivie d'aucune contraction musculaire. A cinq jours, l'excitation se fait bien ; mais, pour une longueur de 13 millimètres de nerf, il n'y a pas de différence sensible, sans qu'il y ait lieu d'accuser la fatigue ou la dessiccation. (Signalons encore, à ce propos, un fait intéressant que nous avons observé dans une autre série de recherches sur la fatigue nerveuse. La dessiccation produit la même abolition d'excitabilité que les excitations réitérées d'un courant induit, et même à un degré plus considérable. D'autre part, un nerf non excité, également tendu sur les excitateurs, se dessèche même plus que le nerf du côté opposé, placé dans des conditions identiques, mais soumis à des excitations électriques.)

Dans toutes ces expériences, les résultats ont été très-variables, lors même que l'expérience se réalisait dans des conditions, autant que possible, identiques. En tout cas, toujours la vitesse variait avec l'intensité de l'excitation, avec la nature du courant, induit ou continu, de fermeture ou de rupture, etc.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 avril 1882. — Présidence de M. Hardy.

CORRESPONDANCE

Elle comprend : 1° une note de M. le docteur Lamarre (de Saint-Germain-en-Laye) sur les résultats remarquables qu'il a obtenus dans le traitement des accidents locaux de la diphthérite au moyen de l'huile de pétrole (prix Saint-Paul); 2° une note de M. Dubois relative à un appareil calorigène dont il est l'inventeur.

M. le Président annonce la présence de MM. Ollier, Herman, Seux et Chauveau, correspondants de l'Académie.

M. Colin, qui, à l'occasion de la communication faite dans la précédente séance par M. le docteur Nielly, a rappelé avoir signalé dans le temps deux affections des animaux dans lesquelles on trouve de très-grandes quantités d'helminthes à l'état embryonnaire, dépose sur le bureau un mémoire qu'il a lu à l'Académie en 1864 sur le développement et les migrations des sclérostomes des solipèdes.

LECTURE

M. Queirel (de Marseille) donne lecture d'une observation de kyste hydatique suppuré du foie guéri par la méthode des larges incisions, défendue il y a quelques mois devant l'Académie par M. J. Rochard.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE CHLOROFORME

M. Panas. La prophylaxie et le traitement des accidents chloroformiques supposent la connaissance exacte des effets physiologiques de cet agent.

Il s'agit d'examiner s'il y a parité entre les résultats des expériences faites sur les animaux et les faits observés chez l'homme, et de quelle façon l'agent anesthésique exerce son action pour déterminer des accidents graves et parfois mortels.

Agit-il comme poison? ou bien a-t-on affaire à une action asphyxiante? ou ne s'agit-il pas là d'une question de réflexes mis en jeu et dont l'action serait d'arrêter la respiration ou le cœur?

Pour répondre à ces questions, M. Panas étudie successivement ce qui se passe dans les trois phases de la chloroformisation, le début, le milieu et la fin, comprenant l'acte opératoire. Il résume cette étude dans les propositions suivantes :

1° Chez l'homme comme chez les animaux, la cause, de beaucoup la plus fréquente, de la mort par le chloroforme réside dans la syncope respiratoire.

2° Cette syncope, tout à fait passagère au début, devient mortelle lorsqu'il s'y ajoute la syncope cardiaque, qui, heureusement, est rare et presque toujours consécutive.

3° La prophylaxie des accidents mortels chloroformiques réside tout entière dans la surveillance constante et minutieuse de la respiration, et cela pendant toute la durée de la chloroformisation. L'exploration du pouls n'a qu'une importance secondaire.

Les règles à suivre varient d'un sujet à l'autre et ne sauraient être enfermées dans une formule unique. De là la nécessité de ne confier l'emploi des anesthésiques qu'à des mains expérimentées et qui ne prennent aucune part à l'acte opératoire lui-même.

4° Le chloroforme produit des accidents surtout par une action excitative sur les nerfs respirateurs sensitifs. Ces accidents ne deviennent définitivement mortels que par suite de l'influence que cet agent exerce sur les centres bulbaires.

Le fait que la mort est surtout à craindre au début, alors qu'on n'a employé souvent que de très-petites doses de chloroforme, confirme cette double action réflexe de l'agent anesthésique sur le poumon d'abord et sur le cœur ensuite.

5° Chez les individus profondément anémiés, il faut préférer l'éther au chloroforme.

6° Une fois l'anesthésie complète obtenue, il suffit de l'entretenir, pour que, chez l'homme, on n'ait presque plus rien à craindre. A ce point de vue aussi bien qu'au sujet de la grande tolérance des enfants pour le chloroforme, il y a heureusement une différence absolue entre l'homme et les animaux.

7° Le chloroforme, tel qu'il est employé en chirurgie, n'agit chez l'homme, ni comme poison, ni comme corps asphyxiant. La mort prompte a toujours été la conséquence des troubles réflexes provoqués par cet agent.

8° Les actes réflexes en question devant varier nécessairement d'un individu à l'autre, on conçoit qu'aucune méthode fixe d'administration du chloroforme ne saurait être admise comme règle invariable et sûre.

M. Rochard, contrairement à ce qui a été dit dans la discussion, ne voit aucun inconvénient à administrer le chloroforme aux malades anémiés. On a parlé d'abandonner le chloroforme pour l'éther; il n'est nullement de cet avis et préfère infiniment le chloroforme, comme étant d'une action beaucoup plus rapide, plus prompte et plus sûre. Enfin, durant toute cette discussion, il n'a été question que de mort par le chloroforme, mort par asphyxie, mort par syncope, mort par intoxication, mort à la première période de l'anesthésie, mort à la seconde, etc., partout et toujours la mort, si bien qu'un malade sous le nez duquel on présente une compresse contenant quelques gouttes de chloroforme semble véritablement exposé aux plus grands dangers. Sans doute, il y a là un danger très-réel qu'il ne faut pas se dissimuler, mais il ne faut pas non plus l'exagérer, et les dangers auxquels expose le chloroforme peuvent être comparés, comme l'a fait Chassaignac, à ceux que l'on court en montant en chemin de fer, chose que personne aujourd'hui n'hésite à faire, même sur les lignes les plus désastreuses.

M. Dujardin-Beaumetz a vu, il y a quelques jours, dans son service, entre ses mains, un homme mourir du chloroforme. Il s'agissait d'un homme vigoureux de trente et un ans, qui était atteint depuis six mois d'une névralgie sciatique absolument rebelle à tout traitement. Depuis quelque temps, dit-il, j'ai recours, dans ces cas, à l'extension forcée sous-cutanée du nerf sciatique, c'est-à-dire que, sous l'influence du chloroforme, après avoir obtenu la résolution complète, je fléchis la jambe et la cuisse sur le tronc, de façon que le pied du malade soit porté jusque dans le voisinage de la tête. J'ai peur du chloroforme, et je ne l'emploie jamais sans m'entourer de toutes les précautions imaginables. J'avais donc, dans ce cas, comme d'habitude, fait préparer une pile, une pince pour la langue, etc. Je me sers de la simple compresse, et j'ai recours à la méthode des intermittences. Ce malade, qui, sauf sa sciatique, présentait tous les attributs de la santé la plus parfaite, n'avait pas respiré 10 grammes de chloroforme qu'il porta violemment sa main à la tête, devint violacé, cessa de respirer et mourut. La position de la tête en bas, la respiration artificielle, l'électrisation, la trachéotomie, tout fut tenté pour le ramener à la vie, mais en vain.

Dans ce fait douloureux, que faut-il incriminer? Le chloroforme était celui de l'hôpital et ne présentait rien de particulier ; le procédé employé fut celui de la simple compresse ; ce malade n'avait rien au cœur, il n'était pas alcoolique et jouissait d'une parfaite santé. Cependant, dès les premières inspirations, il eut une respiration saccadée. C'est évidemment à une syncope respiratoire qu'il a succombé.

Depuis le début de cette discussion, c'est le troisième cas de mort qui est publié : celui de M. Trélat, celui de M. Martel (de Saint-Malo), et celui-ci.

M. Gosselin. Plus ces accidents se multiplient, plus il est nécessaire de poser des règles précises sur la pratique de l'anesthésie. M. Panas, dans sa communication, a émis deux propositions trop vagues et trop incomplètes, selon moi ; il a parlé de prudence et d'attention ; il a dit qu'il fallait surveiller son malade et être très-attentif. Qu'est-ce que cela veut dire ? Pour moi, cela veut dire qu'il faut s'attacher à proportionner la dose de chloroforme à la susceptibilité du sujet, et c'est pourquoi j'ai proposé la méthode des intermittences.

M. Panas. Voici ce que j'entends par les précautions que j'ai recommandées : introduire constamment dans les voies aériennes un mélange d'air et de chloroforme, s'assurer constamment que

les voies aériennes sont et restent accessibles à l'absorption de ce mélange d'air et de chloroforme. En un mot, ce qui m'effraie, c'est l'apnée. Pour être bien sûr que la respiration se fait régulièrement, il ne suffit pas de surveiller l'épigastre, il faut consulter tout le temps le malade.

Résection sous-périostée du coude. — M. OLLIER (de Lyon) a pratiqué un grand nombre de résections du coude et n'a jamais perdu un malade à la suite de cette opération ; il la pratique dans des cas d'origine inflammatoire, spontanée, dans des cas de tumeurs blanches. La guérison par ankylose ne lui paraît pas l'idéal, dans ces cas, et il préfère de beaucoup les résultats fonctionnels de l'opération à l'ankylose habituellement recherchée.

En 1873, il a pratiqué une résection totale du coude chez un homme âgé de vingt-sept ans. Le malade est mort l'année dernière d'albuminurie, et M. Ollier peut montrer les pièces qui permettent de constater que l'articulation s'était complètement reconstituée. Ces articulations se reconstituent de deux manières, par néoformation latérale ou par néoformation à la fois latérale et longitudinale. Cette dernière s'obtient facilement chez l'enfant ; la première a lieu chez l'adulte, mais elle est suffisante pour l'accomplissement des fonctions. Sur la pièce présentée par M. Ollier, il y a eu à la fois néoformation latérale et néoformation longitudinale. Il appelle l'attention sur la solidité de cette articulation ; cet homme portait 11 kilog. à bras tendu, etc. Pourquoi rechercher l'ankylose quand la résection donne de pareils résultats ? La plupart des malades opérés par M. Ollier étaient tuberculeux. Parmi les tuberculeux, il en est qu'il faut opérer, il en est qu'on peut opérer, il en est enfin qu'il faut laisser tranquilles. Les premiers sont ceux qui ont des lésions suppuratives du coude survenues sans causes appréciables, sans lésion interne. Les seconds sont ceux qui sont arrivés à la seconde période de la tuberculose ; parmi eux il en est qui souffrent beaucoup et auxquels la résection du coude procure un réel soulagement. Dans ce but, on peut leur accorder l'opération. Enfin les troisièmes sont ceux qui sont arrivés à une période de phthisie assez avancée pour qu'il n'y ait plus lieu d'intervenir.

M. TILLAUX. Le résultat obtenu par M. Ollier dans le cas qu'il vient de présenter est évidemment très-beau et est la confirmation de ce qu'il a depuis longtemps avancé sur les résections. Je ferai cependant une objection relativement aux indications qu'il a posées. Quand on obtient l'ankylose dans une bonne position, on ne doit pas opérer, selon moi. Ma pratique diffère donc de celle de M. Ollier, à ce point de vue.

M. OLLIER. C'est là une indication relative. La résection ne s'impose pas dans ces cas comme dans ceux d'ankylose dans une position vicieuse. Mais, chez les jeunes gens, qui ont besoin d'avoir des mouvements étendus du coude, je crois qu'on peut, s'ils le demandent, leur accorder les bénéfices de la résection, qui est une opération nullement dangereuse. Dans ces conditions, cependant, je ne la pratiquerai jamais passé vingt-cinq ans.

ÉLECTION

Dans la précédente séance, l'Académie a procédé à l'élection d'un correspondant étranger dans la troisième division (médecine vétérinaire).

Sur 47 votants, M. Thiernesse (de Bruxelles), présenté en première ligne, a été élu par 46 voix. Les autres candidats étaient M. Röll (de Vienne), en deuxième ligne, et M. Fleming (de Londres), en troisième ligne.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — Les candidats inscrits pour concourir aux huit places d'aide-d'anatomie qui deviendront vacantes le 1er octobre prochain, sont au nombre de seize. Ce sont MM. Jonnesco, Broca, Hache, Chaput, Ricard, Wickham, Assaky, Barbulée, Poupinel, Damalix, Tuffier, Schaeck, Métaxas, Beurnier, Jocqs et Trousseau.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Laguaite, aide d'anatomie, est nommé, pour deux ans, prosecteur, en remplacement de M. Marangos, dont le temps d'exercice est expiré.

M. Parizot est nommé aide d'anatomie.

— *École de médecine de Caen.* — M. Leroy de Langevinière, professeur d'accouchements et des maladies des femmes et des enfants, est autorisé à se faire suppléer par M. Simon.

— *École de médecine de Reims.* — M. le professeur Langlet est nommé professeur suppléant de médecine.

M. le docteur Moret est nommé professeur suppléant d'anatomie.

— *Hôpitaux de Bordeaux.* — Le concours pour deux places de médecin des hôpitaux vient de se terminer par la nomination de MM. Rondot et Davezac.

— *Hôpitaux de Marseille.* — MM. Michel et Lauzet sont nommés chirurgiens-adjoints.

— M. le docteur de Sinéty est nommé médecin-adjoint de l'infirmerie de Saint-Lazare, en remplacement de M. Le Blond qui passe médecin titulaire.

— Parmi les subventions votées par l'Association française pour l'avancement des sciences dans la dernière séance du conseil d'administration, nous relevons les noms de :

1° MM. les docteurs Dujardin-Beaumetz et Audigé, pour la continuation de leurs recherches sur l'alcoolisme chronique, 400 francs.

2° M. le docteur Manouvriez, pour la continuation de ses recherches sur le cerveau, 1,200 francs.

De plus, l'Association française confie à M. Gaurau, aide-médecin, major à bord de la *Clorinde*, qui doit stationner à Terre-Neuve, un thermomètre à renversement dont elle fait l'acquisition (400 francs), à cette occasion, pour qu'il puisse faire une étude suivie des températures sous-marines.

— La date de l'ouverture du Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences est définitivement fixée au jeudi 24 août 1882. Cette onzième session sera tenue dans la ville de la Rochelle et durera jusqu'au jeudi 31 du même mois.

Les personnes qui désireraient faire des communications au Congrès sont invitées à faire parvenir l'indication du sujet qu'elles veulent traiter soit à M. le docteur Gariel, professeur agrégé de la Faculté de médecine et secrétaire du Conseil, 4, rue Antoine Dubois, à Paris, soit à M. Caillot, secrétaire général du Comité local, à La Rochelle.

— *Concours.* — Le concours de l'internat de l'asile public d'aliénés de Bron s'est terminé par la nomination de MM. Foucherand, Roussel et Tati, comme internes titulaires, et de MM. Domeck et Laurent, comme internes suppléants.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur A. Bert (de Saint-Estèphe) et de M. le docteur Delbieu, à Marseille.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le docteur Monod, agrégé, reprendra son cours auxiliaire de pathologie externe le jeudi 11 avril 1882, à cinq heures du soir, et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

— M. le docteur Archambault reprendra ses conférences cliniques, à l'hôpital des Enfants-Malades, le vendredi 21 avril. Il s'occupera spécialement, pendant le trimestre, du traitement des maladies de l'enfance.

— M. le docteur Descroizilles reprendra ses leçons cliniques sur les maladies de l'enfance, à l'hôpital des Enfants-Malades, le samedi 22 avril, à neuf heures du matin, et les continuera les samedis suivants, à la même heure (salle Saint-Ferdinand).

Consultations le mercredi et le jeudi.

— *Muséum.* — M. le professeur Édouard Bureau commencera son

cours de botanique et classification des familles naturelles le samedi 22 avril 1882, à midi et demi, et le continuera les mardis et les samedis suivants, à la même heure. Ce cours, à la fois théorique et pratique, aura pour objet l'étude des principales familles de plantes appartenant à l'embranchement des dicotylédones. La leçon d'ouverture aura lieu dans le grand amphithéâtre du Muséum, ainsi que les leçons théoriques suivantes, qui se feront le samedi. Les leçons pratiques auront lieu le mardi à midi et demi et le jeudi à une heure et demie, dans le laboratoire de botanique, rue de Buffon, 63. Des herborisations compléteront le cours ; elles se feront ordinairement le dimanche et seront annoncées par des affiches particulières.

M. le professeur Edmond Becquerel commencera le cours de physique appliquée aux sciences naturelles le lundi 24 avril 1882, à une heure, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure. Il traitera de l'électricité dans ses rapports avec les phénomènes physiques, chimiques, physiologiques et naturels, et s'occupera spécialement de l'électro-chimie. En cas d'absence, il sera remplacé par M. H. Becquerel, aide naturaliste des cours de physique appliquée.

— M. le professeur Chatin fera sa prochaine herborisation publique le 23 avril 1882, dans les bois du Vésinet. Le rendez-vous est à onze heures du matin, à la gare Saint-Lazare, afin de prendre le train partant de Paris à onze heures et demie pour la station de Chatou.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 12717.

N° 47. — SAMEDI 22 AVRIL 1882. 55e ANNÉE. SAMEDI 22 AVRIL 1882. — N° 47.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

Paris, le 21 avril 1882.

RÉSUMÉ DE LA DISCUSSION SUR LE CHLOROFORME

A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La discussion à laquelle vient de se livrer l'Académie sur le chloroforme, discussion que l'on peut considérer dès à présent comme terminée, bien qu'elle n'ait pas été déclarée officiellement close, a-t-elle atteint le but que se proposaient ses instigateurs ? A-t-elle résolu la question posée, la connaissance des causes réelles des dangers de la chloroformisation et des moyens de les prévenir et de les combattre ? A défaut de cette solution, a-t-elle du moins produit quelques faits ou quelques résultats nouveaux, qui nous mettent sur la voie et nous la montrent en perspective dans un avenir prochain ? C'est ce que nous allons chercher dans ce résumé.

Rappelons d'abord ce qui a été établi par les précédentes discussions. En 1849, en 1853, en 1857, et à diverses autres époques encore, à l'Académie de médecine, à l'Académie des sciences, à la Société de chirurgie, dans quelques autres Sociétés libres et dans la presse médicale, la question de l'anesthésie a été posée, traitée, reprise et envisagée sous toutes ses faces. Le fait seul qu'il y ait eu lieu de l'examiner encore témoigne assez qu'aucune de ces discussions n'en a donné jusqu'à présent une solution satisfaisante. Est-ce à dire qu'elles aient été inutiles, qu'elles n'aient rien produit ? Non, sans doute ; chacune d'elles, au contraire, a apporté son contingent de lumière, et chaque fois les chirurgiens en sont sortis plus raffermis dans leur confiance, plus libres dans leurs actions, plus convaincus des immenses services que leur rend l'anesthésie, mais aussi de plus en plus pénétrés des dangers inhérents au maniement des anesthésiques et de la nécessité d'y apporter la plus stricte surveillance. Pour n'en citer qu'un exemple, nous rappellerons la discussion de 1857. Engagée principalement sur la question de l'utilité des appareils au point de vue de la sécurité et au nom de la responsabilité médicale mise en cause, cette discussion se termina par le vote d'une proposition formulée en ces termes : « Dans l'état actuel de la science, on peut se servir ou non d'appareils, le moyen d'éthérisation peut être laissé au choix du médecin ou du chirurgien. » A coup sûr, une pareille conclusion engageait peu l'Académie. Cependant quelques-uns de ses membres trouvèrent que c'était trop encore et qu'il n'y avait point de conclusion à prendre. A chacun de tirer des discussions les enseignements qu'elles renferment ; le praticien restant d'ailleurs libre de la détermination des indications ou des contre-indications de l'anesthésie et du choix de ses procédés, indépendamment de toute décision académique. On sait si les chirurgiens ont usé de cette liberté. Nous sommes loin de les en blâmer, convaincu qu'ils ne l'ont jamais fait qu'en conscience et en vue unique du succès de leurs opérations et du salut de leurs malades. Mais, en présence des résultats multipliés des expériences sur les animaux qui montrent, passé de certaines doses, l'excessive nocuité du chloroforme, et en présence surtout des accidents mortels qui, heureusement très-rares, viennent cependant, de loin en loin, en réalisant et confirmant ces expériences, jeter la terreur dans l'âme du chirurgien, expériences et accidents qui s'accordent pour montrer, suivant l'expression de Simpson, qu'il y a à la fois dans le chloroforme une grande puissance de bien alliée à une grande puissance de mal, est-il bon que les chirurgiens, s'isolant de toute entente commune, restent confinés chacun dans les résultats de sa pratique personnelle et dans sa manière habituelle d'agir, jusqu'à ce qu'un malheur imprévu vienne lui démontrer à son tour son insuffisance ou ses dangers ?

Il ne s'agit pas d'ailleurs uniquement de l'éventualité des accidents mortels, ceux, à coup sûr, qui s'imposent le plus impérieusement à la légitime préoccupation du chirurgien ; il s'agit aussi de cette série d'accidents beaucoup moins graves, mais aussi plus fréquents, tels que vomissements, malaises, lipothymies, troubles nerveux divers, et qui semblent surtout s'être multipliés à certaines époques, peut-être par le fait de l'impureté des chloroformes employés, ainsi que cela paraissait ressortir de la communication faite à l'Académie par M. Maurice Perrin en 1878.

Enfin, depuis les dernières discussions, de nouvelles études et de nouvelles expériences ont été faites, des faits sans nombre ont été publiés, des statistiques dressées. Peu d'années après cette dernière discussion, en 1861, M. le

docteur Berchon, dans une notice sur l'emploi méthodique des anesthésiques, nous faisait connaître les résultats constamment heureux obtenus dans les divers services de santé de la marine, par l'usage unanimement adopté de l'appareil réglementaire d'inhalation, connu sous le nom de cornet de la marine, ce qui a été confirmé dans la discussion actuelle, par M. Rochard. En 1863, MM. Perrin et Lallemand publiaient leur savant traité de l'anesthésie. M. Simonnin (de Nancy), dans des mémoires successifs, étudiait et analysait avec une scrupuleuse et intelligente attention les phénomènes principaux de chacune des périodes de l'anesthésie chloroformique. Au point de vue scientifique et physiologique, les communications faites à l'Académie des sciences par M. Vulpian, à la Société de biologie par MM. P. Bert, Regnard, Frank, Rabuteau, étendaient et élargissaient le champ de l'expérimentation, précisaient de plus en plus le mode d'action des agents anesthésiques sur les différents éléments du système nerveux. Enfin, dans des thèses remarquables, M. Arloing à Lyon, et M. Duret à Paris, nous présentaient d'excellents résumés de tous les faits récemment introduits dans la science sur ce sujet.

Nous en passons beaucoup, sans parler même des travaux de même ordre publiés en Angleterre, en Allemagne et en Belgique; des recherches du comité du chloroforme de Londres, des discussions du congrès de Bruxelles. De cette masse de documents, s'imposant à l'étude et à la méditation des chirurgiens, il ressortait pour eux la nécessité de soumettre la question à une révision nouvelle, de constituer une sorte d'état de situation de l'anesthésie chirurgicale.

Telle a été, avec les discussions récentes qui ont eu lieu à peu près simultanément dans les Sociétés de chirurgie et de pharmacie, la raison déterminante de la communication de M. Regnauld sur les impuretés du chloroforme, qui a provoqué, à son tour, les explications de M. Gosselin et la discussion qui s'en est suivie.

M. Gosselin est venu déclarer, à cette occasion, que pour lui, mettant à part le plus ou moins de pureté du chloroforme, la plupart des méfaits attribués à cet agent sont le résultat d'idiosyncrasies qui rendent tels sujets beaucoup plus sensibles que d'autres à son action, et que les accidents de toute nature, légers ou graves, les simples inconvénients comme les dangers de la chloroformisation pourraient et devraient être évités par un mode d'administration subordonné à certaines règles, telles, par exemple, que celle de ne respirer le chloroforme que peu à peu, graduellement, et avec des intermittences, etc. On connaît le procédé technique conseillé par l'éminent académicien. Depuis qu'il y a recours, non-seulement il n'a pas eu d'accident de mort, mais il a vu diminuer dans une grande proportion les accidents légers qu'il avait observés souvent jusque-là. Aussi, confiant dans cette méthode, s'est-il cru fondé à rééditer la fameuse proposition de M. Sédillot, dont il a, par là, endossé la responsabilité : « Le chloroforme, même impur, ne donne jamais la mort lorsqu'il est bien administré. »

De là le *tolle* général de réclamations soulevé sur les bancs de ses collègues. Si M. Gosselin s'était borné à dire : — Voilà comment j'opère ; depuis que j'agis ainsi, je n'ai plus d'accidents chloroformiques, ni graves, ni passagers ; agissez ainsi, vous aurez sans doute les mêmes résultats, — il est probable que ses paroles auraient été accueillies avec toute la déférence qu'elles méritaient. Mais tout le mal est venu de la malencontreuse proposition de Sédillot qui, avec son ton tranchant, absolu, et sa forme comminatoire, semblait impliquer, dans la pensée même de M. Gosselin, l'idée que tout accident mortel est nécessairement le fait d'une mauvaise administration ou de l'inobservance des règles convenues, et en faire par conséquent peser la responsabilité de tout son poids sur tout chirurgien à qui un semblable malheur était arrivé. Non, sont venus dire l'un après l'autre tous ses collègues, nous n'acceptons pas la proposition de Sédillot ; non, il n'est pas vrai de dire que le chloroforme bien administré ne tue jamais. Que nôtre manière d'administrer le chloroforme s'approche ou s'éloigne de la vôtre, nous avons eu tous, comme vous, de longues séries de chloroformisations heureuses, et, dans le petit nombre d'accidents mortels dont quelques-uns d'entre nous ont eu le malheur d'être les témoins, nous vous mettons au défi de prouver que c'est au mode d'administration qu'il faille imputer ce malheur, et rien ne vous autorise vous-même à croire qu'heureux jusqu'à présent dans votre pratique, vous n'ayez pas un jour, malgré l'application rigoureuse de votre méthode, à déplorer aussi un de ces malheurs imprévus. Telle a été, en substance, l'argumentation de la plupart des chirurgiens qui ont pris part à cette discussion.

Mais, avant d'aller plus loin, il faut nous arrêter ici un moment sur le double fait véritablement dominant de cette discussion, et qu'il importe de signaler, non-seulement à nos lecteurs immédiatement intéressés à le connaître, mais au grand public, qui ne peut pas rester non plus indifférent à ces débats, et qu'il ne faudrait pas laisser sous l'impression d'une alarme qui ne serait pas suffisamment justifiée. Ce double fait, c'est, d'une part, l'incontestable danger inhérent, dans l'état actuel de la science, à l'usage même du chloroforme, mais danger dont la réalisation est si rare, dont les chances sont si minimes, qu'il est, nous ne dirons pas assurément négligeable, mais largement compensé par cet autre fait d'une importance capitale, et dont témoigne unanimement l'immense pratique réunie de tous les chirurgiens du monde entier, savoir, les incalculables services que rend journellement l'anesthésie dans l'exercice de la chirurgie ; ce que M. Trélat a parfaitement fait ressortir.

Consultons, pour appuyer cette proposition, le relevé statistique de l'excellente thèse de M. Duret, plusieurs fois citée avec éloge et avec justice dans cette discussion. Nous y voyons ces deux faits mis en évidence.

D'une part, une proportion de mortalité par le chloroforme de 1 sur 5,200 à 5,300 chloroformisations ; d'autre part, un tableau analytique de 115 cas de mort, qui montre des cas de mort avec ou sans appareil et avec tous les appareils indistinctement, d'où aucun appareil en particulier ne saurait être incriminé ; des cas de mort avec quelques gouttes, comme avec plusieurs grammes de chloroforme, à toutes les périodes, au commencement de l'inhalation, dans le stade d'excitation, comme dans le stade de narcose incomplète ou complète, etc.

Mais, bien que ce chiffre de 1 sur 5,200 à 5,300 soit déjà assez minime pour qu'il n'y ait pas lieu d'exagérer les appréhensions que peut susciter la pratique anesthésique, ce chiffre est-il lui-même exact ? et, dans beaucoup de cas de mort attribués au chloroforme, n'a-t-on pas fait figurer des cas où la mort serait survenue sans lui et où elle ne lui est par conséquent pas imputable ? A-t-on fait suffisamment la part des coïncidences ? Ne connaissait-on pas, avant la découverte de l'anesthésie chirurgicale, ainsi que M. Verneuil en a fait justement l'observation, des cas de mort

subite au début, pendant le cours ou immédiatement après les opérations? Plusieurs exemples récents de ce genre ont été également cités à propos dans le cours de cette discussion.

Enfin n'oublions pas que M. Gosselin déclare que, dans sa longue pratique, pas plus avant qu'il eût adopté sa méthode des intermittences que depuis, il n'a jamais eu à déplorer un cas de mort par le chloroforme. M. Léon Labbé a fait une déclaration semblable. Nous avons entendu M. Maurice Perrin dire que, pendant une période de plus de trente années, il n'avait jamais eu d'accidents, tout en opérant le plus souvent dans les conditions si défectueuses de la chirurgie d'armée, et M. Rochard rappeler que, depuis trente-cinq ans que le chloroforme est administré, comme on l'a vu plus haut, suivant une règle et une méthode uniformes, dans tous les ports maritimes, à bord des navires, et dans toutes nos colonies, on n'a pas eu un seul cas de mort à déplorer.

Voilà des témoignages assez rassurants, et nous ne doutons pas que beaucoup d'autres chirurgiens, qui n'ont pas été à même d'énoncer leur opinion ou d'exposer leur pratique devant l'Académie, ne fussent en mesure d'en apporter de semblables.

Mais est-ce une raison pour se laisser endormir dans une sécurité qui peut, d'un moment à l'autre, au milieu d'une longue et heureuse pratique de l'anesthésie, être cruellement trompée? En prenant pour base la proportion de 1 décès sur 5000, c'est donc encore 1/51000e de péril qu'il faut conjurer, 1 victime sur 5,000 opérés qu'il faut arracher à la mort. Voilà le procès qui reste pendant, le problème qu'il faut chercher à résoudre. Est-ce en adoptant la technique des inhalations intermittentes de M. Gosselin qu'on y parviendra? Est-ce par l'interprétation et l'application à l'anesthésie chirurgicale des données de l'expérimentation sur les animaux et par l'appel à de nouvelles expériences qu'on devra demander cette solution?

On a vu quel a été le rôle de l'expérimentation physiologique dans cette discussion. M. J. Guérin, qui avait déjà pris part aux discussions de 1848 et de 1857, et qui avait contribué, à ces deux époques, à la démonstration de l'action toxique du chloroforme et à la substitution de cette notion à celle de l'action purement asphyxique qui prévalait alors, en venant rappeler à la tribune les expériences qu'il a faites dans le temps, a rappelé du même coup et les analogies que présentent les diverses phases de l'intoxication chloroformique chez les animaux en expérience, avec celles de l'intoxication accidentelle chez l'homme, et les préceptes qui découlaient naturellement de ce rapprochement et qui sont, pour la plupart, entrés depuis dans la pratique courante, sans qu'on en ait toujours reconnu l'origine ou apprécié suffisamment la valeur. M. Vulpian est venu, enfin, exposer tout ce que l'expérimentation lui a appris jusqu'à ce jour sur le mécanisme physiologique de la syncope cardiaque et de la syncope respiratoire, qui rendent si bien compte à certains égards de ce qui se passe dans les chloroformisations malheureuses chez l'homme, tout en laissant subsister toutefois encore des points obscurs dont on est réduit à demander l'explication à l'observation directe.

La conclusion finale de tout ceci, c'est qu'il faut continuer à se servir, en chirurgie comme en médecine, du chloroforme, dont les bénéfices sont inappréciables, et qu'on ne saurait remplacer avantageusement par aucun autre agent analogue connu, jusqu'à présent du moins, mais qu'il faut continuer aussi à apporter dans son usage la plus grande et la plus attentive surveillance, qu'il faut redoubler même de précautions, et nous ferons volontiers entrer dans ce programme de précautions l'application des procédés de M. Gosselin; — enfin, qu'il faut diriger tous les efforts de l'étude, de l'observation et de l'expérimentation, vers cet objectif, la réduction à 0 de la proportion de 1 pour 5000 des chances malheureuses auxquelles expose l'anesthésie. Des essais sont tentés déjà en ce moment dans cette direction, d'après le programme des expériences de M. P. Bert pour le dosage exact des quantités d'éther ou de chloroforme qui doivent pénétrer dans le sang pour amener l'insensibilité sans faire courir aucun risque de mort.

— Nous terminerons ce résumé en exposant sous une forme quasi aphoristique la technique anesthésique que l'un de nos collaborateurs, très-versé dans cette pratique, applique depuis plus de dix ans avec un constant succès. Ce sera, si on veut bien la désigner ainsi à l'avenir, la technique chloroformique de la *Gazette des hôpitaux*.

On peut endormir avec tous les chloroformes, plus ou moins rapidement.

La compresse est préférable à tous les autres moyens; on trouve partout un mouchoir, et c'est ce qui effraye le moins les malades.

Plier le mouchoir en forme de cornet, le maintenir très-serré au sommet du nez, mais ne verser du chloroforme que sur la partie qui n'est pas directement en contact avec la peau.

Il faut faire des intermittences, mais il est inutile qu'elles soient réglées comme le veut M. Gosselin.

Donner très-peu de chloroforme au début pour habituer le malade, — le prévenir qu'il aura de la suffocation, — puis, les premières inspirations passées, verser très-souvent du chloroforme, sans quoi on perd beaucoup de temps et on a de la peine à obtenir l'anesthésie complète.

Avant de commencer l'anesthésie, s'assurer qu'aucun vêtement ne serre le malade, supprimer même le cordon d'un bonnet.

Découvrir l'épigastre; dès les premières inspirations, avoir l'œil sur l'épigastre et surveiller *constamment* la respiration, sans s'inquiéter du pouls.

Avoir toujours à portée de la main une pince à arrêt.

Sitôt que la respiration devient bruyante, stertoreuse, supprimer la compresse et laisser le malade respirer de l'air pur pendant un certain temps.

Dès que la respiration s'arrête, pincer la langue, la tirer au dehors, en même temps commencer immédiatement la respiration artificielle; si la respiration ne revient pas après quelques secondes, mettre la tête en bas, flageller les joues de toutes ses forces, maintenir la langue au dehors, continuer la respiration artificielle pendant cinq, dix, quinze et vingt minutes s'il le faut.

Quand la respiration est bruyante, passer rapidement dans le fond de la gorge une éponge montée sur une pince pour retirer les mucosités qui s'y trouvent.

Ceci est très-fréquent chez les malades enrhumés.

Nous ne connaissons qu'une seule contre-indication au chloroforme, c'est la phthisie avancée.

Les affections cardiaques ne sont pas des contre-indications.

Se méfier des hystériques.

Les alcooliques sont très-longs et difficiles à endormir, mais non dangereux.

Le chloroforme, jusqu'ici, est préférable à tous les autres anesthésiques.

J'ai des exemples de trois, quatre et cinq heures d'anesthésie consécutives, sans accidents.

800 grammes de chloroforme absorbé.

Quand le malade vomit pendant l'anesthésie, augmenter la dose de chloroforme ; les vomissements le réveillent toujours.

Ce sont les opérations sur le péritoine, sur l'anus, sur le vagin, qui sont les plus douloureuses et réclament l'anesthésie la plus complète.

On peut et doit endormir pour toutes les opérations chirurgicales, sauf la trachéotomie.

Langue, bouche, maxillaires supérieur et inférieur, etc., les opérations pratiquées sur toutes ces régions peuvent bénéficier de la chloroformisation.

Il n'y a aucun inconvénient à endormir les malades qui viennent de manger.

HOPITAL NECKER. — M. Potain.

Gangrène diabétique, gangrène par embolie et gangrène mixte.

Au n° 16 de la salle Saint-Luc, nous avons un vieillard atteint de gangrène du membre inférieur droit, gangrène limitée au pied, ne dépassant pas les malléoles et dont les premiers symptômes remontent à six semaines.

Cet homme avait déjà présenté antérieurement quelques phénomènes diabétiques, une soif exagérée, un appétit plus grand que d'habitude, lorsqu'il a été victime dans les premiers jours du mois dernier d'un accident grave par une roue de voiture, légère il est vrai, mais qui n'en a pas moins passé sur le pied droit et comprimé transversalement la cage thoracique. Cependant elle n'a produit aucune fracture de côtes, ni aucune lésion organique sérieuse. Le pied seul a donc été assez gravement atteint.

C'est à la suite de ce traumatisme que la soif est devenue assez intense, la langue sèche s'accompagnant de quelques autres symptômes assez peu marqués, chez cet homme, pour être passés inaperçus de son entourage, et n'avoir pas attiré l'attention du médecin appelé à lui donner ses soins avant son arrivée dans nos salles.

Du reste, le diabète latent est plus fréquent qu'on ne le croit généralement, car le médecin, confiant dans son diagnostic, et n'étant point éclairé par des accidents diabétiques manifestes, ne songe pas toujours à cette affection. C'est ce qui est arrivé chez notre malade, où le confrère qui l'a saigné n'a vu que le traumatisme du pied.

Cependant, en interrogeant cet homme, nous avons appris qu'il avait eu déjà il y a deux ans, comme manifestation du diabète, un anthrax assez volumineux qui, du reste, a bien guéri. De plus, poursuivant notre enquête, cet homme nous a dit aussi que depuis longtemps il s'apercevait de certaines taches blanchâtres lorsque quelques gouttes d'urine tombaient sur son pantalon.

Nous avons donc affaire à un glycosurique d'ancienne date qui porte aussi, depuis très-peu de temps, un ulcère variqueux au-dessus de la malléole interne, et qui réunit ainsi deux conditions pathologiques importantes à constater, c'est-à-dire le diabète et un état variqueux. L'ulcération et le traumatisme ont été, pour ainsi dire, la mise en train des accidents gangreneux du côté du pied. Bientôt est survenu un engourdissement douloureux, de la décoloration du pied, un refroidissement de plus en plus marqué, puis une teinte violacée d'abord, noire un peu plus tard ; enfin la peau du pied s'est complètement sphacélée jusqu'aux malléoles. Le cas est très-grave, car la lésion est non-seulement étendue, superficiellement parlant, mais encore elle paraît gagner en profondeur, au point que nous ne serions nullement surpris de voir le pied, complètement gangrené, se détacher complètement à un moment donné par une amputation spontanée.

Cette gangrène profonde rend donc le pronostic, je le répète, des plus graves, tandis que, lorsque le sphacèle reste superficiel, sa gravité peut être moindre. Cependant son pronostic est parfois aussi fort sérieux, en raison des accidents consécutifs auxquels il peut donner lieu.

C'est ainsi que le malade du n° 7 de la salle Saint-Luc, qui est entré, il y a un mois, dans notre service pour un sphacèle du pied déterminé aussi par une glycosurie latente, sans soif exagérée, nous a présenté, consécutivement à la chute de la peau, des fusées purulentes sous-aponévrotiques qui ont mis pendant quelque temps sa vie en danger. Il va beaucoup mieux aujourd'hui, il est vrai ; néanmoins nous ne pouvons pas encore le considérer comme sauvé.

Mais revenons au malade du n° 16. Bien que la gangrène consécutive au diabète et développée sous son influence ne soit pas contestable, nous devons encore cependant nous demander si chez cet homme les accidents gangreneux ont pour origine la glycosurie ou s'ils sont de nature embolique. La marche, à peu près la même dans ce dernier cas, est caractérisée par un début brusque, par des douleurs vives, par une pâleur rapide du membre, son refroidissement limité à la partie située au-dessous du siège même de l'embolie, tandis que la partie supérieure acquiert une température élevée, au-dessus de la normale. La portion inférieure du membre commence à se sphacéler et la gangrène est sèche, sans aucune humidité, parfaitement limitée par la ligne de séparation tracée nettement par la différence de température que nous venons de signaler.

Dans la gangrène diabétique, la partie mortifiée du membre se dessèche également, sans suintement, sans aucune humidité.

Enfin il existe un troisième cas : c'est celui où la gangrène survient par embolie chez un diabétique et du fait même du diabète, gangrène mixte alors qui réunit à la fois les caractères de l'une et de l'autre affection. J'ai eu l'occasion de voir ainsi autrefois, à l'Hôtel-Dieu, une vieille femme qui était entrée à l'hôpital pour un sphacèle du pied présentant tous les caractères de la gangrène sèche par embolie. Le début des accidents avait été assez brusque ; il n'existait aucune lésion, apparente du moins, du centre circulatoire, et l'examen des urines avait dénoté une quantité très-considérable de glucose, de telle sorte que nous nous trouvions en présence de phénomènes emboliques dans le membre inférieur chez un sujet diabétique.

Ce fait, anomal en apparence, ne tarda pas à s'expliquer par la nécropsie, la mort étant survenue assez rapidement. On trouva en effet une oblitération complète de l'artère fémorale profonde par un caillot dur et sec.

Mais, pour en revenir au malade qui nous occupe particulièrement aujourd'hui, c'est-à-dire au vieillard chez lequel les phénomènes de gangrène diabétique ont été déterminés par un traumatisme, nous dirons que le pronostic est fort

grave, grave par son âge, grave par l'altération de la santé générale de cet homme, grave en tous cas par la possibilité d'accidents consécutifs pouvant s'éterniser.

Dans l'état où il se trouve, une opération chirurgicale est-elle possible? l'amputation non spontanée du membre mais par intervention chirurgicale est-elle indiquée? Je ne le crois pas, le remède me parait devoir être plus funeste encore que le mal lui-même.

Tout ce que nous pouvons faire, tout ce que nous pouvons tenter, sans espoir de guérison cependant, je dois l'avouer, c'est de chercher à modifier l'état glycosurique. Le succès même de ce côté-là nous paraît encore assez douteux, surtout si nous comparons notre malade à celui du n° 7, dont je vous ai dit aussi tout à l'heure quelques mots. En effet, chez ce dernier, après avoir obtenu pendant les premiers jours du traitement ordinaire du diabète une certaine amélioration, après avoir vu la peau sphacélée tomber et la gangrène tendre à se limiter convenablement, bientôt des fusées purulentes se sont formées et les accidents ont repris une marche progressive. Celle-ci a pu être encore enrayée à un moment donné, et depuis lors l'état du malade est resté stationnaire sans aucune amélioration nouvelle. Cependant l'individu était plus jeune que celui du n° 16.

En présence donc d'un résultat aussi négatif et dans les conditions d'âge de ce malade, nous avons bien peu d'espoir d'obtenir quelque succès, même d'amélioration.

PHYSIOLOGIE

Étude expérimentale sur la vitesse de transmission nerveuse chez l'homme : durée d'un acte cérébral et d'un acte réflexe, vitesse sensitive, vitesse motrice (1).

Par le docteur Albert RENÉ,
Chef des travaux physiologiques à la Faculté de médecine de Nancy.

V

VI. *Conclusions.*

Un des faits les plus importants qui se dégagent de toutes nos recherches est le suivant :

L'intensité de l'excitation fait varier la vitesse de transmission nerveuse. Plus l'excitation est forte, plus la transmission est rapide. Nos tableaux I, II, IV, VI le démontrent d'une façon incontestable.

Ce principe étant bien établi, on ne peut donc obtenir pour la vitesse de transmission nerveuse un chiffre absolu, constant. Il faut, en donnant un chiffre de vitesse nerveuse, tenir compte de l'intensité de l'excitation avec laquelle on a mesuré cette vitesse. La vitesse nerveuse varie avec l'intensité de l'excitation.

Ces réserves établies, formulons les résultats que nous avons obtenus dans chaque série d'expériences :

I. La durée d'un *acte cérébral* élémentaire, tel qu'il a été institué dans la première série d'expériences, peut être évaluée, en moyenne, à $\frac{3,2}{100}$ ou $\frac{3,5}{100}$ de seconde.

Cette durée ne s'applique qu'à des étudiants ou docteurs en médecine. Chez des adolescents élèves de l'école primaire, la durée pour le même acte cérébral est plus longue, $\frac{7,5 \text{ à } 9,5}{100}$ de seconde.

La durée d'un *acte réflexe* (c'est-à-dire le parcours d'un arc réflexe entier; excitation sensitive d'un index et mouvement réflexe du même index) pour une même excitation (moyenne de 33° à 36° du chariot de Du Bois-Reymond) est de 15 à 16 centièmes de seconde.

II. La vitesse de transmission *sensitive* a été mesurée par deux procédés.

Premier procédé. A (excitations auditives). C'est, à notre avis, le plus exact et le seul véritablement acceptable. La vitesse de transmission sensitive, ainsi calculée, est de 28 mètres par seconde.

Deuxième procédé. B. Ce procédé, qui consiste à mesurer la vitesse sensitive par les différences du temps employé à parcourir des longueurs différences de nerfs, n'est pas exact. D'après nos nombreuses expériences, nous pouvons avancer qu'on ne peut comparer entre eux les différents nerfs et les assimiler pour mesurer la vitesse sensitive. Cette vitesse sensitive (même la question d'intensité à part) n'est pas la même après l'excitation du front, par exemple, qu'après l'excitation de l'index, du trochanter ou de la malléole. L'excitation de ces régions fournit des chiffres en apparence fort concordants et qui témoignent de l'exactitude du manuel expérimental (tableau II); mais, dès que l'on veut calculer la vitesse nerveuse en les comparant entre eux, on obtient des résultats tout à fait contradictoires et que nous ne pouvons mieux exprimer qu'en renvoyant à un examen attentif de nos tableaux III et III *bis*. En un mot, on ne peut comparer entre eux les résultats obtenus sur des régions différentes. *On ne peut calculer la vitesse sensitive par la méthode des longueurs différentes de nerfs à parcourir.* On voit, par exemple (tableau III, signe >), que souvent le trajet le plus long est parcouru plus vite qu'un autre trajet nerveux plus court, et, lors même qu'il n'en est plus ainsi, les chiffres obtenus sont fort variables.

Si toutefois on veut formuler un chiffre obtenu par ce procédé, dont nous indiquons les causes d'erreur, nous prendrons comme devant être le plus exact le chiffre de 18 mètres par seconde, fourni par le tableau III *bis*, pour une excitation moyenne de 34°,5 du chariot Du Bois-Reymond, ou 19 mètres par seconde du tableau VII.

III. Sous les mêmes réserves et pour la même excitation 34°,5, la vitesse de transmission motrice doit être comptée égale à 20 mètres par seconde (tableau V *bis*).

IV. Au point de vue des applications pathologiques, l'étude de la vitesse de transmission nerveuse peut être utile. Nous avons enregistré un retard considérable dans un cas d'ataxie locomotrice et une accélération relativement notable dans le début de la paralysie générale. Dans des régions où l'observation clinique seule ne découvrait rien d'anomal (pulpe du gros orteil), nous avons observé le commencement de l'anesthésie, alors que la face dorsale du même orteil répondait encore à une excitation électrique légère.

Cette question mérite de nouvelles recherches.

V. Chez les animaux, la vitesse de transmission varie considérablement, non-seulement avec l'intensité de l'excitation, mais encore suivant que l'excitation électrique est faite par un courant de fermeture ou par un courant de rupture. Nous avons trouvé les chiffres moyens de $12^{m},50$ par seconde chez le lapin et de 21 mètres par seconde chez la grenouille, pour la vitesse motrice calculée avec des excitations de 33° à 36° (1).

(1) Fin. — Voir le numéro du 20 avril 1882.

(1) En terminant cette étude, nous nous faisons un devoir d'exprimer à notre excellent maître, M. le professeur Beaunis, toute notre gratitude pour les bons conseils qu'il nous a donnés pendant toute la durée de notre travail. Nous adressons aussi nos remerciements aux préparateurs du laboratoire, MM. le docteur E. Gley, et Katz, sans oublier tous les étudiants qui ont bien voulu se prêter à nos expériences.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 19 avril 1882. — Présidence de M. Léon LABBÉ.

M. LE DENTU présente : 1° de la part de M. Cazin (de Berck) une brochure sur le toucher rectal dans la coxalgie; 2° de la part de M. Bouilly, un travail sur l'hémostase dans la castration.

COMMUNICATIONS

Ischémie. — M. HOUZÉ (de l'Aulnoit) fait une communication sur les avantages des pansements à la période ischémique dans les amputations, c'est-à-dire pendant l'application de la bande d'Esmarch et de l'élévation du membre amputé. Depuis qu'il a recours à cette méthode, il n'a plus du tout d'hémorrhagies.

Amputations par la méthode sous-périostée. — M. HOUZÉ (de l'Aulnoit), depuis 1871, pratique toutes ses amputations par la méthode sous-périostée. On a pensé que, par cette méthode, on pouvait voir se produire des ostéophytes chez les jeunes enfants. La clinique démontre qu'il n'en est rien.

M. Houzé (de l'Aulnoit) a pratiqué ainsi 65 amputations et n'a jamais vu se produire d'ostéophytes. Il est toujours facile, chez le vivant, de décoller le périoste; je fais un seul lambeau antérieur comprenant les deux tiers de la circonférence de l'os. Ce lambeau est toujours très-long, de 10, 15 et même 18 centimètres; jamais il n'y a de gangrène, ce qui s'explique par ce fait que le lambeau périosté porte avec lui tous les éléments de la nutrition. Ces amputations sous-périotées réussissent admirablement dans les amputations des doigts.

Réunion immédiate des tissus divisés par le thermocautère. — M. NICAISE fait un rapport sur un travail de M. Reclus, relatif à la réunion immédiate des tissus divisés par le thermocautère. M. Reclus a réuni cinq observations dans lesquelles cette réunion immédiate a pu être obtenue. Les conclusions du travail de M. Reclus sont les suivantes : 1° les tissus divisés par le thermocautère peuvent se réunir par première intention; 2° il faut, pour obtenir cette réunion, ne pas dépasser une certaine épaisseur de tissus; 3° les pansements antiseptiques les favorisent singulièrement.

Résections sous-périostées. — M. OLLIER fait une communication sur ce sujet (voy. le dernier numéro de la *Gazette des hôpitaux*). Il présente la pièce qu'il a mise la veille sous les yeux de l'Académie.

M. MARC SÉE constate que le résultat obtenu, dans ce cas, par M. Ollier est vraiment très-beau. Mais il ne faudrait pas en conclure qu'il pût en être ainsi dans tous les cas, car il n'est pas toujours possible, comme a pu le faire M. Ollier chez ce malade, de conserver intacts presque tous les éléments de l'articulation et particulièrement les ligaments.

M. FORGET rappelle qu'il y a vingt-trois ans (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1859) que la question des résections sous-capsulo-périostées a été portée devant la Société de chirurgie et qu'elle y a été l'objet d'une longue discussion. Il est vraiment surprenant que depuis ce temps les chirurgiens de Paris qui, pour la plupart, se trouvent à la tête de services nosocomiaux très-importants, ne soient pas encore arrivés à juger définitivement cette question par les faits. C'est donc là une méthode bien difficile, bien invraisemblable, puisque, malgré les heureux résultats publiés depuis longtemps par M. Ollier, les chirurgiens de Paris se trouvent toujours au même point. Pour sa part, M. Forget se déclare non encore convaincu, faute d'un nombre de faits suffisant.

M. LE DENTU a vu, au congrès de Lyon, de très-beaux résultats des résections sous-capsulo-périostées pratiquées par M. Ollier, à l'opinion duquel il se rallie complètement. Autant que possible, M. Le Dentu suit la méthode sous-périostée, mais il y a des cas complexes dans lesquels il y a un grand nombre de fongosités et où, par conséquent, il est beaucoup plus difficile de se conformer aux règles de cette méthode. Je pense donc, dit M. Le Dentu, qu'il faut, autant que possible, procéder d'après les règles posées par M. Ollier. Mais tant de perfection n'est pas toujours nécessaire pour que les malades tirent de la résection du coude de très-réels bénéfices; en effet, même quand il n'y a pas de reproduction osseuse, le résultat fonctionnel n'en est pas moins très-satisfaisant dans un grand nombre de cas. M. Le Dentu en cite plusieurs exemples, entre autres un cas de Follin, le premier en France, où le résultat anatomique était fort défectueux et où le résultat fonctionnel était assez satisfaisant. La réponse à la question de M. Forget est bien simple : plus nos résultats de la pratique hospitalière sont satisfaisants, moins nous revoyons nos malades, tandis que les mauvais résultats nous reviennent toujours. Il est donc difficile, dans ces conditions, de pouvoir établir les statistiques que demande M. Forget.

M. OLLIER a souvent eu l'occasion de comparer les résultats de la méthode sous-périostée avec ceux de la méthode ancienne; au point de vue de la force dont jouit le malade opéré, ces résultats sont très-différents et la différence est toute à l'avantage de la méthode sous-périostée. Cette résistance de la fausse nouvelle articulation ne s'obtient que par la conservation du périoste. C'est là un fait démontré par l'observation clinique et aussi par l'expérimentation sur les animaux. Jusqu'ici M. Ollier a fait 106 résections sous-périostées du coude, et, s'il a un regret, c'est de n'en avoir pas fait davantage, étant donné les résultats que produisent ces opérations.

Polype naso-pharyngien; ablation du maxillaire supérieur. — M. GUÉNIOT présente, de la part de M. Desprès, absent, un malade de seize ans qui était atteint d'un polype naso-pharyngien et chez lequel M. Desprès a pratiqué l'ablation partielle du maxillaire supérieur droit, à l'aide d'une incision dans le sillon naso-jugal et sur la partie médiane de la lèvre. Tout le maxillaire a été enlevé, sauf le plancher de l'orbite. Le résultat est des plus satisfaisants; il n'y a presque pas de déformation; la cicatrice de l'incision est à peine visible. M. Desprès, dans cette opération, a conservé le plus de périoste qu'il a pu. M. Préterre a fait gratuitement pour ce malade un appareil prothétique très-ingénieux.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

MM. les docteurs Collineau, Napias et Vulpian sont nommés membres de la commission d'hygiène des écoles.

— MM. les docteurs Trélat et Vallin sont nommés membres de la commission des bibliothèques populaires.

— *Corps de santé de la marine.* — M. Pierre, médecin de deuxième classe, a donné sa démission.

M. Roudant, aide-médecin, est décédé à l'hôpital de Saint-Mandrier, le 27 mars dernier.

M. Chassaigne, aide-médecin, a été tué le 8 février dernier dans une opération militaire au Gabon.

— Nous apprenons la mort, à soixante-treize ans, survenue avant-hier mercredi, du célèbre naturaliste anglais Charles-Robert Darwin, membre correspondant de l'Académie des sciences dans la section de botanique. Parmi les ouvrages de Darwin qui ont eu le plus grand retentissement et ont soulevé les polémiques les plus ardentes, nous devons citer : *l'Origine des espèces par voie de sélection naturelle*, publié en 1859, et *la Descendance de l'homme et la sélection sexuelle*.

— Un concours pour un emploi de suppléant des chaires de médecine sera ouvert le 4 décembre 1882, à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

— L'Administration des hospices civils de Saint-Étienne (Loire) rappelle, que le lundi 12 juin 1882, un concours public pour une place de chirurgien sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Lyon. Le concours aura lieu devant le conseil d'administration assisté d'un jury médical ; il durera cinq jours et se composera de cinq épreuves.

Le chirurgien nommé à la suite de ce concours entrera en fonctions le 1er juillet 1882. Son traitement sera de 1,500 francs par an. La durée des fonctions est fixée à vingt ans.

S'adresser, pour les conditions particulières, au secrétariat des hospices, rue Valbenoîte, 40, à Saint-Étienne.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le professeur Trélat reprendra, à l'hôpital Necker, ses leçons de clinique chirurgicale le

mardi 25 avril 1882, à dix heures du matin, et les continuera les jeudis et mardis suivants, à la même heure.

— M. Gabriel de Mortillet, professeur à l'École d'anthropologie, fera sa prochaine excursion d'archéologie préhistorique à Brunoy-Draveil, pour l'étude des menhirs et des dragages de la Seine, le dimanche 30 avril 1882. — Le rendez-vous est à la gare de Lyon, à huit heures quarante du matin. On sera de retour à Paris avant six heures du soir.

Les personnes qui désirent profiter des avantages offerts par la Compagnie du chemin de fer doivent s'inscrire à l'avance et solder le prix de leur place à l'École d'anthropologie, rue de l'École de médecine, avant le vendredi 28 avril, cinq heures du soir.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 12726.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Legrand du Saulle.

L'aphasie et les aphasiques (1).

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE. CLINIQUE. ÉTAT MENTAL. ; MÉDECINE LÉGALE.

IV

Il importe maintenant d'indiquer comment ces désordres de nature si différente se réunissent et se combinent pour constituer les différents types d'aphasie.

Ces combinaisons sont multiples et variées, et certes je ne saurais vous exposer ici toutes celles qui ont été observées tour à tour. Je me contenterai, d'une part, de vous rappeler la filiation habituelle de ces troubles, et j'énumérerai, d'autre part, certains groupements symptomatiques assez curieux.

Pour ce qui est de la filiation des troubles, on peut dire, d'une façon générale, que les formes du langage sont d'autant moins fréquemment atteintes qu'elles occupent un rang moins élevé dans la hiérarchie. C'est ainsi que la mimique est généralement intacte, alors que le langage écrit et le langage parlé sont troublés. C'est ainsi encore que les malades qui ont perdu la faculté d'interpréter ou de tracer les lettres, peuvent reconnaître l'objet auquel un dessin se rapporte, ou dessiner eux-mêmes, et cela parce que l'écriture est un procédé d'expression plus abstrait et plus complexe que le dessin, si l'on en juge par les séries des opérations cérébrales que nécessite la réalisation ou l'intelligence de l'une et de l'autre.

Quant aux combinaisons entre les troubles des différentes opérations du langage, je vous signalerai les plus communes et les plus intéressantes. Vous en connaissez déjà quelques-unes; mais je ne crains pas de me répéter en vous présentant ici, en quelque sorte sous la forme synoptique, celles qu'on peut observer. Nous ramènerons à cinq ces combinaisons :

1° Abolition (ou altération) des opérations relatives au langage articulé, centripètes et centrifuges ;

2° Abolition ou altération des opérations relatives au langage écrit, centripètes et centrifuges ;

3° Abolition des opérations centripètes relatives au langage parlé et au langage écrit (cécité et surdité verbales combinées), avec intégrité plus ou moins complète des opérations centrifuges de la parole ou de l'écriture, ou des deux procédés d'expression ;

4° Abolition des opérations centrifuges (parole et écriture), avec intégrité des opérations centripètes (parole et lecture) ;

5° Enfin combinaison complexe de troubles du langage écrit et du langage parlé, tenant aux rapports physiologiques qui existent entre les opérations qui concourent à la réalisation de ces deux procédés du langage. Vous comprendrez tout à l'heure en quoi consistent les faits que je range dans cette dernière catégorie.

Je reprends l'une après l'autre ces différentes combinaisons symptomatiques. Il est nécessaire que j'entre à cet égard dans quelques détails rapides, pour préciser en quoi elles consistent, et apporter quelques faits à l'appui de leur réalité.

La première combinaison ne m'arrêtera pas longtemps. Je vous en ai déjà entretenus, et je vous ai rapporté plusieurs faits dans lesquels il y avait eu trouble simultané des opérations centripètes et centrifuges relatives au langage articulé. Mais je dois ici vous présenter une considération qui a, particulièrement au point de vue médico-légal, une réelle importance. Trousseau, je vous l'ai déjà dit, posait en principe que les aphasiques écrivent aussi mal qu'ils parlent, c'est-à-dire que les troubles de la parole (entendue ou proférée) ne marchent jamais seuls et s'associent toujours à des défectuosités de l'écriture. La loi de Trousseau est vraie, en thèse générale, comme je vous l'ai indiqué, mais il faut se garder de la prendre dans un sens trop absolu. S'il existe le plus souvent une sorte de parallélisme entre les deux modes d'expression de la pensée (écriture et parole), il n'en est pas moins vrai que certains aphasiques qui comprennent mal le langage articulé, et ne peuvent s'exprimer à l'aide de la parole, ont conservé le pouvoir de se faire très-suffisamment comprendre en écrivant. Retenez bien ce fait, que j'aurai à invoquer prochainement, lorsque j'étudierai la situation des aphasiques devant la loi.

J'arrive à la deuxième combinaison. Il est rare qu'on la trouve réalisée dans toute sa rigueur, si tant est que la chose soit. Je ne sache pas qu'on ait publié de faits dans lesquels la faculté de lire et celle d'écrire eussent été simul-

(1) Suite. — Voir le numéro du 18 avril 1882.

tanément lésées, tandis que celle de comprendre les mots parlés et d'user du langage articulé soit restée intacte. Mais H. Jackson (1) a rapporté une observation dans laquelle la faculté de lire et d'écrire était profondément atteinte, tandis que celle de comprendre les mots parlés et de les proférer était relativement peu troublée. Voici le fait :

Le malade avait rempli les devoirs d'une charge importante du gouvernement, exigeant une bonne éducation et de l'intelligence ; et il avait été sujet à une série d'attaques épileptiformes, portant d'abord principalement sur le côté gauche du corps, puis, au bout d'un certain temps, affectant au contraire le côté droit. Les troubles dans la faculté d'expression intellectuelle du malade ne se montrèrent qu'après la seconde série d'accès. Le docteur Jackson dit : « Après ces attaques, le malade pouvait parler, mais il faisait des erreurs en parlant. » Quelques semaines après, il rencontra ce malade dans la rue et dit : « Il était alors aussi bien que jamais, pour un observateur superficiel. *J'observai qu'il parlait tout à fait bien, et cela pendant une conversation un peu longue.* » Le malade disait toutefois qu'il lui était souvent impossible de trouver un mot, et le père me dit que son fils faisait souvent des erreurs de noms. Le plus grand trouble qu'il éprouvait était en écrivant ; il n'avait point de difficulté quant à l'écriture elle-même, qui était excellente, mais il ne pouvait point trouver tout de suite les mots convenables, et il orthographiait souvent d'une manière incorrecte ceux qu'il écrivait. Il pouvait copier fort bien un paragraphe d'un livre imprimé, en ne faisant qu'une ou deux erreurs insignifiantes ; mais, en essayant d'écrire sous la dictée, il faisait des erreurs d'orthographe bien pires que celles qui se trouvent dans une lettre, corrigée, reproduite par le docteur Jackson. Lorsqu'on lui demandait d'épeler les mots, il réussissait aussi fort mal ; *et, bien qu'il pût répéter parfaitement même les phrases les plus difficiles, il ne pouvait absolument pas y réussir, lorsqu'il essayait de lire à haute voix, prononçant de travers presque tous les mots de deux syllabes ou plus.*

Dans ce cas, on le voit, comme le fait remarquer Bastiau, la faculté de lire à haute voix était proportionnelle à celle d'écrire, plutôt qu'à celle de parler.

Les opérations centripètes du langage peuvent être simultanément abolies, alors que les opérations centrifuges sont intactes ou peu troublées relativement. C'est là la troisième combinaison que j'ai admise. En voici un exemple, que j'emprunte à Broadbent (2).

Ch. D..., cinquante-neuf ans, entre à Saint-Marcy's-Hospital, le 5 mai 1871. Venu à l'hôpital pour donner des renseignements sur les circonstances d'un accident dont la victime avait été admise à l'hôpital. Embarras manifeste du langage. Il ne pouvait pas lire. Je vois bien les mots, disait-il, mais je ne les comprends pas. Il oublie surtout les noms de rues et de personnes.

Il donne des renseignements incomplets sur l'accident à propos duquel il était venu à l'hôpital, mais il décrit parfaitement un accident dont il a failli autrefois être victime.

Figure intelligente. Autrefois capitaine d'une compagnie de volontaires, puis inspecteur du gaz. Homme d'une grande énergie.

(1) H. Jackson. — *Brit. med. journal*, 1866, reproduite *in* Bastiau, *loc. cit.*, p. 251, t. II.

(2) Broadbent. — *On the cerebral mecanism of speech and thought*, in *Med. chir. Transactions*, vol. LV, p. 145.

Maux de tête depuis quatre ans. Hernie en 1870.

Incapable de lire le nom de l'hôpital sur sa pancarte. Semble faire de grands efforts pour déchiffrer les lettres les unes après les autres. Il prétend les voir, mais ne pas les comprendre. Il écrit plusieurs mots sous la dictée, et ne peut relire ce qu'il vient d'écrire après une heure. Il reconnaît son nom sur la pancarte ; il dit que ce qui vient après doit être le mois. Il compte sur ses doigts : janvier..., février..., mai, s'arrête alors en disant qu'on doit être le 9. Il reconnaît les couleurs sans pouvoir les nommer spontanément. Il s'inquiète d'une société à laquelle il appartient ; il peut se promener dans les rues sans perdre son chemin. Le soir, la chose lui est impossible, parce qu'il ne peut se rappeler le nom des rues et demander son chemin. Dans une gare, il ne peut se rappeler le nom de la station à laquelle il se rend, sauf parfois Chatam. *Il ne comprend ni les journaux, ni les sermons à l'église.* Il parle couramment ; rarement il s'arrête pour chercher un mot.

Je passerai, sans m'y arrêter, sur la quatrième combinaison symptomatique. C'est l'une des plus communes de toutes. Les opérations centripètes sont intactes ; il n'y a ni surdité, ni cécité verbale. Mais les actes centrifuges sont impossibles ou difficiles. Le malade, qui comprend ce qu'on lui dit, qui peut lire, ne peut ni écrire ni parler. Le cas du docteur Hun, que j'ai rapporté plus haut, est de cet ordre.

J'arrive enfin à notre cinquième combinaison, qui s'observe rarement, mais est des plus intéressantes. Cette combinaison a été étudiée par Bastiau (1), qui la décrit sous le titre de « Lésions des commissures entre les centres auditifs et les centres visuels des mots ». Cela demande quelques explications. Bastiau, qui accepte, au point de vue de la théorie physiologique du langage, les idées de Kussmaul et des auteurs allemands dont je vous parlerai dans un instant, suppose qu'il existe deux groupes de commissures entre les centres auditifs supposés de l'écorce cérébrale qui perçoivent les mots parlés, et les centres visuels qui servent à la perception des mots écrits : l'un de ces systèmes de commissures transmettrait les stimuli des centres visuels aux centres auditifs (*fibres visuo-auditives*), comme dans l'acte de lire à haute voix et de nommer à vue ; l'autre conduirait les impressions dans la direction opposée, c'est-à-dire des centres auditifs aux centres visuels (fibres auditivo-visuelles), comme dans l'acte d'écrire sous la dictée.

Si l'on suppose ces deux groupes de commissures lésés simultanément, on comprendra l'assemblage assez singulier de symptômes rencontrés dans les deux cas qui suivent. Je ne vous donne la théorie de M. Bastiau que comme une ingénieuse hypothèse qui aide l'intelligence et la mémoire, et voici les faits qui ont suggéré cette hypothèse à l'auteur.

Une femme d'un certain âge eut une attaque d'hémiplégie droite, avec aphasie presque complète, au commencement de l'année 1868. Pendant quelques mois, il y eut amélioration considérable, bien qu'elle demeurât sujette à des « accès » par intervalles. Après douze mois, elle était capable de marcher, avec un peu d'aide, bien qu'elle fût encore incapable de se servir du bras et de la main droite. Elle paraissait comprendre parfaitement tout ce qu'on lui disait, et avait, dans une grande mesure, recouvré la faculté de parler. Elle pouvait répéter presque tous les mots qu'elle

(1) Bastiau, *loc. cit.*, p. 240 et suiv., t. II.

entendait dire, et cela sans hésitation, bien qu'elle ne pût lire même les mots les plus simples, imprimés en gros caractères. Toutefois ces mêmes mots pouvaient être prononcés immédiatement et avec facilité en les entendant prononcer. *Elle copiait convenablement le mot « London » de la main gauche, mais ne pouvait écrire les mots « cat » ou « dog » après les avoir simplement entendu prononcer, bien qu'elle pût fort bien épeler ces mêmes mots.* Elle ne pouvait même pas écrire la première lettre de l'un de ces mots... Douze mois après, elle fut retrouvée à peu près dans le même état. Elle ne pouvait point lire même les mots simples comme « and » et « for » ; *elle pouvait très-facilement montrer les lettres qu'on lui nommait, mais ne pouvait nommer elle-même celles qu'on lui montrait.* Ses facultés locomotrices s'étaient améliorées, et elle pouvait aussi parler un peu mieux. Elle pouvait lire une lettre en silence, comme pour la comprendre, bien qu'elle ne parût pas toujours comprendre ce qu'elle lisait dans un journal ou dans un livre. Lorsqu'on la revit quatre ans après, cette malade était encore à peu près dans le même état.

Les détails qui précèdent montrent qu'il existait, chez la malade dont il vient d'être question, une cessation de relations fonctionnelles entre les centres gauches auditifs et visuels des mots. Cette malade en effet, comme le remarque M. Bastiau, « ne pouvait lire fort ni écrire sous la dictée, ces deux actes nécessitant l'activité conjointe des deux sortes de centres. Mais elle pouvait articuler librement les mots qu'elle entendait, et pouvait aisément de sa main gauche copier l'écriture ; car ce sont des actes dont l'un met en jeu le centre auditif et l'autre le centre visuel, indépendamment l'un de l'autre. »

Le second fait de M. Bastiau, très-analogue au premier, est le suivant :

Th. A..., ouvrier ferblantier, âgé de quarante-deux ans, fut admis, le 12 mars 1878, à University college hospital. Trois mois auparavant, il avait été subitement paralysé du côté droit du corps, sans convulsion ni perte de conscience; mais, après l'attaque, on reconnut que la parole était presque perdue. Lorsqu'on l'admit, il était devenu capable de mouvoir légèrement sa jambe et son bras droit, bien qu'il y eût encore une légère diminution de la sensibilité de ce côté du corps. Il y avait un léger degré de paralysie faciale droite et quelque déviation à droite de la langue. Il continua à s'améliorer lentement.

L'état au commencement de mai, au point de vue des troubles de la parole, était le suivant :

La parole était aussi mauvaise que jamais ; le malade pouvait nommer *tout nombre* écrit qu'on lui montrait, et additionner correctement de petites colonnes de trois ou quatre chiffres ; mais il était *absolument incapable de nommer les lettres de l'alphabet*, quelque simples et grosses qu'elles pussent être. Il pouvait reconnaître les objets communs, comme un chien, un poulet ou un arbre, sur une gravure, « et montrer un quelconque d'entre eux lorsqu'on le lui demandait ». Mais il ne pouvait pas trouver le nom des objets qu'il montrait, même des plus familiers.

On lui demanda, le 8 mai, de nommer successivement, en les voyant, de grosses capitales séparées, imprimées, O, K et G ; pour toutes les trois il dit P, et, comme on lui montrait le D, il l'appela M, bien qu'il répétât le nom de chacune de ces lettres, sans un moment d'hésitation, après l'avoir entendu prononcer. Bien qu'il y ait cette impuissance à nommer les lettres à vue, le malade semble aujourd'hui comprendre des phrases simples, écrites ou imprimées ; ainsi, lorsqu'on lui écrivait sur une ardoise la phrase : « Avez-vous une femme ? » il paraissait parfaitement évident qu'il comprenait cet écrit. Son état semble toutefois varier de temps en temps sous ce rapport. *Dans les phrases dont il comprend la signification, il est toutefois absolument incapable de prononcer, à simple vue, les mots isolés ; bien qu'après les avoir entendu prononcer, il puisse les articuler aussitôt plus ou moins distinctement.*

Deux jours après, on observa qu'il lisait quelque chose dans le journal; et, comme on lui demandait s'il le comprenait (c'était le récit d'un cas d'empoisonnement devant un tribunal de police), il dit aussitôt que oui, et indiqua indubitablement par ses gestes que celà était vrai. De la main gauche il pouvait écrire son propre nom, d'après un modèle ; mais pas facilement sans modèle, et quelquefois pas du tout. *Il n'essayait même pas d'écrire, d'après le son, un mot moins familier, même lorsqu'il l'avait distinctement entendu et compris.*

Vous voyez qu'il y a, entre ce cas et celui de l'observation de Ch. D..., une remarquable analogie. Le malade dont il s'agit, bien qu'il fût devenu capable de comprendre ce qu'il lisait, ne pouvait ni nommer une seule lettre en la voyant, ni écrire un seul mot sous la dictée, et on peut supposer là encore, pour expliquer cet ensemble symptomatique, une rupture des commissures qui normalement établissent les rapports entre le centre visuel et le centre auditif. Quelle que soit d'ailleurs la valeur de l'hypothèse adoptée par M. Bastiau, le fait n'en subsiste pas moins, et il importe que vous le reteniez.

Voilà, autant que l'analyse clinique nous permet de les isoler et de les réunir, les troubles divers qui constituent l'aphasie, les dissociations symptomatiques et les associations complexes de symptômes que vous devrez rechercher quand vous vous trouverez en présence d'un malade chez lequel la faculté d'expression des idées sera plus ou moins lésée.

N'oubliez pas d'ailleurs que j'ai surtout envisagé des cas où les lésions de cette faculté étaient plus ou moins incomplètes, et dans lesquels une ou plusieurs des différentes opérations qui caractérisent celle-ci avaient survécu au milieu du naufrage.

Or il faut que vous sachiez qu'il est des cas où, les lésions étant profondes, le malade a perdu tout moyen de relation avec le monde extérieur ; le langage écrit comme le langage parlé sont totalement, au moins momentanément, anéantis: la mimique même est troublée. En présence de faits de cet ordre, tout travail d'analyse symptomatique est impossible, et vous ne pourrez guère faire autre chose que de constater en bloc la déchéance profonde de l'une des plus importantes des facultés humaines.

Il me resterait, pour clore cette étude symptomatique, à vous décrire l'état variable de l'intelligence dans l'aphasie. C'est là un chapitre particulièrement important que je traiterai dans tous ses détails dans l'une de nos plus prochaines entrevues. Mais je dois, maintenant, avant d'aller plus loin, étudier les conditions multiples générales ou spéciales qui donnent naissance au symptôme dont nous venons d'envisager les modalités cliniques variées, et entrer dans quelques détails au sujet de l'*anatomie pathologique* et des *causes* de l'aphasie.

THÉRAPEUTIQUE

De l'usage interne du perchlorure de fer.

I

Parmi les nombreuses préparations ferrugineuses, le perchlorure de fer a tenu un rang considérable. Son emploi à l'extérieur a joué un grand rôle en chirurgie : il a eu ses jours d'enthousiasme ; il a rendu d'éminents services ; puis l'abus est venu et avec lui les accidents. Mais s'il reste encore un moyen précieux, alors qu'une main prudente le manie, son histoire ne s'est pas arrêtée à ses applications chirurgicales. Il n'a pas tardé à entrer dans les ressources thérapeutiques du médecin. C'est sur cet usage interne que nous désirons appeler l'attention du praticien. Après une longue étude, nous croyons pouvoir montrer ce que le médecin peut attendre de ce médicament, la forme sous laquelle il doit être donné, et, au cours de cette étude, ne pas dédaigner ce que la théorie enseigne sur l'usage interne du perchlorure de fer.

Ce sel est trop connu pour qu'il soit nécessaire de retracer son histoire chimique et pharmaceutique. Mais tout d'abord il importe de signaler les deux formes sous lesquelles il peut être employé : la forme liquide et la forme anhydre. Le praticien ne tarde pas à voir combien la forme est à considérer pour employer le perchlorure de fer à l'intérieur. De sa forme, en effet, dépendent ou certains inconvénients que nous signalerons, ou certains avantages qui permettent au malade de prendre facilement le médicament.

Il était naturel que le perchlorure de fer, si utile comme hémostatique, fût appliqué au traitement des hémorrhagies internes. En effet, dès le principe, on l'employa dans les hémoptysies, dans les gastrorrhagies et dans certaines hémorrhagies intestinales.

Les résultats qu'on en obtint dans ces divers cas furent, affirment Trousseau et Pidoux, souvent avantageux, et plus tard ils le devinrent encore davantage, lorsqu'on eut appris à administrer le remède en temps opportun, c'est-à-dire le plus près possible en dehors du *molimen* hémorrhagique, surtout quand on a affaire aux hémoptysies actives.

Peu à peu, l'usage de ce moyen fut étendu à la plupart des grandes hémorrhagies internes : ainsi on y a journellement recours dans les hémorrhagies, soit essentielles, soit même symptomatiques de lésions organiques diverses, et l'on ne peut nier que, dans ces différentes conditions, il ne rende de très-utiles services.

Tel est l'enseignement de nos maîtres en France.

En Allemagne, Nothnagel et Rossbach déclarent qu'on peut avoir recours à lui dans les hémorrhagies de l'estomac et de l'intestin, quelle qu'en soit la cause, dans les hémorrhagies traumatiques, dans les métrorrhagies, les épistaxis.

La pratique se charge de répondre à l'hypothèse des embolies possibles.

Nous ne croyons pas qu'il soit possible de s'arrêter à ces craintes théoriques. Ces cas, les auteurs allemands les traitent eux-mêmes de tout à fait exceptionnels. Ils sont si exceptionnels que c'est à peine si on en trouve trace.

Mais comment agit le perchlorure ? Ici nous devons reproduire l'idée fort originale d'un savant français. L'auteur n'a pas craint de mettre lui-même sur son idée l'étiquette de paradoxale. Cependant cette idée mérite notre attention ; elle ouvre une route nouvelle et l'avenir dira ce qu'on doit en retenir.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 22 avril 1882. — Présidence de M. Ranvier.

COMMUNICATIONS

De la température de la peau du thorax et de la température comparée des aisselles dans la tuberculose pulmonaire. — M. P. REDARD, depuis les recherches sur la température de la peau du thorax à l'état normal, dans la pneumonie et la pleurésie, communiquées à la Société en octobre 1880 (voir la *Gazette des hôpitaux*, numéro du 28 octobre 1880), a étudié la température périphérique de la poitrine dans les différentes formes de phthisie, à l'aide des plaques thermo-électriques.

Voici les conclusions de ces nouvelles études :

1° *Température de la peau du thorax dans la tuberculose pulmonaire.* — 1° Tout foyer tuberculeux n'élève pas *constamment* la température de la paroi correspondante.

2° L'élévation de la température locale n'est pas *toujours* proportionnelle à l'étendue des lésions.

3° La température pariétale du thorax peut varier à des époques rapprochées ; un point qui, comparé au côté opposé, donne une température élevée le soir, peut donner une température plus basse le lendemain au matin. De là la nécessité de suivre la marche de la température périphérique du thorax pendant plusieurs jours et de prendre des moyennes.

4° Les tuberculeux seuls ne présentent pas des différences de température des deux côtés du thorax ; les chlorotiques, et surtout les hystériques, ainsi que nous l'avons noté fréquemment, ont des températures périphériques très-différentes des deux côtés du thorax.

5° Dans la phthisie aiguë, dans la phthisie au premier degré et principalement dans les formes congestives avec accès fébriles, hémoptysies, on note très-souvent une élévation thermique de cinq à six dixièmes de degré environ du côté où siègent principalement les lésions tuberculeuses.

Cette hyperthermie n'est pas localisée au foyer tuberculeux ; il existe généralement une hémi-hyperthermie, notée dans toute l'étendue du thorax, souvent aussi marquée dans les points correspondant aux parties saines que dans ceux correspondant aux parties infiltrées. L'élévation de la température locale peut exister à la base du cou, au niveau des dernières côtes, à la limite du thorax et de l'abdomen.

6° Dans les cas de phthisie à la période de ramollissement, dans les formes chroniques et sans fièvre intense, les résultats fournis par la thermométrie locale sont *absolument incertains* et leur constatation ne peut être d'une utilité sérieuse.

Sur 60 cas, 28 fois l'élévation de la température existait du côté le plus atteint, dans 32 cas du côté le moins malade ; dans 10 cas, la température était égale des deux côtés.

7° Dans la phthisie à la troisième période, les résultats sont peu précis.

Chez les sujets atteints de tubercules infiltrés d'un côté ou à la période de ramollissement, et de cavernes de l'autre côté, l'élévation de température se montre généralement du côté le moins malade.

Dans quelques cas, l'élévation de température existe au niveau des cavernes.

Dans ces deux derniers groupes de faits, de même que pour la phthisie au premier degré, l'élévation de température s'observe dans une grande étendue du thorax et non seulement dans les points où l'auscultation et la percussion permettent de reconnaître les lésions les plus avancées.

8° Dans aucun cas, nous n'avons trouvé la température de la

peau du thorax supérieure à la température générale ou axillaire.

En résumé, l'examen de la température périphérique dans la phthisie ne permet pas d'arriver à aucune règle précise.

Les résultats de la thermométrie des parois du thorax au début de la phthisie donnent seuls quelques indications à peu près constantes.

2° *De la température comparée des aisselles dans la phthisie.* — De même que pour l'exploration de la température périphérique des parois du thorax, la recherche des températures comparées des aisselles ne donne pas de loi précise.

Dans les phthisies à marche rapide, avec fièvre, la température est généralement plus élevée (de cinq à six dixièmes en moyenne) du côté le plus atteint.

Dans les phthisies chroniques, les résultats sont très-variables. Les tubercules à l'état infiltré élèvent plus la température de l'aisselle du côté infiltré que de l'aisselle du côté en voie de ramollissement. La température de l'aisselle du côté atteint de cavernes, comparée à celle de l'aisselle du côté atteint de tubercules en voie de ramollissement, est généralement moins élevée.

M. DARSONVAL fait trois communications pour prendre date : l'une sur les températures constantes, l'exposition d'un procédé reposant sur la constance du degré d'ébullition des liquides; la deuxième sur l'influence du champ magnétique et sa puissance sur les réactions qui se passent dans l'économie; la troisième sur une méthode graphique pour enregistrer les variations du galvanomètre.

Physiologie des centres nerveux. — M. BROWN-SÉQUARD continue l'exposition des expériences qu'il poursuit sur les appareils moteurs et sensitifs du système cérébro-spinal. Une première série d'expériences qu'il rapporte est relative à l'action de la cautérisation actuelle portée sur les diverses parties des centres nerveux et des nerfs. Il résulte de ces expériences qu'on peut cautériser un nerf ou le couper avec un fil chauffé au rouge blanc sans provoquer aucune douleur. Il a constaté des résultats analogues pour les nerfs moteurs qui ont pu être cautérisés sans provocation de mouvement. Ces résultats ont été constants. Il n'a rencontré qu'une seule exception, elle est relative au nerf sciatique: en cautérisant par le même procédé le nerf sciatique, il a obtenu à la fois de la douleur et du mouvement, mais il attribue cet effet à ce qu'il avait agi préalablement sur la peau. Il en a été de même pour les centres nerveux, soit que la dure-mère ou toute autre partie voisine ait été impressionnée dans l'expérience; dans ce cas, la cautérisation des centres moteurs ou sensitifs a produit des réactions sensitives ou motrices.

M. DASTRE. On sait que la chaleur n'est pas un excitant des nerfs moteurs; mais il n'en est pas de même lorsqu'on porte l'excitation du calorique sur les branches sensitives, on obtient en général dans ce cas une réaction douloureuse. On s'est même servi de ce procédé pour distinguer les nerfs sensitifs des nerfs moteurs.

M. LABORDE pense qu'on ne peut expliquer la différence des résultats obtenus dans ces diverses expériences que par la différence dans le degré de la température des cautères.

M. BROWN-SÉQUARD. Il ne faut qu'une chaleur peu considérable pour mettre en activité les nerfs moteurs. Il y a aussi une très-grande différence dans les résultats obtenus suivant le plus ou moins de rapidité avec laquelle on fait agir le cautère. M. Brown-Séquard rappelle à cette occasion qu'en 1848, dans le service de M. Rayer, il a recueilli des faits qui lui ont démontré qu'on pouvait obtenir des effets thérapeutiques considérables et très-différents de ceux que l'on obtenait jusque-là par les procédés barbares de cautérisation ordinaire, en passant très-rapidement le cautère actuel sur les tissus.

M. BOULEY s'élève contre l'expression de barbare dont vient de se servir M. Brown-Séquard pour qualifier les procédés de cautérisation profonde et prolongée usités en médecine vétérinaire. Ce procédé n'est pas aussi douloureux pour les animaux que semble le croire M. Brown-Séquard, et c'est le seul moyen efficace pour obtenir la résolution des tumeurs articulaires.

M. JAVAL. J'ai eu l'occasion de constater souvent, à ma très-grande surprise, que la cautérisation de la cornée, dont on connaît cependant l'extrême sensibilité, ne provoque qu'une douleur presque nulle.

M. BROWN-SÉQUARD commence une deuxième communication. Celle-ci a trait aux faits qu'il a déjà exposés en partie dans la dernière séance, pour démontrer que les mouvements produits par l'irritation des diverses parties de l'encéphale sont très-différents et même contraires de ceux qui devraient survenir d'après les doctrines admises à l'égard des appareils moteur et sensitif du système nerveux. Le temps l'ayant empêché de terminer cette seconde communication, la parole lui est réservée pour en achever le développement et en présenter les conclusions dans la prochaine séance.

PRÉSENTATIONS

M. VIDAL présente un jeune garçon de dix ans et demi qui est atteint d'une affection de la peau encore mal déterminée qui a été décrite par Devergie sous le nom de pityriasis pilaris et palmaris, par d'autres dermatologistes sous le nom d'ichthyose généralisée, et qu'il considère comme une hypertrophie généralisée de tous les éléments de l'épiderme.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de géologie (1), par A. de LAPPARENT.

L'apparition du *Traité de géologie* est un véritable évènement scientifique. La France, qui a joué un si grand rôle dans les études géologiques, n'a jamais compté plus de deux manuels didactiques de quelque importance, le *Traité de géognosie*, publié en 1819 par d'Aubuisson de Voisins, et les *Nouveaux Éléments* de Huot, dont l'apparition remonte à 1837. M. de Lapparent arrive donc bien à point pour rendre service à nos études. Nul ne pouvait prendre la parole avec plus d'autorité. Ancien ingénieur au corps des mines, M. de Lapparent a collaboré quinze ans à la Revue de géologie, et professe aujourd'hui, avec la plus grande distinction, à l'Institut catholique de Paris.

Cet hommage rendu à l'homme, abordons l'œuvre du savant.

I

Le *Traité de géologie* s'ouvre par une introduction où l'auteur définit la géologie, jette un coup d'œil sur l'histoire du développement de la science géologique, expose la méthode employée en géologie et montre les applications de cette science.

Conformément aux principes exposés dans l'introduction, M. de Lapparent divise en deux parties son traité.

La première, consacrée à l'étude des phénomènes actuels, est divisée en trois livres. L'un a pour objet l'examen des formes actuelles du globe, c'est la morphologie terrestre. Les deux autres traitent respectivement de la dynamique terrestre, soit externe, soit interne.

La seconde partie, consacrée à la géologie proprement dite, c'est-à-dire à l'étude des phénomènes du passé, renfermera quatre livres. Le premier traitera de la composition générale de l'écorce terrestre; le second sera relatif aux formations sédimentaires ou d'origine externe; le troisième aura pour but les formations éruptives ou d'origine interne, et le dernier sera consacré aux dislocations de la croûte du globe et aux théories géogéniques.

Tel est le plan de l'auteur; suivons-en l'application.

II

La première partie est consacrée aux phénomènes actuels.

Dans un premier livre, nous allons étudier la morphologie ter-

(1) 1 vol. grand in-8°. — Prix : 24 francs. — Paris, F. Savy.

restre, c'est-à-dire tout ce qui, parmi les traits généraux de la surface du globe, est susceptible d'une définition précise et s'offre à nos yeux, dans un premier examen, avec les caractères de la stabilité. Il ne s'agit pas seulement des formes extérieures visibles, mais aussi des conditions physiques au milieu desquelles ces formes se maintiennent et qui ne sont pas moins que ces dernières caractéristiques du temps où nous vivons.

Ce premier livre comprend donc deux sections : la première, ou morphologie proprement dite, consacrée à ce qui mérite véritablement le nom de formes, employé dans son acception la plus habituelle; la seconde, ou physiographie, destinée à l'analyse des conditions physiques et physiologiques de l'époque présente.

Sous le titre de morphologie proprement dite, l'auteur considère successivement, en descendant du général au particulier, les divers éléments morphologiques qui peuvent servir à caractériser le globe terrestre; d'abord sa *forme astronomique*, c'est-à-dire les données relatives à sa position et à son mouvement dans l'espace; puis sa *forme géodésique* et *physique;* enfin ce qu'on pourrait appeler sa *physionomie générale*, telle qu'elle résulte de la distribution relative, tant en surface qu'en hauteur, de l'élément solide et de l'élément liquide.

Sous le titre de physiographie, M. de Lapparent comprend l'étude des conditions physiques et physiologiques de l'époque actuelle. La première de ces conditions, celle qui détermine tous les détails de ce qu'on peut appeler la physionomie extérieure du globe, et de laquelle dépend l'existence des êtres organisés, est la chaleur. Il faut donc commencer par se rendre compte de la manière dont cette chaleur se trouve répartie entre les diverses portions de la surface terrestre.

Le deuxième livre est consacré à la dynamique terrestre externe.

La dynamique terrestre externe est l'ensemble des modifications que la surface du globe éprouve de la part des agents externes dont l'action a son principe à la fois dans l'énergie solaire et dans la gravité. Les fluides qui environnent l'écorce solide, soulevés et agités par la chaleur du soleil, s'appliquent sans cesse à dégrader les matériaux de cette écorce; ceux-ci, devenus mobiles et entraînés, soit par l'atmosphère, soit par les eaux courantes, obéissent à la pesanteur qui les sollicite et descendent dans des régions de plus en plus basses, après avoir servi, durant leur parcours, d'instruments efficaces à l'œuvre de la dégradation que poursuivent les éléments. Ainsi peu à peu les particules solides du globe se rapprochent de la situation d'équilibre stable, en même temps que la surface terrestre acquiert une forme qui la protège mieux contre toute action ultérieure.

Tel est le jeu de la dynamique externe. Il s'exerce à la fois par des agents physiques, qui sont l'atmosphère et l'eau sous ses diverses formes, eau marine, eau courante, glace, etc., et par des agents physiologiques, c'est-à-dire par les organismes vivants. De là diverses catégories d'actions, dont l'étude approfondie est indispensable, non-seulement à l'intelligence des formes actuelles du globe, mais encore à celles des phénomènes du passé.

Le troisième livre, consacré à la dynamique terrestre interne, comprend l'ensemble des phénomènes auxquels donne lieu la dissipation progressive de l'énergie intérieure du globe. Cette dissipation se produit d'abord d'une manière générale, par conductibilité à travers les roches de l'écorce, en donnant naissance à toute une catégorie de phénomènes *thermiques*. Mais quelquefois c'est le réservoir d'énergie lui-même qui arrive à s'épancher directement au dehors par les éruptions *volcaniques* ou encore sous la forme, beaucoup plus atténuée, d'émanations gazeuses dont les sources *geysériennes* sont le type. Enfin la déperdition éprouvée par le réservoir intérieur a pour conséquence un changement dans l'équilibre de la croûte, qui subit, de ce chef, des *dislocations* et des mouvements d'une nature spéciale. On peut donc distinguer, dans la dynamique interne, quatre classes de manifestations, intimement liées les unes aux autres et que l'auteur passe successivement en revue.

III

Telle est la substance de la *première partie*, qui forme trois fascicules et la moitié d'un quatrième fascicule de cette œuvre considérable.

L'impression laissée par la lecture de cette première partie est des plus favorables. La netteté de l'exposition, la richesse des faits accumulés, leur poursuite dans les publications originales même les plus récentes, une méthode très-personnelle et des plus attachantes, forment du *Traité de géologie* une œuvre digne du savant qui l'a signée et digne des espérances que les amis de la science avaient placées en son talent et en son érudition. Élevé à l'école d'Élie de Beaumont, M. de Lapparent a eu l'heureuse fortune d'être initié, sous la direction de ce maître illustre, à la pratique des travaux géologiques. Nous serons heureux de constater bientôt que la seconde partie du *Traité de géologie* est à la hauteur de cette étude des phénomènes actuels, qui a servi de si intéressante introduction à l'étude de la géologie proprement dite.

De la détermination histologique des feuilles médicinales, par le docteur Adrien Lemaire, licencié ès sciences naturelles, préparateur de botanique à la Faculté des sciences de Nancy (1).

L'auteur a entrepris de nombreuses recherches sur l'histologie des feuilles médicinales et de leurs falsifications. Il en conclut, avec pièces et planches à l'appui, qu'il est possible de reconnaître entre elles les feuilles médicinales et de distinguer celles-ci de leurs falsifications, au moyen des données que fournit l'examen histologique. Il est inutile d'avoir à sa disposition des feuilles entières pour en faire une analyse histologique; quelques fragments suffisent. M. Lemaire a toujours eu recours à des fragments appartenant à la base du limbe et comprenant la nervure médiane, ainsi qu'à des morceaux dans lesquels est contenu le bord foliaire.

La forme des cellules épidermiques et la structure de la masse générale du mésophylle sont sujettes à de si grandes variations dans les diverses espèces qui constituent par leur réunion une famille végétale qu'elles ne peuvent servir à caractériser les familles; mais elles fournissent d'excellents caractères génériques et spécifiques.

Les productions épidermiques (poils ordinaires, poils glanduleux), les organites du mésophylle et de la nervure (cellules cristalligènes, glandes internes, vaisseaux laticifères, canaux sécréteurs), et certains tissus neuraux (liber interne), ont une haute importance. Leur présence est constante, leur constitution générale offre souvent une remarquable fixité dans les végétaux de quelques familles. Aussi méritent-ils d'être appliqués à la détermination des familles ou des groupements de famille.

Certaines familles végétales, parmi lesquelles on doit ranger les labiées, les solanées, les borraginées, les synanthérées, peuvent se distinguer par leur structure microscopique. Ces familles se différencient en effet entre elles par un ensemble très-tranché de caractères.

L'observation à l'aide du microscope a, dans ces cas, une supériorité incontestable sur l'examen de l'aspect extérieur. La forme, la division et la nervation du limbe foliaire varient tellement d'une espèce à l'autre qu'elles ne peuvent servir à caractériser les familles. L'histologie, au contraire, donne des résultats précis.

Dans une *clef dichotomique* sont consignés et classés ces résultats; ce système comprend 130 indications des caractères principaux au moyen desquels on peut successivement arriver à la détermination des familles.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — Le jury du concours de l'adjuvat, qui commence demain, se compose de MM. Sappey, président; Guyon, Duplay, Farabeuf et Terrillon, juges.

(1) Thèse de Nancy, 1882.

— A la Faculté de médecine de Paris, de 1872 à 1880, il a été conféré 5,971 diplômes. — Docteur, 4,589. — Officier de santé, 108. — Sage-femme de première classe, 1,216. — Sage-femme de deuxième classe, 58.

Or, ces diplômes étant obtenus, le premier après neuf épreuves, le deuxième après cinq épreuves, le troisième et le quatrième après une épreuve, le total des examens subis, dans les mêmes conditions de réussite immédiate, s'élève au moins à 43,115. — Docteur, 41,301. — Officier de santé, 540. — Sage-femme de première classe, 1,216. — Sage-femme de deuxième classe, 58.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — Plusieurs concours s'ouvriront au mois de juillet 1882. Le premier aura lieu le lundi 3 juillet pour deux places de chef de clinique médicale ; le second, le jeudi 6 juillet, pour deux places de chef de clinique chirurgicale ; le troisième enfin, également le 6 juillet, pour une place de chef de clinique obstétricale.

— *Hôpitaux de Bordeaux.* — MM. les médecins-adjoints dont les noms suivent sont attachés :

M. H. Verdalle, à l'hôpital Saint-André; M. Arnozan à l'hospice des Enfants; M. Rondot, à l'hospice des Vieillards; M. Davezac, à l'hospice des Incurables.

— *Corps de santé militaire.* — M. Quesnoy, membre du conseil de santé, passe dans la réserve; M. Bachon, médecin-principal de deuxième classe ; MM. Poupelard, Lafforgue, de la Porte et Goguel, médecins-majors de première classe; M. Laspales-Mondon, médecin aide-major de première classe en non-activité, prennent leurs retraites.

— Sont détachés aux hôpitaux militaires de :

1° *Bourbonne-les-Bains :* MM. Reeb, Balley, Mabboux, Jacquin, Surugues, Goureau, Loillier et Amster ;

2° *Bourbon-l'Archambault :* MM. Challain et Joly ;

3° *Vichy :* MM. Delcominète, Massaloup, Emery-Desbrousses, Delatour, Marchand, Clément, Catenac et Tillion ;

4° *Baréges :* MM. Guillemin, Gavoy, Barbier, Festy, Labit, Ferre et Simair;

5° *Guagno :* M. Semanne.

— M. le docteur Quinquaud, médecin des hôpitaux, commencera son cours de pathologie interne le lundi 1er mai, à cinq heures, à l'École pratique (amphithéâtre n° 1), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure. Sujet du cours : affections des poumons et du cœur (auscultation et percussion), du foie, des reins; altérations du sang dans les maladies générales; le diagnostic éclairé par la chimie.

Les élèves seront exercés aux manipulations de chimie clinique.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 12741.

N° 49. — JEUDI 27 AVRIL 1882. 55e ANNÉE. JEUDI 27 AVRIL 1882. — N° 49.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La séance d'hier a été occupée par deux lectures, l'une de M. Durand-Fardel, sur un sujet de pathologie générale et de philosophie médicale, l'étude des diathèses et de leur formation; l'autre de M. Marjolin, sur l'isolement des malades atteints de maladies contagieuses dans les hôpitaux. Fidèle à la mission philanthropique à laquelle il s'est voué, et encore sous l'impression des faits navrants de mortelles contagions dont il a été souvent témoin, et qui n'avaient pas toujours pour les rehausser l'auréole du dévouement dont plusieurs de nos jeunes confrères nous ont donné récemment l'exemple, M. Marjolin a porté devant l'Académie la proposition de mesures destinées à en prévenir le retour. L'isolement par catégories des sujets atteints d'affections contagieuses dans les hôpitaux est évidemment la plus apte à conjurer ce danger permanent. On sait les conquêtes partielles qui ont été faites depuis quelques années dans cette voie, grâce à l'agitation qui a été soulevée autour de cette question dans les congrès et dans diverses sociétés de médecins et d'hygiénistes. Au tour de l'Académie de médecine de peser de son autorité sur un plus complet accomplissement de cette réforme. M. Guéniot a exposé à cette occasion quelques-uns des progrès qui ont été réalisés tout récemment encore à l'hospice des Enfants-Assistés, qui était plus particulièrement en cause; peut-être même ne nous a-t-il pas dit toute la part qui lui revient personnellement dans ces améliorations qui se sont déjà traduites par un abaissement notable du chiffre de mortalité dans cet établissement. Mais, quel que soit le bien qui ait été fait, il en reste encore beaucoup à faire. Aussi l'Académie, après avoir accueilli avec de vives marques d'approbation la lecture de M. Marjolin, a-t-elle adopté à l'unanimité des membres présents la proposition faite par le bureau de communiquer au ministre de l'intérieur le travail de l'honorable académicien et la petite discussion qui l'a suivi.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. HARDY.

I. Phlegmon de la fosse iliaque, pneumonie intercurrente, mort. — II. Emphysème, dilatation bronchique, hypertrophie du ventricule droit, syncope léthale.

I. Avant de procéder devant vous à l'autopsie de la malade qui était couchée au lit n° 18 de la salle Sainte-Anne, et qui est morte il y a cinquante heures, je vais vous rappeler son histoire.

Agée de vingt-quatre ans, elle est accouchée, il y a six semaines, chez une sage-femme, et a eu une perte considérable. Aussi, lorsqu'elle est rentrée chez elle neuf jours plus tard, était-elle, bien que rétablie, dans un état de débilité profonde et de faiblesse telle qu'elle dut garder le lit une grande partie du jour, ne sortant que pour aller prendre ses repas dans un restaurant du voisinage.

C'est dans ces conditions que, quinze jours après, prise de douleurs abdominales allant sans cesse croissant, elle est entrée à l'hôpital.

A son arrivée ici, elle était donc accouchée depuis vingt-sept jours; elle était extrêmement faible, sans appétit, souffrant dans le côté droit du ventre, ayant enfin un petit écoulement blanc insignifiant. Le ventre était peu tuméfié, un peu rénitent et douloureux à la pression dans le flanc droit. Le toucher vaginal faisait reconnaître un peu d'induration dans le cul-de-sac du côté droit.

Je crus pouvoir diagnostiquer un phlegmon du ligament large droit, accompagné d'une fièvre modérée, 90 à 100 pulsations et une température de 38 degrés. Du reste, pas de vomissements.

Cet état a duré ainsi pendant quelques jours; un vésicatoire a été appliqué sur le côté droit du ventre. Cinq ou six jours plus tard les douleurs sont devenues plus intenses, quelques vomissements sont survenus, le ventre s'est tuméfié, les douleurs abdominales se sont généralisées, s'accentuant surtout au niveau du bas-ventre. En même temps la fièvre augmentait, et nous nous trouvions en présence d'une péritonite menaçant de se généraliser.

Nous avons ordonné des frictions mercurielles avec l'onguent napolitain, une potion alcoolique, une application de glace sur le ventre.

Sous l'influence de ce traitement, les vomissements ont cessé, la fièvre a diminué ainsi que les douleurs; cependant on sentait une tuméfaction considérable, circonscrite, persistant du côté droit.

Diagnostic : collection purulente probable dans le bassin, pouvant s'ouvrir soit dans un organe voisin, soit à l'intérieur par la peau. Cependant, celle-ci restant dans un état normal, sans rougeur aucune, je pensai que l'abcès s'ouvrirait soit dans l'intestin, soit dans le vagin ou dans la vessie.

Le malade ayant en même temps de la diarrhée, on examina les selles avec soin sans y découvrir aucune trace de pus.

L'état général s'améliorait donc sensiblement lorsque, lundi dernier, c'est-à-dire il y a cinq jours, notre malade se plaignit d'une douleur de côté et de toux. Le lendemain, le point de côté persistait, la fièvre était revenue, accompagnée de toux, d'une oppression assez vive. Nous constations par la percussion une matité très-nette dans la région scapulaire en même temps que l'auscultation nous donnait du souffle et des râles crépitants.

Il y avait une pneumonie du sommet du poumon droit, pneumonie consécutive ou secondaire très-grave.

Enfin les phénomènes se sont accentués de plus en plus, la face est devenue grippée, et mercredi, c'est-à-dire quarante-huit heures après le début de la pneumonie, cette femme succombait.

Notre diagnostic est donc soit une péritonite suppurée, soit un phlegmon du ligament large, soit un abcès du petit bassin, sans parler, bien entendu, de la pneumonie terminale qui ne nous laisse aucun doute.

Autopsie. — Adhérence de l'intestin aux parois abdominales résultant d'une péritonite; pus dans le petit bassin. La collection purulente est située en dehors du péritoine, soit qu'elle provienne du tissu cellulaire, soit qu'elle ait son origine dans le ligament large.

C'est, en somme, un abcès de la fosse iliaque survenu après l'accouchement et situé du côté droit comme presque toujours. Cette prédominance à droite des abcès de la fosse iliaque est un fait bizarre que nous ne pouvons pas nous expliquer.

Cette femme a donc eu une péritonite, ainsi le prouvent les adhérences que je viens de vous montrer; elle a eu aussi un phlegmon du petit bassin qui, si son évolution n'avait été entravée par une maladie intercurrente, — la pneumonie, — se serait ouvert dans le vagin, dans la vessie ou dans l'intestin et aurait pu guérir, la péritonite étant déjà guérie.

L'autopsie, ayant été poursuivie, a montré une seconde collection purulente, enkystée, du côté gauche, sous-diaphragmatique, entourant l'organe splénique. Néanmoins la rate ne présente rien de particulier.

Du côté de la poitrine on constate à gauche une pleurésie, tandis que le poumon du côté droit est d'une coloration lie de vin, très-violacée; le parenchyme pulmonaire est induré, sans crépitation. Le poumon ne surnage pas dans l'eau, mais il gagne le fond du vase. Sa densité est considérablement augmentée. Sa surface est unie, sans aucun aspect granuleux comme dans la pneumonie fibrineuse.

L'affection thoracique est donc bien une broncho-pneumonie, ou pneumonie lobulaire droite, secondaire ou consécutive à une péritonite survenue pendant le cours d'un abcès de la fosse iliaque droite.

Le foie est le siège d'une dégénérescence graisseuse; il présente une coloration jaune très-prononcée.

Cette femme a donc succombé en réalité à l'affection pulmonaire intercurrente survenue tout à coup lundi dernier.

Quant aux collections purulentes, sous-diaphragmatique gauche et de la fosse iliaque droite, elles montrent avec quelle facilité les femmes récemment accouchées fabriquent parfois du pus.

II. Nous avons aussi perdu dans nos salles un homme qui est mort subitement après deux mois et demi de séjour dans nos salles. Il était entré pour une infiltration assez considérable des membres inférieurs et pour une dyspnée telle qu'il était forcé de rester assis nuit et jour dans un fauteuil.

La sonorité exagérée de la poitrine, la respiration faible en certains points, du râle sous-crépitant en d'autres endroits et du gargouillement dans un troisième point comme s'il y avait une excavation, me firent songer à une dilatation bronchique et non à de la tuberculose. Les crachats puriformes étaient bien caractéristiques aussi de la suppuration des bronches dilatées.

Le pouls était normal; le cœur, un peu large en travers, avait ses cavités droites dilatées par la stagnation du sang dans les vaisseaux pulmonaires résultant de l'état emphysémateux du poumon. De là une stase sanguine générale et de l'œdème.

Cet homme, qui n'était pas très-mal jeudi dans la soirée, a été trouvé mort dans son fauteuil sans que nul ne se fût aperçu de rien.

L'autopsie a confirmé les lésions pulmonaires diagnostiquées pendant la vie, ainsi que la dilatation du cœur droit, notamment du ventricule droit, sans lésion des orifices. Il n'a rien été trouvé d'autre, pas de néphrite interstitielle, pas d'embolie.

Cette mort subite nous paraît donc difficile à expliquer autrement que par une syncope léthale.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Verneuil.

Deux cas de fistules vésico-vaginale et uréthro-vaginale produites par des calculs.

Le hasard vient de réunir dans notre salle deux cas curieux de fistule vésico-vaginale intéressants à vous faire connaître, et sur lesquels je veux retenir quelques instants votre attention.

Le premier est celui d'une femme couchée au n° 1 de la salle Lisfranc ; elle habite ordinairement le département de l'Aisne. Elle est mariée, n'a jamais eu d'enfants et a commencé à éprouver des douleurs dans les voies génitales il y a six ou sept ans, douleurs pour lesquelles elle a consulté, en vain, dit-elle, un certain nombre de médecins.

Enfin, prise d'incontinence d'urine, et la miction ne se faisant plus par les voies naturelles, elle s'adressa à un de mes anciens élèves, qui reconnut l'existence d'une fistule. Lorsque celui-ci voulut pratiquer le cathétérisme afin de se rendre compte de la lésion, il ne put pas parvenir à introduire la sonde dans le canal de l'urèthre, soit par la présence d'un obstacle au passage de l'instrument, soit par suite d'une simple obstruction du canal.

Mais, un beau jour, obstacle ou obstruction disparaissent, et la sonde pénètre dans la vessie, où elle rencontre un corps dur comme une pierre. De même une sonde cannelée, introduite par la fistule, vient buter contre un calcul dans la vessie, calcul qui avait perforé la cloison vésico-vaginale et donné lieu aux accidents que nous venons d'indiquer.

Si ce calcul avait été volumineux, la chose eût été compréhensible ; mais il était petit, au contraire, aussi peut-on se demander comment il est parvenu à user et déchirer la paroi au point de la perforer.

Quoi qu'il en soit, cette femme nous a donc été envoyée ; elle est arrivée à l'hôpital. Le diagnostic ne présentait aucune difficulté. Par le toucher vaginal, le doigt sentait des aspérités dures et tranchantes sur la partie d'un calcul qui se trouvait enchatonné dans la fistule. L'examen au spéculum confirmait à nos yeux ce que le toucher nous avait révélé. Enfin le cathétérisme par l'urèthre faisait également reconnaître la nature de l'obstacle et sa forme.

En présence des accidents auxquels il donnait lieu, il était urgent d'extraire le calcul, soit par la lithotritie, soit par les voies naturelles ou accidentelles. Tout bien examiné, j'ai trouvé préférable de débrider la paroi vésico-vaginale, d'aller à la recherche du calcul et de traiter la plaie chirurgicale par la suture immédiate.

J'ai pratiqué cette opération lundi, j'ai débridé dans une très-petite étendue (à peine 1 centimètre) la paroi vésico-vaginale, sur la ligne médiane, en faisant partir mon incision de l'orifice de la fistule, et en allant d'arrière en avant. J'ai fait ensuite basculer le calcul, et je l'ai brisé en plusieurs fragments, afin de l'extraire plus facilement. Puis j'ai fait une injection d'eau par le canal de l'urèthre pour bien laver la vessie et la débarrasser complètement de tous les fragments qu'elle pourrait avoir conservés.

C'est alors que j'ai pu constater que la vessie était revenue sur elle-même dans des proportions singulières. J'ai vu bien des vessies rétractées, je n'en ai jamais vu qui le fussent autant, c'est au point, ici, qu'elle aurait à peine pu admettre une grosse noisette ou une petite noix sans être obligée de distendre son réservoir.

C'est bien certainement à une réduction aussi considérable de la capacité de la vessie que l'on doit attribuer la singulière terminaison de ce calcul, car, si celui-ci avait été flottant, il ne serait certainement pas parvenu à perforer la cloison vésico-vaginale. Au contraire, la vessie, se contractant peu à peu, a pressé de plus en plus le corps étranger contre ses parois ; de là frottement, usure et perforation par les aspérités du calcul.

Telle est la seule explication, qui nous paraisse plausible, des accidents qui sont survenus. La rétraction de la vessie a donc été, selon toutes probabilités, primitive, précédant la formation du calcul. Quant à celui-ci, il était très-inégal, rugueux, présentant des aspérités ainsi qu'un petit appendice.

Après avoir suturé et la plaie récente et la fistule au moyen de cinq points, l'occlusion était parfaite. Cependant, tout de suite après, la malade s'est sentie mouillée. Or, quand l'urine commence à sortir, ce n'est jamais aussitôt après l'opération, mais bien deux, trois ou quatre jours plus tard. J'estime donc que cette malade ne perd pas d'urine par sa fistule, mais bien par un suintement qui se ferait entre la sonde et le canal de l'urèthre. La sonde que j'ai placée est celle de Sims, qui a l'avantage d'être très-légère et de se maintenir très-bien d'elle-même.

Le deuxième cas est très-curieux. Il s'agit d'une femme qui est accouchée, il y a huit ou dix ans, et a eu, à la suite, une fistule vésico-vaginale pour laquelle elle vint se faire traiter à Lariboisière. Je l'opérai, et elle guérit très-bien. Cependant, quelques années plus tard, en 1879, elle m'écrivait de la Savoie qu'elle était désolée, que sa fistule était revenue. Le fait n'est pas très-rare, mais il ne se rencontre guère que lorsque la femme redevient enceinte. Ici rien de pareil n'avait eu lieu.

J'engage donc cette pauvre femme à rentrer dans mes salles. A son arrivée, elle souffrait un peu et perdait ses urines. Je l'examine avec soin, et je trouve à l'entrée du vagin une tumeur très-dure, ainsi qu'une perforation de la paroi de l'urèthre. J'introduis un stylet à travers cette déchirure, et je constate la présence d'un calcul qui a déterminé une dilatation fusiforme du canal de l'urèthre, et, à la partie inférieure de ce calcul, une aspérité qui avait amené la perforation.

Je me proposais d'opérer cette malade, en incisant le canal de l'urèthre pour extraire le calcul, et de suturer ensuite la plaie, lorsque j'appris un matin en arrivant que la malade avait rendu son calcul par l'ouverture fistuleuse. La fistule étant revenue sur elle-même, j'espérai qu'elle guérirait seule. Il n'en fut rien, elle persista ainsi que l'incontinence d'urine. Ce que voyant, je fis l'uréthrorrhaphie. Un phénomène, que je n'avais encore rencontré qu'une seule fois, est survenu : la sonde à demeure que j'avais placée a, malgré sa légèreté, coupé par son propre poids la partie antérieure de l'urèthre.

L'opération ainsi manquée, je la recommençai ; cette fois elle réussit, laissant seulement une toute petite fistulette, pour ainsi dire capillaire, qui permettait à la malade de conserver à peu près complètement ses urines. Celle-ci en effet nous quitte bientôt après sa guérison et reprend ses occupations. J'avais l'espoir que ce simple petit pertuis se fermerait peu à peu, lorsqu'au bout d'un an environ je recevais une lettre de ma malade m'annonçant que la fistule encore une fois s'était reproduite, et me demandant de la recevoir de nouveau dans mes salles.

A son arrivée, je constatai non-seulement que la fistulette s'était agrandie, mais qu'il existait aussi un nouveau calcul très-anfractueux qui avait perforé le canal de l'urèthre. J'ai extrait ce calcul, mais à deux reprises différentes j'ai tenté en vain la restauration de l'urèthre ; aujourd'hui je n'ai malheureusement presque plus d'étoffe suffisante dans le vagin pour une nouvelle opération.

Tels sont les deux cas à peu près semblables, et réellement curieux, de fistule produite ou entretenue par la présence de calculs anfractueux, soit dans la vessie, soit dans le canal de l'urèthre.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 avril 1882. — Présidence de M. Hardy.

CORRESPONDANCE

M. le ministre de l'instruction publique consulte l'Académie sur la question de savoir combien de temps un élève atteint de maladie contagieuse doit être tenu éloigné de ses camarades. (Comm. MM. Roger, Bergeron et Hillairet.)

La correspondance non officielle comprend : 1° une lettre de M. Laulanié, professeur d'anatomie à l'École vétérinaire de Toulouse, relative à une réclamation de priorité sur les recherches qu'il a faites au sujet de la pseudo-tuberculose parasitaire du chien.

M. le Président annonce la présence à la séance de MM. Fonssagrives (de Montpellier), Willemin (de Vichy) et de Vry (de la Haye).

PRÉSENTATION

M. LÉON LABBÉ présente, de la part de M. Cazin (de Berck-sur-Mer), un lit pour les petits malades atteints de coxalgie.

LECTURES

Dans quel esprit il faut étudier les diathèses. — M. DURAND-FARDEL donne lecture, sous ce titre, d'un travail qu'il résume en ces termes :

Les conditions qui paraissent propres à modifier la constitution nouvelle de l'organisme humain sont de deux ordres : l'hérédité et les circonstances hygiéniques. Il en résulte des influences innombrables par leurs combinaisons comme par leurs degrés respectifs, salutaires ou nuisibles, se mêlant dans un sens identique ou contraire, s'annihilant ou se favorisant.

Il est souvent possible de les distinguer et de les déterminer. Mais il est beaucoup plus souvent encore impossible de se retrouver dans le dédale de l'hérédité ou dans la confusion des circonstances hygiéniques.

Les organismes diffèrent entre eux aussi bien que diffèrent les traits du visage. On peut cependant saisir parmi eux des types, lesquels, à l'état purement physiologique, répondent aux tempéraments, établis eux-mêmes sur le mode de telle ou telle fonction, ou de tel ou tel appareil d'organes.

Ces modes divers peuvent s'accentuer de manière que le juste équilibre qui maintient en harmonie les éléments complexes de l'organisme vienne à se rompre : de là la naissance des états constitutionnels qui ne sont pas encore la maladie, mais qui ne sont plus la santé parfaite, qui n'engendrent pas la maladie, mais qui impriment à celle-ci des caractères particuliers.

Un degré de plus, ce sera la maladie.

Le passage du tempérament à l'état constitutionnel, et de celui-ci à la diathèse, est insensible.

Les états constitutionnels et les états diathésiques admis dans la nosologie correspondent à certains types tranchés dont la détermination peut être légitime, mais qui laissent en dehors une foule d'états constitutionnels ou diathésiques que l'on n'y rattache que par une pure convention.

Les diathèses et les états constitutionnels doivent être étudiés non avec l'idée de les faire rentrer systématiquement dans les cadres étroits de la nosologie classique, mais au contraire avec l'idée d'arriver par une analyse plus complète à déterminer les modalités bien plus nombreuses qui président à la genèse et à l'entretien des maladies chroniques.

Isolement des malades atteints d'affections contagieuses. — M. MARJOLIN lit un travail intitulé : *Urgence de l'isolement des malades atteints d'affections contagieuses, surtout dans les hôpitaux d'enfants et le dépôt des Enfants-Assistés.*

« Remonter aux causes du mal, quel qu'il soit, c'est se mettre sur la voie où l'on peut rencontrer le remède. » Après avoir rappelé que le corps médical compte un grand nombre de victimes parmi les élèves des hôpitaux, entre autres Cossy, Clozel de Boyer, Herbelin, Carette, etc., M. Marjolin fait observer que l'auréole de gloire qui entoure de pareilles morts peut apporter quelque adoucissement au désespoir des familles. Mais quelle consolation peut-on donner à ces malheureuses mères qui nous confient leurs enfants pleins de santé ou n'ayant que des affections légères, et que nous leur rendons atteints d'affections contagieuses souvent mortelles ? Le dépôt des Enfants-Assistés a une si triste réputation que bien des parents refusent d'entrer à l'hôpital plutôt que d'envoyer leurs enfants dans cette maison. Comme l'expérience a démontré qu'il suffisait d'isoler les malades atteints d'affections contagieuses pour s'opposer à leur extension et diminuer le chiffre de la mortalité, il ne faudrait pas attendre plus longtemps pour généraliser cette mesure, surtout dans les hôpitaux d'enfants. A l'appui de cette opinion, M. Marjolin, entre autres faits désastreux, rapporte l'histoire d'une pauvre femme, qui, obligée d'entrer à l'hôpital, a dû confier ses trois enfants bien portants au dépôt des Enfants-Assistés ; or ses trois enfants sont morts d'affections contagieuses contractées à ce dépôt.

Ces faits sont malheureusement des plus fréquents au dépôt des enfants où sont journellement conduits des enfants très-valides, lesquels y contractent le germe des affections contagieuses les plus graves, qu'ils transportent ensuite dans leurs familles quand ils n'ont pas succombé à l'hôpital.

M. Marjolin prie l'Académie de vouloir bien user de toute son influence pour faire adopter, notamment au dépôt et dans les divers services d'enfants, des précautions qui les mettent à l'abri des maladies meurtrières.

Les conclusions de son travail consistent à demander l'isolement des malades atteints d'affections contagieuses dans tous les hôpitaux et surtout dans les établissements consacrés à l'enfance.

M. MOUTARD-MARTIN remercie M. Marjolin de son importante communication. Il y a longtemps que les médecins faisant partie du conseil de surveillance demandent une séparation complète des enfants envoyés au dépôt d'avec les enfants malades. Il faudrait, pour les premiers, une maison spéciale hors de Paris.

M. LE FORT. Il n'existe pas de véritable isolement dans nos hôpitaux d'enfants. Si l'on veut avoir un modèle parfait de cet isolement, c'est à Saint-Pétersbourg et à Moscou, dans les hôpitaux d'enfants construits sous la direction de Rauch Suss, qu'il faut aller le chercher. M. Le Fort donne une description de ces hôpitaux, qu'il a eu l'occasion de visiter, et déclare que les mesures d'isolement y sont admirablement comprises.

M. GUÉNIOT s'associe pleinement aux conclusions formulées par M. Marjolin. Toutefois il faut reconnaître que depuis cinq ou six ans le service des enfants assistés, surtout au point de vue de l'ophthalmie purulente, a été singulièrement modifié et que de très-grands progrès y ont été accomplis, si bien qu'aujourd'hui les cas d'ophthalmies purulentes y sont devenus extrêmement rares. En outre la mortalité des nourrissons a très-notablement diminué grâce au nombre aujourd'hui suffisant des nourrices attachées à l'hospice et à l'installation d'une nourricerie qui fonctionne très-bien et donne de très-bons résultats.

M. MOUTARD-MARTIN reconnaît qu'il a été accompli des progrès incontestables ; mais il n'en persiste pas moins à demander la séparation des enfants bien portants d'avec les enfants malades. Il propose que le travail de M. Marjolin soit envoyé à M. le Ministre de l'intérieur.

M. LAGNEAU exprime le regret que l'on ne puisse pas avoir des statistiques précises sur la mortalité des enfants en bas âge. Il serait à désirer que l'on pût comparer la mortalité proportionnelle de ces enfants avec la mortalité générale.

M. BERGERON. Si l'on refuse les enfants malades aux Enfants-Assistés, que vont devenir les enfants âgés de moins de deux ans, privés de mère, et, en raison de leur âge, ne pouvant être admis dans les hôpitaux d'enfants ?

M. BOULEY fait observer que les réformes demandées avec tant d'instances pour les hôpitaux d'enfants ont été depuis longtemps réalisées dans les hôpitaux vétérinaires, en vertu de l'art. 1382 du Code civil.

La séance est levée.

MINISTÈRE DE LA GUERRE.

Programme d'un concours pour l'admission aux emplois d'élève du service de santé militaire, et d'un examen d'aptitude à l'emploi de médecin et de pharmacien stagiaires.

Un décret du 15 juin 1880 dispose que, chaque année, un concours aura lieu, au plus tard au mois de septembre, pour l'admission aux emplois d'élève du service de santé militaire, d'après un programme arrêté par le ministre de la guerre, et que les candidats admis, dans la proportion déterminée par les besoins du service, seront répartis, à leur choix et suivant leur convenance, entre les villes ci-dessous indiquées, qui possèdent à la fois un

hôpital militaire ou des salles militaires dans un hospice civil, et une faculté de médecine et une école supérieure de pharmacie, ou une faculté mixte, ou une école de plein exercice de médecine et de pharmacie, savoir : Paris, Lille, Nancy, Lyon, Marseille, Montpellier, Toulouse, Bordeaux, Nantes, Rennes et Alger.

D'un autre côté, les élèves du service de santé militaire, reçus docteurs en médecine ou pharmaciens de première classe, passent, avec le titre de stagiaire, à l'école d'application de médecine et de pharmacie militaires, sous la condition expresse de satisfaire aux épreuves d'un examen d'aptitude au stage (art. 8 du décret précité), et, en vertu d'une décision ministérielle du 14 novembre 1881, cet examen doit être subi, exclusivement, devant le jury chargé de procéder à l'admission des élèves du service de santé militaire.

En exécution de ces dispositions, un concours pour les emplois d'élève du service de santé militaire s'ouvrira, en même temps que l'examen d'aptitude au stage :

A Paris, le 17 août 1882 ; à Lille, le 23 du même mois ; à Nancy, le 23 du même mois ; à Lyon, le 31 du même mois ; à Marseille, le 5 septembre ; à Montpellier, le 9 du même mois ; à Toulouse, le 13 du même mois ; à Bordeaux, le 18 du même mois ; à Nantes, le 22 du même mois ; à Rennes, le 25 du même mois.

Aux termes du décret précité, sont admis à concourir :

Pour les emplois d'élèves en médecine : 1° les étudiants ayant 8, 12 et 16 inscriptions pour le doctorat et ayant satisfait aux examens correspondant à la période de leur scolarité ; 2° les docteurs en médecine.

Pour les emplois d'élève en pharmacie : 1° les étudiants pourvus du diplôme de bachelier ès lettres ou de celui de bachelier ès sciences complet, ayant accompli au 10 novembre prochain un stage officinal de deux années ; ceux ayant 4 et 8 inscriptions valables pour le titre de pharmacien de 1re classe, et ayant subi avec succès les examens de fin d'année ou les examens semestriels ; 2° les étudiants ayant 12 inscriptions et qui ont subi avec succès le premier examen de fin d'études ; 3° les pharmaciens de 1re classe.

Suivant un arrêté de M. le ministre de l'instruction publique, les étudiants en pharmacie sans inscriptions sont dispensés de l'examen de validation du stage officinal, le fait même de leur nomination à l'emploi d'élève du service de santé militaire devant leur en tenir lieu.

Les autres conditions sont les suivantes :

1° Être né ou naturalisé Français ;

2° Avoir eu au 1er janvier de l'année du concours : moins de 22 ans (élèves en pharmacie sans inscriptions) ; moins de 23 ans (élèves en médecine à 8 et élèves en pharmacie à 4 inscriptions) ; moins de 24 ans (élèves en médecine à 12 et élèves en pharmacie à 8 inscriptions) ; moins de 25 ans (élèves en médecine à 16 et élèves en pharmacie à 12 inscriptions) ; moins de 26 ans (docteurs en médecine et pharmaciens de 1re classe) ;

3° Avoir été reconnu apte à servir activement dans l'armée : cette aptitude, qui sera justifiée par un certificat d'un médecin militaire du grade de major au moins, pourra être vérifiée au besoin par le jury d'examen ;

4° Souscrire un engagement d'honneur de servir dans le corps de santé militaire pendant dix ans au moins, à dater de la nomination au grade d'aide-major de deuxième classe.

Toutes les conditions qui précèdent sont de rigueur, et aucune dérogation ne pourra être autorisée pour quelque motif que ce soit.

Les candidats en activité de service, s'ils sont compris dans la liste d'admission, seront placés en position de congé pouvant être renouvelé aussi longtemps qu'ils conserveront la qualité d'élève du service de santé militaire. La même mesure sera appliquée à ceux des élèves que la loi appellerait à l'activité pendant le cours de leurs études.

Formalités préliminaires.

Les candidats à l'emploi d'élève du service de santé militaire auront à requérir leur inscription à leur choix, sur une liste qui sera ouverte à cet effet, à dater du 15 juillet prochain, dans les bureaux de MM. les intendants militaires en résidence dans les localités indiquées d'autre part. La clôture de cette liste aura lieu, dans chaque ville, trois jours avant l'ouverture du concours dans cette localité.

En se faisant inscrire, chaque candidat doit déposer dans les bureaux de l'intendance :

1° Son acte de naissance, dûment légalisé ;

2° Un certificat d'aptitude au service militaire, dans la forme ci-dessus indiquée ;

3° Un certificat délivré par le service du recrutement, indiquant la situation au point de vue militaire ;

4° Les certificats des examens réglementaires correspondant à la période de scolarité, où il sera fait mention de la note obtenue à chacun de ses examens, et, s'il est candidat en pharmacie sans inscriptions, le diplôme de bachelier.

Ces pièces pourront n'être produites que le jour de l'ouverture des épreuves ;

5° L'indication de la ville où il désire faire ses études.

Chaque candidat indiquera très-exactement le domicile où il désire se voir adresser sa commission, en cas de nomination, à l'emploi d'élève du service de santé militaire.

FORME ET NATURE DES ÉPREUVES.

I. — *Concours en médecine.*

Candidats à 8 inscriptions ayant satisfait aux examens de fin d'année, ou, selon le cas, aux examens de doctorat correspondant à leur année de scolarité : 1° composition sur une question de physiologie ; 2° interrogations sur l'anatomie descriptive et sur la physiologie.

Candidats à 12 inscriptions ayant satisfait aux examens de fin d'année, ou, selon le cas, aux examens de doctorat correspondant à leur année de scolarité : 1° composition sur une question de pathologie générale ; 2° interrogations sur la pathologie interne et la pathologie externe ; 3° interrogations sur l'anatomie et la physiologie.

Candidats à 16 inscriptions : 1° composition écrite sur une question de pathologie et de thérapeutique médicale ; 2° interrogations sur la pathologie externe et la médecine opératoire ; 3° interrogations sur la pathologie interne, l'hygiène et la thérapeutique.

Docteurs en médecine : 1° une composition écrite sur une question de pathologie générale ; 2° une épreuve orale d'anatomie des régions avec application à la médecine et à la chirurgie ; 3° un examen clinique de deux malades.

II. — *Concours en pharmacie.*

Candidats sans inscriptions : 1° réponse écrite à une question sur une opération pharmaceutique ; 2° préparation d'un ou plusieurs médicaments inscrits au Codex et interrogations sur ces préparations ; 3° détermination de quinze drogues simples appartenant à la matière médicale et de cinq médicaments composés.

Candidats à 4 inscriptions (1) ayant satisfait aux examens de première année : 1° composition de physique ou de chimie minérale ; 2° interrogations sur la physique, la minéralogie, la chimie minérale et les éléments de chimie organique ; 3° interrogations sur les éléments d'histoire naturelle : géologie, zoologie et botanique (classification sans familles).

Candidats à 8 inscriptions ayant satisfait aux examens semestriels ou à ceux de deuxième année : 1° composition sur une question de chimie (minérale ou organique) ; 2° interrogations sur la physique, la chimie organique et la toxicologie minérale ; 3° interrogations sur la pharmacie galénique, la botanique (familles naturelles phanérogames) et l'histoire naturelle des médicaments.

Candidats à 12 inscriptions ayant satisfait au premier examen de fin d'études : 1° composition sur une question d'histoire naturelle des médicaments et de matière médicale ; 2° interrogations sur la

(1) Les sujets de composition et les interrogations porteront sur les matières qui auront été traitées pendant l'année.

physique médicale, la chimie, l'analyse chimique et la toxicologie; 3° interrogations sur la pharmacie chimique et galénique et sur l'histoire naturelle.

Candidats munis du diplôme de pharmacien de 1re classe : 1° composition sur une question d'histoire naturelle des médicaments et de matière médicale ; 2° interrogations sur la physique, la chimie, l'histoire naturelle et la pharmacie ; 3° préparation d'un ou de plusieurs médicaments inscrits au Codex, et détermination de douze substances diverses (minéraux usuels, drogues simples, plantes sèches ou fraîches, médicaments composés).

Les épreuves ci-dessus spécifiées auront lieu devant un jury unique, composé d'un médecin inspecteur qui le présidera et sera chargé de régulariser les opérations du concours, d'un médecin professeur et d'un médecin agrégé de l'école de médecine et de pharmacie militaires, et du professeur ou du professeur agrégé de chimie appliquée de ladite école, auquel sera adjoint un pharmacien du grade de pharmacien-major.

Il sera accordé trois heures pour la composition écrite. Chaque épreuve d'interrogations durera vingt minutes. Les candidats qui auront satisfait à la composition seront seuls admis aux interrogations orales. Les compositions seront lues à huis clos par le jury. L'appréciation des candidats pour chaque épreuve est exprimée par un chiffre de 0 à 20.

Après la dernière épreuve, le jury procède, en séance particulière, au classement des candidats par ordre de mérite.

Le classement général se fait à Paris, après que le jury d'examen a terminé ses opérations.

Dispositions générales.

Les élèves du service de santé militaire seront dirigés chacun sur celle des villes ci-dessus mentionnées qu'il aura choisie pour y faire ses études. Attachés à l'hôpital militaire ou aux salles militaires de l'hospice civil, sous les ordres et la surveillance du médecin en chef, ils peuvent concourir à l'exécution du service médical et pharmaceutique, autant que le comportent les cours et travaux pratiques de la faculté ou de l'école qu'ils sont tenus de suivre. Ces élèves ne portent pas d'uniforme; ils sont soumis à certaines règles disciplinaires ayant pour but d'exercer un contrôle fructueux sur leurs études et sur leur conduite, conformément aux dispositions d'un règlement arrêté par le ministre de la guerre. Il est accordé aux élèves médecins, à partir de la treizième inscription, et aux élèves pharmaciens, à partir de la neuvième inscription, pendant deux ans au maximum, une indemnité de 1,200 francs par an pour subvenir à leurs frais d'entretien, d'achat de livres et d'instruments.

Toutefois ceux d'entre eux qui auraient été boursiers au prytanée militaire pourront obtenir, sur leur demande, et dès leur admission à l'emploi d'élève du service de santé militaire, une subvention mensuelle fixée à 1,200 francs par an à Paris, à 1,000 francs à Lyon et à Marseille et à 800 francs dans les autres villes ci-dessus désignées. Cette dernière faveur ne pourra être étendue à aucun autre élève, pour quelque motif que ce soit. Ladite subvention pourra être cumulée, sur la demande des intéressés, avec celle prévue par le décret du 15 juin 1880.

A dater de l'admission à l'emploi d'élève du service de santé militaire, les frais universitaires, réglés conformément aux tarifs en vigueur, sont versés par l'administration de la guerre à la caisse de l'enseignement supérieur. Toutefois, en cas d'ajournement à un examen, les frais de consignation pour la répétition de cet examen sont à la charge de l'élève. Un second échec au même examen entraîne d'office le licenciement de l'élève et sa radiation immédiate des contrôles. L'autorisation de doubler une année ne pourra être accordée que si l'élève justifie régulièrement d'avoir été empêché par la maladie de suivre les cours pendant une période de deux mois au moins de ladite année.

En cas de démission ou de licenciement, l'élève sera tenu au remboursement du montant des frais de scolarité et d'indemnité, et à remplir, comme soldat, les obligations militaires qui pourraient être encore les siennes, sans pouvoir jamais prétendre au grade d'aide-major, soit dans la réserve, soit dans l'armée territoriale.

Les élèves qui seront admis dans le service de santé entreront, avec le titre de médecin et de pharmacien stagiaire, à l'école de médecine et de pharmacie militaires, lorsqu'ils auront été reçus docteurs en médecine ou pharmaciens de 1re classe, sous la condition expresse de satisfaire aux épreuves d'un examen d'aptitude au stage qui sera subi, ainsi qu'il est dit plus haut, devant le jury chargé, chaque année, de procéder à l'admission des élèves du service de santé militaire.

L'enseignement qu'ils reçoivent à ladite école est essentiellement pratique, et a surtout pour but de les initier à l'exercice de l'art dans l'armée, par des études complémentaires, des applications et des notions d'administration et de législation militaires.

Les stagiaires doivent être réunis à Paris, à l'école du Val-de-Grâce, le 10 novembre. Ils sont rétribués à l'école sur le pied de 2,800 francs par an, à titre de subvention ; ils portent l'uniforme et il leur est accordé une indemnité de première mise d'équipement. Les stagiaires sortent de l'école avec le grade d'aide-major de 2e classe, après avoir satisfait aux examens de sortie.

Les élèves qui n'auront pas satisfait à l'examen d'entrée et les stagiaires qui n'auront pas satisfait à l'épreuve de sortie seront licenciés et tenus au remboursement du montant des frais de scolarité, d'indemnité et de subvention qui leur auront été alloués.

Le même remboursement sera exigé de ceux qui quitteraient plus tard volontairement le service de santé militaire avant d'avoir accompli leur engagement d'honneur. Ils resteront, eux aussi, soumis comme soldats aux obligations militaires qui pourraient être encore les leurs, sans pouvoir non plus prétendre jamais à un grade de leur spécialité, soit dans la réserve, soit dans l'armée territoriale.

Il reste entendu que les dispositions de la décision présidentielle du 5 octobre 1872, en ce qui concerne l'ordre dans lequel les examens du doctorat seront subis, seront applicables à tous les élèves admis cette année qui n'auront pas opté pour le nouveau mode d'examens universitaires, déterminé par le décret du 20 juin 1878.

Paris, le 7 avril 1882.

Le ministre de la guerre,

BILLOT.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La seconde épreuve, — épreuve orale, — du concours pour la nomination à trois places de médecin du Bureau central, s'est terminée, hier soir mardi, par l'admissibilité à prendre part à la troisième épreuve, des seize candidats dont les noms suivent, classés par ordre alphabétique : MM. Ballet, Barié, Barth, Brissaud, Cadiat, Chouppe, de Beurmann, Déjerine, Gombault, Hirtz (Hippolyte), Letulle, Mercklen, Moizard, Oulmont, Renault et Tapret.

Les questions qui ont été données sont :

1° De la variole hémorrhagique ; 2° du choléra épidémique, étiologie et symptômes ; 3° les tænias, histoire naturelle, symptômes, prophylaxie et traitement ; 4° des roséoles ; 5° embolies et thromboses de l'artère pulmonaire ; 6° des accidents de la pleurésie.

— Les candidats inscrits au concours qui doit s'ouvrir le lundi 8 mai prochain pour la nomination à trois places de chirurgien du Bureau central sont au nombre de 19. Ce sont : MM. Bazy, Campenon, Cartaz, Duret, Garnier, Henriet, Jalaguier, Jullien, Le Bec, Nélaton, Nepveu, Petit, Picqué, Prengrueber, Quénu, Redar, Reynier, Segond et Valtat.

— La question écrite donnée au concours pour la nomination à quatre places d'accoucheur du Bureau central, — première épreuve, — a été : « Structure de l'estomac ; des vomissements. » Deux candidats n'ont point concouru, ce sont MM. Stapfer et Vermeil.

— *École de médecine de Marseille.* — Sont nommés, 1° chefs de clinique médicale : MM. d'Artois et Mauret ; 2° chefs de clinique chirurgicale : MM. Monier et Arnaud ; 3° chef de clinique obstétricale, M. Mistral.

— *École de médecine de Reims.* — M. le professeur Langlet est nommé suppléant des chaires de médecine.

M. le professeur Moret est nommé suppléant de la chaire d'anatomie.

— M. le docteur Albert René, chef des travaux physiologiques de la Faculté de médecine de Nancy, est nommé professeur d'anatomie comparée à l'École municipale et régionale des beaux-arts, qui vient d'être créée dans cette ville.

— La ville de Bône a décidé que la rue de la Marine prendrait le nom de rue Maillot, en souvenir des services rendus par notre illustre confrère, le docteur Maillot, ancien président du conseil de santé des armées.

La même ville a voulu conserver le souvenir d'un praticien dévoué et désintéressé en donnant le nom du docteur Moreau à la rue de l'Artillerie.

— Le Conseil général de la province d'Oran vient de donner au village d'Aïn-Zolba, situé à quelques lieues d'Oran, le nom de Guiard, pour honorer la mémoire du docteur Robert Guiard, membre de la mission Flatters, massacré par les Touaregs.

— M. Destrem soutiendra devant la Faculté des sciences de Paris, le 29 avril, à deux heures, pour obtenir le grade de docteur ès sciences physiques, une thèse intitulée : « Des alcoolates et de leur décomposition par la chaleur. »

— M. le docteur Jules Simon reprendra ses conférences à l'hôpital des Enfants-Malades, le mercredi 3 mai, à neuf heures, et les continuera les mercredis suivants, à la même heure. — Le samedi, consultation clinique.

— M. le docteur Martineau, médecin de l'hôpital de Lourcine, reprendra son cours de syphiligraphie et de gynécologie le mercredi 3 mai, à neuf heures.

Ordre des travaux : le mardi, consultation et traitement externe ; le samedi, leçons cliniques pendant l'examen des malades ; le mercredi, leçons à l'amphithéâtre sur le traitement de la syphilis et des affections utérines.

— M. le professeur Bureau fera sa prochaine herborisation dimanche prochain 30 avril 1882, dans les bois du Vésinet. Le rendez-vous est à la gare du Vésinet, à l'arrivée du train qui part de Paris (gare Saint-Lazare), à onze heures trente-cinq minutes du matin.

— M. le professeur Chatin fera sa prochaine herborisation le dimanche 30 avril 1882, dans la forêt de Bondy. Le rendez-vous est à la gare des chemins de fer de l'Est, à onze heures du matin, pour prendre le train partant de Paris à onze heures et demie pour la station de Gagny.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 12741.

96

Peptone Defresne

Admise première après concours dans les hôpitaux de Paris.

Seule récompensée dans la section française en 1878.

25 p. 100 de Peptone ; 4 p. 100 Azote ; 2.25 lacto-phosph. de ch'x ; 0.20 phosph. de fer hématique

Elle ne se prend pas en gelée, *car elle ne contient pas de gélatine.*

La PEPTONE DEFRESNE contient le double de son poids de viande, toute préparée pour l'absorption. — DOSE : Deux cuillerées à bouche dans du bouillon ou du vin généreux.— Le flac.: 5 fr.

Le VIN DE DEFRESNE A LA PEPTONE. DOSE : un demi-verre madère après le repas. — La bouteille : 4 fr.

Inappétence, Convalescence, Maladies de poitrine, de l'Estomac et des Intestins.

DEFRESNE, auteur de la **Pancréatine**, 2, rue des Lombards, et toutes les pharmacies.

74

Pansement antiseptique

Méthode LISTER.

MM. DESNOIX et Cie, pharmaciens, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, préparent, depuis plusieurs années déjà, toutes les pièces nécessaires au pansement antiseptique par la méthode Lister et les tiennent à la disposition des médecins et chirurgiens qui désirent employer ce mode de pansement.

94

Salicol Dusaule (ACIDE SALICYLIQUE ET MÉTHYLÈNE).

Désinfectant, antiseptique, cicatrisant.

D'une odeur agréable, remplace avantageusement, pour tous les usages, le coaltar et le phénol. le flac.: 2 fr., 97, r. de Rennes, et les pharmacies.

127

LA PLUS PURGATIVE DES EAUX MINÉRALES.

Pullna

(Bohême). GRANDS PRIX : Philadelphie 1876, Paris 1878, Sidney 1879, Melbourne 1880, Londres 1881.—A. ULBRICH.

70

Pilules de Blancard,

Approuvées par l'Académie de Médecine.

Participant des propriétés de l'iode et du fer, ces pilules s'emploient contre les *scrofules*, la *phthisie* à son début, la faiblesse de tempérament, ainsi que dans toutes les affections (*pâles couleurs, aménorrhée*, etc.), où il est nécessaire de réagir sur le sang.

Exiger la signature ci-jointe au bas d'une étiquette verte.

Blancard

40, rue Bonaparte.

SE DÉFIER DES CONTREFAÇONS.

76

Vin bi-digestif de Chassaing

A LA PEPSINE ET A LA DIASTASE.

(*Rapport favorable de l'Académie de médecine de Paris, le 29 mars 1864.*)

Le rôle que chacun de ces deux ferments joue dans l'acte de la digestion étant bien distinct, les médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la Pepsine, qui dissout et rend assimilables les aliments azotés, à la Diastase, dont l'action se porte sur les aliments féculents pour les transformer en glycose et les rendre ainsi propres à la nutrition.

Ils trouveront donc dans nos préparations un médicament capable à lui seul de dissoudre le bol alimentaire complet et le remède le plus rationnel pour combattre les affections des voies digestives.

Paris, 4, avenue Victoria.

63

AFFECTIONS DES BRONCHES ET DE LA GORGE

Une petite mesure (12 centigr.) de

Sulfureux Pouillet

dans un verre d'eau donne de suite une Eau sulfureuse incolore et d'une conservation parfaite.

Marcellin Pouillet

Fl. pr 10 litres d'eau. 2f,50
Fl. pour un bain.. 1 fr.
Donc, **économie** et **préparation** toujours **identique**.

Approuvé par l'Académie de médecine.

CLERMONT, 112, rue du Bac, Paris.

41

Rhumatismes. Guérison par la

Flanelle et la Ouate végétale du Pin sylvestre. REYNAUD, chemisier, rue de la Paix, 22, Paris.

38

Saint-Raphaël, Vin tannique,

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

DOSE : Un petit verre après les principaux repas.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

49

Vichy, eau minérale naturelle

SOURCES : *Grande-Grille*, Maladies du Foie et de l'Appareil biliaire ; *Hôpital*, Maladies de l'Estomac ; *Hauterive*, Affections de l'Estomac et de l'Appareil urinaire ; *Célestins*, Gravelle, Maladies de la Vessie, etc.

Bien désigner le nom de la source.

Exiger le nom de la source sur la capsule.

LA CAISSE DE 50 BOUTEILLES :

(Paris, 35 fr. ; Vichy, 30 fr. Emballage franco).

LA BOUTEILLE, A PARIS, 75 CENT.

L'eau de Vichy se boit au verre, 25 cent.

A Paris, 22, boulevard Montmartre ; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré, où se trouvent à prix réduits toutes les eaux minérales naturelles sans exception.

81

Arséniate Diastasé

du Dr V. BAUD.

Sous forme de granules soigneusement dosés, l'arséniate de soude combiné à la diastase par la germination des graines de cresson, est recommandé contre les *névroses*, *rachitisme*, *atonie*, etc. — Paris, 22, 20 et 19 rue Drouot.

Dr V. Baud

119

Sirop DU DOCTEUR Reinvillier

Au Phosphate de chaux gélatineux

Phthisie pulmonaire, bronchite chronique, rachitisme, débilité organique, maladies des os.

Le sirop du docteur Reinvillier, administré quotidiennement aux enfants, facilite la dentition et la croissance. Chez les nourrices et les mères, il rend le lait meilleur et empêche la carie et la perte des dents qui suivent souvent la grossesse.

Huile phosphorée titrée pour frictions.

76

NEVRALGIES — MIGRAINES

PILULES ANTI-NÉVRALGIQUES AU

Gelsemium sempervirens

du docteur G. FOURNIER.

Une à cinq pilules au maximum en 24 heures.

Pharmacie de la Madeleine, 5, rue Chauveau-Lagarde, Paris.

Exiger la signature du Dr FOURNIER.

77

Maltine Gerbay,

Vérit. spécifique des Dyspepsies amylacées

TITRÉE PAR LE Dr COUTARET,

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a subi l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon, Académie des sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liége, etc.

GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

GROS : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

1

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.

Orezza,

EAU MINÉRALE FERRUGINEUSE ACIDULE

la plus riche en fer et acide carbonique.

Cette **eau** n'a pas de rivale pour la guérison des GASTRALGIES, FIÈVRES, CHLOROSE, ANÉMIE, et toutes les maladies provenant de L'APPAUVRISSEMENT DU SANG.

22

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

23

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire ; apaise les douleurs des reins et de la vessie ; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

7

Les Dragées Carbonel

AU PERCHLORURE DE FER PUR.

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant quatre gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE francs. — Envoi franco par la poste.

Dépôt : à Avignon, pharmacie CARBONEL ; à Paris, maison HUGOT.

24

Vin du docteur Vivien

A L'EXTRAIT PUR DE FOIE DE MORUE

MÉDAILLES D'OR ET D'ARGENT.

MENTIONS HONORABLES A DIVERSES EXPOSITIONS.

L'**Extrait de Foie de Morue** possède, en plus grande quantité que l'huile, les mêmes principes actifs et médicamenteux.

Le **Vin du docteur Vivien**, a l'extrait de Foie de Morue, tonique par excellence, d'un goût et d'une saveur agréables, est employé avec succès dans toutes les maladies où l'huile est prescrite ; il est spécial aux enfants, qui l'acceptent avec plaisir et sans aucun dégoût.

Le **Vin du docteur Vivien** est d'une efficacité bien supérieure à celle de l'huile. Une cuillerée de ce vin équivaut à plusieurs cuillerées de la meilleure huile.

Eviter avec soin les contrefaçons et falsifications.

Exiger, autour du goulot de chaque bouteille, la signature en deux couleurs.

h Vivien

Le docteur VIVIEN est l'inventeur du Vin d'Extrait de Foie de Morue.

Vente en gros : J. BATARD MORINEAU et Cie, droguistes, 50, boulevard de Strasbourg, 50, Paris.

Détail : Phie, 65, boulev. de Strabourg, Paris, et principales phies. — PRIX : 3 FR. 50 LA BOUTEILLE.

134

Contrexéville

(SOURCE DU PAVILLON).

Contre la gravelle, la goutte et les maladies des voies urinaires.

ÉTABLISSEMENT OUVERT DU 15 MAI AU 15 SEPTEMBRE.

DÉPÔT CENTRAL : 29, rue de la Michodière, maison ADAM (Paris), où l'on trouve toutes les eaux minérales, et spécialement celles étrangères.

75

Préparations iodo-créosotées

et créosotées de B. BAIN : VIN, HUILE et CAPSULES. — Phie, 56, rue d'Anjou-St-Honoré.

N° 50. — SAMEDI 29 AVRIL 1882. 55e ANNÉE. SAMEDI 29 AVRIL 1882. — N° 50.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

L'ophthalmie purulente des nouveau-nés.

On nous permettra, vu l'importance de la question, d'une part, et le nombre des documents que nous avons reçus sur ce sujet depuis notre dernière Revue, d'autre part, de consacrer encore celle-ci tout entière à l'ophthalmie purulente des nouveau-nés. Les communications qui suivent envisageant la question à divers points de vue, la première au point de vue spécial du traitement, la seconde au point de vue prophylactique, principalement en cause, et la troisième constituant une sorte de résumé de la discussion engagée à ce sujet, nous nous croirons autorisé à clore là ce débat. Nous ne le ferons pas, toutefois, sans faire remarquer que l'accord existe en réalité sur l'absolue nécessité de traiter énergiquement à son début toute ophthalmie des nouveau-nés, que la dissidence sur les moyens de la combattre est en réalité moins grande peut-être qu'elle ne le paraît, que c'est plutôt sur le traitement des ophthalmies d'un âge plus avancé que subsistent les désaccords, enfin que la question dominante, celle de la prophylaxie, dont la solution est également désirée par tout le monde, reste encore à l'étude.

Traitement de l'ophthalmie des nouveau-nés par l'iodure argentique.

M. le docteur Sédan (de Coléah), dont, sur le témoignage de M. Brame, nous avons cité la pratique heureuse en Algérie à l'aide de l'iodure d'argent naissant, dans notre Revue du 1er avril, nous écrit pour compléter les renseignements que nous avons donnés.

« Je crois de mon devoir, nous dit-il dans sa lettre, de vous faire connaître que je n'ai rien à retirer de ce que j'ai avancé dans ma note publiée en 1881.

« Ce ne sont plus trois cents cas, mais un nombre que je serais dans l'impossibilité de préciser qui me permet d'assurer l'efficacité du système.

« La crème est ici connue de tous, de tous également appréciée, et j'ai tout lieu d'être surpris que son usage ne se soit pas autrement vulgarisé.

« En France, le docteur Galezowski m'a écrit en mai 1881 : « Je vais essayer votre système et vous ferai connaître les résultats. »

« Le docteur Gillet de Grandmont, mon maître, auquel j'en parlai en Algérie, au Congrès du 14 avril 1881, me promit également de tenter ce moyen, dont il m'a écrit s'être bien trouvé.

« En Belgique, le docteur qui rédige la bibliographie, mettant en regard dans les *Archives d'ophthalmologie* mes affirmations et les résultats pénibles des autres méthodes, engage aux essais, qu'il va faire lui-même.

« En Algérie, le docteur Bertherand a publié une note dans la *Gazette médicale* de l'Algérie dans laquelle il précisait les indications, les réserves, les modifications ; personne s'en est-il ému ?

« Le docteur Brame est, à coup sûr et sans conteste possible, l'auteur de la méthode ; je ne saurais cependant, comme je l'ai écrit ailleurs, accepter, pour ma part, la manière dont il l'applique, et je renvoie ceux de vos lecteurs qui seraient désireux de se convaincre à mes deux publications.

« Qu'il me soit permis, en terminant, de consigner ici cette simple observation : si les traitements anciens m'avaient réussi dans un milieu d'observations peut-être unique, aurais-je cherché à leur en substituer un autre, qui avait contre lui d'être inconnu ?

« Si, depuis que j'ai adopté la crème argentique dans les circonstances stipulées dans ma note, je n'ai plus changé, n'est-ce pas à vos yeux la preuve qu'elle a donné mieux que les autres moyens précédemment employés ?

« Dans ces conditions, j'aurais mauvaise grâce à revenir sur un sujet que la proportion des résultats utiles obtenus me paraît avoir définitivement jugé. »

En résumé, M. Sédan nous dit être enchanté de sa méthode, mais il la croit surtout utilisable par le médecin, ce qui lui enlève peut-être le côté rigoureusement pratique auquel il l'avait cru appelée au début. On ne fait pas bien la crème, voilà l'écueil (1).

(1) Depuis ses publications, M. Sédan, à la suite d'expériences, a introduit une modification dans sa solution argentique. Il met 50/100 d'eau distillée et 50/100 de glycérine. Grâce à cette modification, il n'y a jamais de précipité noir et le produit est d'une pureté parfaite.

Nouveaux moyens prophylactiques.

La lettre suivante de M. le docteur Galtier (de Nîmes) nous ramène plus directement à la question principale de la prophylaxie de l'ophthalmie purulente des nouveau-nés, dont les communications précédentes de MM. Brame et Sédan nous avaient fait un peu dévier en embrassant le traitement général des ophthalmies purulentes également applicable à d'autres âges et à d'autres conditions. On y trouvera un exposé très-vrai de ce qui se passe le plus souvent à cet égard dans la clientèle de la campagne ou des populations indigentes des villes, et un avis très-pratique, qui n'a, à nos yeux, qu'un seul inconvénient, c'est de n'être applicable que dans un temps un peu éloigné.

« J'ai entendu dire par le docteur de Wecker, » nous écrit notre confrère, « que le médecin qui perd l'œil d'un nouveau-né atteint d'ophthalmie et soigné de bonne heure, est coupable. » Cet éminent maître en ophthalmologie a écrit dans sa *Thérapeutique oculaire* : « L'ophthalmie des nouveau-nés ne doit *jamais*, lorsqu'elle est bien soignée et en temps convenable, entraîner la perte de la vision (1). » Tous les médecins oculistes sont du même avis, et, récemment, MM. Galezowski et Abadie ont exprimé la même idée dans votre journal.

« Comment se fait-il qu'une maladie pour laquelle nous possédons des moyens certains de guérison fasse plus d'aveugles que les atrophies des nerfs optiques contre lesquelles nous ne pouvons à peu près rien ?

« C'est que les notions thérapeutiques, cependant bien simples, sur ce sujet ne sont pas encore suffisamment connues des personnes qui, par leur état, ne devraient pas les ignorer, et il n'est pas rare de voir arriver du cabinet du médecin, les yeux dans un état déplorable, des enfants qui ont été soignés jusque-là par des moyens absolument insignifiants : lotions émollientes, mouches de Milan au bras ou derrière les oreilles, etc.

« Mais, pour ne m'occuper que de traitement prophylactique, il me semble que ceux qu'on a déjà proposés seraient insuffisants : toutes les villes ou petites localités n'ont pas de médecins de l'état civil (Galezowski). L'instruction à distribuer aux parents n'aurait pas un effet complet ; bien des parents encore ne savent pas lire ou ne prendraient pas la peine de lire les prescriptions formulées (Brière, du Havre). Les lotions désinfectantes recommandées par M. Fieuzal ne seraient faites que dans les Maternités ou dans les maisons fortunées où le médecin est appelé. Les prescriptions du docteur de Wecker ont le même inconvénient : elles ne s'appliquent qu'à un nombre très-restreint d'enfants, ceux des hôpitaux ou des familles riches visitées par un médecin.

« Les conditions dans lesquelles le praticien rencontre le plus fréquemment l'ophthalmie des nouveau-nés sont celles-ci : un enfant vient au monde ; du quatrième au cinquième jour les yeux larmoient, puis sécrètent une matière de plus en plus purulente ; l'accoucheuse, complètement ignorante de la gravité de cet état, conseille des lotions tièdes ou même elle ne conseille rien. Quand cet état a duré un mois ou plus, on apporte l'enfant au médecin, qui constate qu'un œil ou les deux yeux sont profondément désorganisés et qu'il n'y a plus autre chose à espérer par un traitement approprié que de tarir la sécrétion purulente des paupières.

« Quel est le préservatif contre de pareilles éventualités ?

« Qu'on apprenne à l'accoucheuse que la leucorrhée des derniers temps de la grossesse expose les enfants à une inoculation de la muqueuse oculaire qui déterminera une affection purulente grave ; que, dans ces cas, elle doit conseiller des injections désinfectantes dans les derniers jours de la grossesse et avant l'accouchement ; que, si une ophthalmie survient quand même, elle devra donner l'éveil à la famille et l'engager à appeler le médecin.

« Mais, si l'accoucheuse ignore tout cela, comment donnera-t-elle l'éveil ? et, comme elle est l'unique conseiller médical des familles peu fortunées dans cette circonstance, elle ne fera rien ou se livrera à tous les hasards de son imagination.

« Ma conclusion est celle-ci : Il faut introduire dans le programme de l'enseignement des accouchements aux sages-femmes ce complément obligé : la connaissance des causes, des symptômes et de la gravité de l'ophthalmie des nouveau-nés, sur laquelle elles pourront être interrogées à leur examen comme sur un sujet d'accouchement. »

Résumé de la discussion.

Enfin nous clorons la série actuelle de ces communications par la lettre suivante de M. le docteur Galezowski, qui résume dans son ensemble la question, en répondant aux diverses objections adressées à sa méthode et en la ramenant à son point de départ et à son véritable objet :

« Permettez-moi à mon tour, monsieur le rédacteur, de prendre la parole dans la question de l'ophthalmie des nouveau-nés et de répondre aux observations et aux critiques qui ont été faites par MM. les docteurs Bailly et Brame (de Tours) au sujet de la méthode de traitement que j'ai recommandée dans mon travail lu à la Société de médecine publique.

« Vous dites très-justement, dans votre article du 5 avril dernier, que la question de l'ophthalmie des nouveau-nés, de son étiologie et de son traitement, est une de ces nombreuses questions qui reviendront à l'ordre du jour, jusqu'à ce que l'opinion soit fixée sur la meilleure méthode de traitement.

« Et, en effet, l'étude de cette maladie est très-complexe : elle comprend plusieurs questions, toutes aussi importantes les unes que les autres, d'abord l'étiologie de la maladie, ensuite ses formes et sa gravité, puis ses conséquences, enfin ses moyens prophylactiques et la méthode du traitement.

« Le premier point, qui me paraît mériter la plus grande attention des médecins en général et plus particulièrement des accoucheurs, est la question d'étiologie : il importe beaucoup de savoir exactement quelle est la cause directe de la maladie, car c'est sur cette cause que devra être portée toute l'attention des praticiens ; la prophylaxie ne pourra trouver d'application pratique qu'à cette condition.

« Quelle est, en effet, la cause directe de l'ophthalmie des nouveau-nés ? Est-ce le refroidissement et la malpropreté, l'irritation provoquée par les linges et l'eau sale dont on lave les yeux et la figure de l'enfant naissant, comme cela est affirmé par des auteurs très-compétents du reste ? Non, absolument non : cette opinion est purement imaginaire ; nous voyons cette ophthalmie se déclarer dans des familles riches, sous la surveillance des accoucheurs et sans

(1) Nous ferons, à propos de ces propositions ainsi exprimées sous une forme aussi absolue, le même reproche que nous faisions il y a quelques jours à une proposition analogue de M. Sédillot relative à l'anesthésie chloroformique : c'est d'engager trop immédiatement la responsabilité du médecin.

qu'il y ait eu la moindre imprudence. Et puis, comment expliquerait-on cette régularité presque mathématique dans son évolution initiale?

« Dans mes statistiques, j'ai démontré que, neuf fois sur dix, elle apparaît le troisième jour après la naissance. Évidemment, il fallait chercher une autre cause.

« La cause de l'ophthalmie des nouveau-nés réside dans l'inoculation du pus blennorrhagique ou leucorrhéique et vaginal pendant le passage de la tête de l'enfant. Le germe du mal, une fois introduit entre les paupières, ne fait éclore l'ophthalmie qu'au bout de quarante-huit ou cinquante heures.

« J'ai pris les renseignements les plus minutieux auprès des mères dont les enfants avaient l'ophthalmie, et ce n'est qu'exceptionnellement qu'elles m'ont déclaré n'avoir pas eu des sécrétions morbides vaginales.

« Il serait très-important de s'entendre sur cette cause d'ophthalmie des nouveau-nés, car de là dépendent les moyens prophylactiques à adopter pour empêcher la transmission du mal. Selon moi, il n'y a pas d'autres moyens prophylactiques que des injections et des pulvérisations phéniquées des parties génitales de la femme pendant les derniers moments de l'accouchement, ce qui a été du reste, et avec raison, préconisé par le docteur Haussmann. Quant à la méthode récemment préconisée par le même auteur, et qui consiste à instiller du collyre au nitrate d'argent à tous les enfants nouveau-nés, ou à les soumettre à des irrigations et à des pulvérisations avec des solutions phéniquées, je m'y oppose formellement, car ce serait s'exposer à provoquer inutilement des irritations artificielles, ou à faire contracter aux enfants des bronchites, des coryzas, sans avoir la certitude de prévenir le développement d'une ophthalmie dans les cas où l'inoculation a déjà eu lieu.

« J'aborde maintenant le second point : c'est celui de savoir jusqu'à quel point l'ophthalmie des nouveau-nés est guérissable.

« En réponse à cette question, je serai tout à fait affirmatif, car mon expérience sur ce point est aussi complète que possible; elle date de 1866, et elle est basée sur 557 cas que j'ai eus à soigner à ma clinique. Eh bien, je puis affirmer d'une manière positive que toutes les ophthalmies des nouveau-nés sont guérissables. Si on s'y prend à temps, c'est-à-dire avant que la cornée s'altère, et si on cautérise les paupières deux fois par jour, on guérira tous les cas sans exception. Cette certitude de guérison est acquise pour les yeux des enfants nouveau-nés ; malheureusement cette même méthode perd de sa force dès qu'il s'agit de la même ophthalmie transmise aux enfants de deux ou trois ans ou aux adultes. Chose étonnante, tandis que, chez les nouveau-nés, le traitement est infaillible, chez les adultes il est aussi incertain que les autres méthodes. Certainement il faut faire les cautérisations chez les adultes deux fois par jour, soit avec la solution concentrée, comme le dit M. Abadie, soit avec le crayon mitigé; mais il ne faut pas se dissimuler que cette méthode échouera souvent chez les adultes, ce qui tient probablement à la densité plus grande des tissus péricornéens et à la facilité plus grande qu'ont les membranes à s'étrangler et se sphacéler.

« Depuis longtemps on n'a cessé de professer, et le professeur Arlt, de Vienne, est de cet avis, qu'il existe deux formes différentes d'ophthalmie des nouveau-nés, l'une *bénigne*, l'autre *maligne*, et que le traitement par conséquent doit être appliqué plus ou moins énergiquement, selon la gravité du mal. Or rien n'est plus dangereux que cette manière d'agir ; car, malgré l'existence des degrés différents d'inflammation dans l'ophthalmie des nouveau-nés, il est impossible de la reconnaître au début. En agissant avec moins d'énergie au début, on s'expose donc à laisser la maladie gagner du terrain et rendre par cela même le traitement plus lent et plus difficile.

« Le succès que j'obtiens dans l'ophthalmie des nouveau-nés tient donc à deux conditions : 1° à ce que je considère toute inflammation qui se déclare chez les nouveau-nés pendant les premiers huit ou dix jours comme ophthalmie purulente grave ; 2° que je badigeonne chez tous ces enfants les paupières deux fois par jour avec la solution suivante, que l'ophthalmie soit bénigne en apparence ou maligne :

Eau distillée.	10 grammes.
Nitrate d'argent	0,25 centigr.

« Après avoir bien badigeonné l'intérieur des paupières avec un pinceau trempé dans cette solution, je neutralise l'excès de la solution par la solution de sel marin à la dose de 2 grammes pour 10 grammes d'eau.

« Cette opération doit être renouvelée deux fois par jour, condition *sina quâ non*. De plus, on fera des lotions, ou plutôt des nettoyages des paupières, avec une solution d'acide phénique au 1/200.

« Mais qu'on ne se méprenne pas sur l'importance de la solution phéniquée : à elle seule, elle ne guérit l'ophthalmie des nouveau-nés que dans des proportions minimes. C'est un moyen adjuvant, bon pour nettoyer les paupières, et rien de plus.

« M. Bailly me reproche de n'avoir pas parlé du crayon de nitrate d'argent mitigé, qui, selon lui, arrête l'ophthalmie des nouveau-nés, après une seule cautérisation. Ce n'est pas moi qui m'opposerais à l'utilité de ce crayon, qui a été introduit en pratique par mon excellent maître, M. Desmarres. Je l'emploie très-souvent dans des périodes plus avancées et aggravées de la maladie. Je l'ai employé aussi au début, mais je dois dire que je n'ai pas vu des succès aussi rapides et des avantages aussi grands que ceux qu'a annoncés M. Bailly. Et puis, comme il faut que la cautérisation soit faite deux fois par jour, il y aurait quelque inconvénient à mettre ce moyen entre les mains des personnes chargées de soigner les enfants, car il est difficile d'admettre que les enfants atteints de cette affection puissent être vus deux fois par jour par le médecin pendant un mois ou six semaines, temps nécessaire pour obtenir la guérison.

« M. Brame me reproche de ne pas avoir adopté sa méthode de l'*iodure argentique naissant* dans le traitement de l'ophthalmie des nouveau-nés ; que M. Brame me permette de lui répondre que ni lui ni M. Sédan ne nous ont démontré l'avantage de cette méthode sur le nitrate d'argent dans l'*ophthalmie des nouveau-nés*.

« Tant qu'une étude comparative de ces moyens n'aura pas été faite, et qu'on n'aura pas démontré l'avantage réel de l'iodure argentique naissant sur la solution de nitrate d'argent, nous continuerons à recommander et à employer ce dernier moyen, qui nous a donné toujours des guérisons certaines et complètes.

« Permettez-moi, avant de terminer, d'ajouter quelques mots pour expliquer la partie de mon travail que vous avez bien voulu citer dans votre excellent article du 8 avril. Il s'agit des nombreux accidents que j'ai eus à soigner chez les enfants atteints d'ophthalmie des nouveau-nés. Ces acci-

dents sont survenus avant que j'aie établi mon traitement, tandis que je puis certifier qu'en employant les badigeonnages des conjonctives deux fois par jour avec le nitrate d'argent, non-seulement je n'ai jamais vu la cornée se prendre, mais même j'ai vu très-souvent les altérations de la cornée, même assez graves, se guérir par cette méthode.

« Enfin, en attirant l'attention de la Société de médecine publique sur cette question, j'avais surtout pour but de démontrer à mes confrères que la guérison de l'ophthalmie des nouveau-nés réside dans deux conditions : 1° considérer toute inflammation qui apparaît dans les yeux des nouveau-nés pendant les premiers cinq ou six jours, comme une ophthalmie et non comme un courant d'air quelconque ; 2° cautériser invariablement toute conjonctivite des nouveau-nés deux fois par jour, jusqu'à la guérison complète. »

HOPITAL NECKER. — M. Trélat.

Ectopie testiculaire.

Il est entré dans nos salles, il y a dix jours, un jeune garçon, âgé d'un peu plus de quinze ans, pour une affection d'un diagnostic facile, très-intéressante et assez mal connue pour jeter d'habitude quelque incertitude dans le traitement à employer.

C'est un petit Parisien, un peu pâle, mais bien constitué, qui présente une certaine malformation des bourses, du côté droit, une ectopie du testicule droit, forme atténuée de monorchidie ou de cryptorchidie. A gauche le scrotum et le testicule sont normaux; à droite, le scrotum est très-diminué, il est vide, plat et remonte tout droit sur le côté.

Lorsque l'on examine le pli de l'aine et l'orifice externe du canal inguinal, on ne découvre ni hernie ni tumeur; mais, si l'on fait faire quelques efforts au malade, on s'aperçoit qu'il s'engage dans le canal un corps petit, arrondi, qui affecte le volume, la forme et la dureté ordinaire d'un testicule, et qui présente une petite sensibilité naturelle. Vient-on à exercer quelque pression à son niveau, on parvient à le faire sortir suffisamment hors du canal inguinal pour pouvoir le saisir et l'attirer un peu dans le scrotum; mais, au moment où l'on s'y attend le moins, comme sous l'action d'un ressort, il rentre dans le canal et disparaît dans la profondeur. Il fuit également sous la pression que l'on voudrait exercer dans l'épaisseur du trajet. Enfin je dois ajouter qu'il n'est point douloureux.

L'ectopie testiculaire est donc caractérisée chez notre malade par l'absence du testicule droit dans les bourses, par sa présence dans le canal inguinal, par sa sortie peu prononcée au dehors sous l'influence de la pression, et son retour brusque, à ressort pour ainsi dire, à la place qu'il occupe ordinairement chez ce garçon.

Existe-t-il, derrière lui ou à côté, quelque hernie? Je n'en ai pas trouvé, et, de plus, mes recherches dans le passé me permettent de dire qu'il ne doit pas y en avoir, sans quoi elle serait appréciable. En effet, lorsqu'une hernie accompagne l'ectopie du testicule, tantôt, et c'est le cas le plus commun, l'intestin, trouvant la voie ouverte, s'élance derrière lui; tantôt, au contraire. le testicule étant retenu à l'anneau externe du canal inguinal, celui-ci laisse échapper sur le côté une anse intestinale herniée qui descend avec le testicule; tantôt enfin, dans quelques cas assez rares, on voit à travers l'ouverture de la loge testiculaire qui n'est pas l'orifice inguinal, une hernie intestinale se faire jour, filer sur le côté du testicule et même le dépasser.

Avons-nous ici l'une de ces trois formes de hernie? Non. En effet, nous n'avons pas la première variété herniaire, puisque le testicule ne s'avance pas; nous n'avons pas davantage la seconde forme, puisque nous ne trouvons pas de hernie dans le testicule; nous n'avons pas non plus la troisième, puisque nous ne constatons la présence d'aucune anse intestinale herniée.

Tout le monde se demande pourquoi le testicule ne descend pas. Il ne descend pas parce que dans un grand nombre de cas il est fixé dans sa poche, soit par des adhérences anomales, soit par des portions du gubernaculum testis, la portion moyenne par exemple formant une petite bride; enfin parce qu'il se trouve retenu quelquefois dans une loge fermée, loge testiculaire dans laquelle il glisse, mais d'où il ne peut s'échapper et descendre. Voilà pourquoi dans ces cas-là le testicule ne bouge pas.

Les individus dont un testicule se trouve ainsi arrêté dans son évolution sont sujets à des conséquences morbides de diverses natures, toutes plus ou moins fâcheuses, mais toutes sérieuses, et principalement à l'atrophie du testicule. Ce n'est pas qu'il y ait une atrophie véritable, une sclérose avec pâleur de l'organisme; Godard nous a démontré que les tubes séminifères étaient très-nets, mais qu'ils ne renfermaient jamais, pas plus du reste dans ces cas-là que la vésicule séminale correspondante, le moindre zoosperme, la moindre cellule spermatique. Les tubes existent donc encore, comme l'a dit Godard, mais ils ne contiennent pas de sperme, le testicule est stérile. J'ajouterai que la stérilité n'est pas constante dans le cas d'ectopie testiculaire, qu'elle existe certainement toujours lorsque le testicule est retenu dans l'anneau ou dans le canal inguinal, mais que les testicules retenus dans la cavité abdominale, hors du canal ou de l'orifice interne du canal inguinal, peuvent être féconds.

Chez notre malade, ce n'est point le cas, puisque l'organe testiculaire est maintenu dans le canal. De plus l'ectopie du testicule du genre de celle dont il est atteint est une cause fréquente de douleurs, souvent au moindre mouvement. De plus encore elle prédispose aux orchites de tous genres, orchite blennorrhagique, orchite traumatique, etc., et tous les auteurs qui se sont occupés de cette question déclarent que le développement d'un néoplasme grave du testicule est aussi beaucoup plus fréquent chez ces malades que chez les individus dont les testicules sont normaux.

L'ectopie testiculaire est donc, en outre d'une malformation toujours ennuyeuse, un fait fâcheux par les conséquences auxquelles il peut donner lieu. Aussi a-t-on cherché le moyen d'y remédier; malheureusement cela n'est pas facile.

Que faut-il donc faire? Sachant qu'un testicule intra-abdominal était beaucoup moins dangereux qu'un testicule intra-inguinal, le bon sens nous a conseillé de chercher à le repousser du canal inguinal dans la cavité abdominale et d'appliquer un bandage *ad hoc*. Or, dans ces conditions, tout bandage a pour conséquence de développer de la douleur, de faciliter la production d'orchite, etc. Il a donc fallu y renoncer.

Faudra-t-il, au contraire, chercher à faciliter la sortie de l'organe ou seulement même le laisser sortir? mais une hernie le suivra aussitôt.

Vous me direz alors : Mais que faire? car notre embarras est fort grand. Il n'y a qu'un seul moyen de s'en tirer, c'est d'analyser exactement chaque cas en particulier et de suivre les indications qu'il nous fournira.

Ainsi, le testicule est-il resté dans le canal sans être accompagné d'aucune hernie, ne faites rien, contentez-vous de surveiller l'enfant, faites-le jouer. Si, à un certain âge, vers seize à dix-sept ans, le testicule n'a fait aucun progrès, et qu'en faisant tousser l'individu, vous constatiez l'existence d'une hernie, dans ce cas vous appliquerez un bandage. Si vous avez affaire à un sujet qui n'a rien du tout, chez lequel vous ne trouvez, d'un côté, droit ou gauche, ni testicule, ni même scrotum, ne faites rien.

Si le testicule reste dans le canal sans sortir, ne faites rien non plus. Si, au contraire, il sort du canal inguinal, deux cas peuvent se présenter : ou bien vous ne pouvez pas le maintenir au dehors de l'anneau, et alors tout bandage devient inutile; ou bien vous pouvez le retenir hors du canal, dans ce cas vous ferez appliquer un bandage avec une pelote spéciale en fourche faite expressément pour lui et selon la disposition même de l'organe, afin d'empêcher qu'il puisse rentrer. L'appareil convenablement fait et posé, vous ferez faire à l'enfant des exercices gradués, variés, et peu à peu, au fur et à mesure des progrès que vous remarquerez dans sa descente dans les bourses, vous substituerez une pelote à une autre de forme un peu différente et appropriée à l'évolution du testicule.

Enfin, dans le cas où le testicule échappe aux moyens contentifs et remonte envers et contre tous, la pelote devenant un danger, vous supprimerez immédiatement tout bandage.

Je conclus donc en terminant par ces mots : il est absolument impossible de formuler d'une façon générale la conduite à tenir chez les individus atteints d'ectopie testiculaire, cette conduite dépend de l'analyse intelligente de chaque cas en particulier.

Le testicule est-il dans le ventre, qu'il y reste ; se trouve-t-il logé dans le canal inguinal, sollicitez-le à descendre; mais, s'il paraît s'y refuser, examinez avec soin s'il est possible de le maintenir en place sans provoquer de douleurs; en tous cas, dès qu'un bandage est douloureux, vous devez immédiatement le supprimer.

Tel est le point de pratique souvent fort difficile sur lequel je voulais appeler votre attention au sujet de notre jeune malade.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 26 avril 1882. — Présidence de M. Léon LABBÉ.

COMMUNICATIONS

Laryngotomie intercricothyroïdienne. — M. NICAISE fait un rapport sur deux communications, l'une de M. Richelot, l'autre de M. Krishaber, relatives à cette opération. Il rappelle que déjà, en 1878, il a fait un premier rapport sur un travail de M. Krishaber, traitant du même sujet. (Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1878.)

Dans la communication de M. Richelot, il s'agit d'un homme de soixante ans qui était atteint d'un vaste épithélioma du plancher de la bouche. M. Richelot pratiqua, chez ce malade, la laryngotomie intercricothyroïdienne comme opération préliminaire, après quoi il pratiqua l'ablation d'une moitié du maxillaire inférieur, du plancher de la bouche, d'une moitié latérale de la langue et des ganglions correspondants. Le malade succomba très-peu de temps après l'opération. Mais M. Richelot insista sur la facilité de l'opération préliminaire qu'il avait cru devoir pratiquer.

Les dimensions de l'espace cricothyroïdien sont parfaitement suffisantes pour introduire une petite canule ; il est inutile de faire des débridements latéraux. M. Richelot a eu recours, dans ce cas, au thermocautère pour l'incision des parties molles. Le canal doit être de petite dimension, car une grosse canule risquerait de rompre le cartilage cricoïde et serait d'ailleurs plus difficile à introduire. Le voisinage des cordes vocales n'est pas à craindre, comme le montre une observation de M. Krishaber.

M. Nicaise a lui-même pratiqué cette opération sur un homme de soixante-sept ans, atteint d'un cancer du larynx. Elle lui a donné un très-bon résultat.

Il rapporte en quelques mots la seconde observation, de M. Krishaber. (Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1882, page 340.) Cette observation montre bien que les cordes vocales ne sont nullement altérées par suite du voisinage de la canule.

M. CHAUVEL a eu l'occasion de pratiquer la laryngotomie intercricothyroïdienne. Il est impossible, dans cette opération, d'introduire une canule ordinaire ; il en faut une beaucoup plus petite ; encore cette petite canule est-elle souvent rejetée au dehors. En résumé, M. Chauvel n'est pas disposé à pratiquer cette opération chez l'adulte ; il préfère la trachéotomie.

M. DESPRÈS rappelle que c'est à Boyer qu'on doit la première description de cette opération, et que Nélaton l'avait appliquée dans certains cas. (Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1861.) Nélaton réséquait une partie du cartilage cricoïde, M. Desprès a lui-même pratiqué cette opération sur un malade qui lui a été adressé par M. le docteur Fauvel. La section seule du cartilage cricoïde ne permet pas l'introduction de la canule ; il faut faire une perte de substance. Selon M. Desprès, la laryngotomie intercricothyroïdienne est une mauvaise opération ; l'on doit laisser ensuite une canule à demeure, parce que, pendant les mouvements de déglutition, cette canule détermine forcément des frottements très-pénibles pour les malades. En un mot, il se déclare adversaire résolu de cette opération.

M. VERNEUIL a une certaine expérience de la laryngotomie intercricothyroïdienne. Selon lui c'est une excellente opération, facile à faire, dépourvue des inconvénients et des dangers de la trachéotomie. C'est même la seule possible dans certains cas. Il l'a pratiquée chez un malade atteint d'épithélioma du larynx et qui a survécu pendant un an, se croyant guéri. Il a gardé tout ce temps sa canule. M. Verneuil a dans son service un autre malade atteint d'épithélioma du pharynx, avec des ganglions, un œdème du cou, des accès de suffocation, etc. ; il lui a fait la trachéotomie cricothyroïdienne, lui a mis la canule de M. Krishaber, et ce malade parle et mange très-bien. Dans ces cas, il a eu recours au thermocautère et n'a pas perdu une goutte de sang. Tandis que la trachéotomie est une opération difficile, souvent dangereuse, surtout chez l'adulte, la laryngotomie intercricothyroïdienne est au contraire facile et exempte de dangers.

M. FARABEUF déclare que ses essais sur le cadavre lui ont montré que cette opération était plus facile que la trachéotomie ; il ajoute que la canule de M. Krishaber est très-facile à introduire.

M. MARC SÉE a vu M. Krishaber pratiquer cette opération sur un malade de son service, à la maison Dubois. Il s'agissait d'un rétrécissement spécifique du larynx. L'opération a été faite avec la plus grande facilité. Ce malade est revenu voir M. Sée un an après ; il portait encore sa canule, mangeait et parlait très-bien, sans être aucunement gêné par les frottements dont a parlé M. Desprès. M. Sée a pratiqué lui-même deux fois cette opération ; la seconde fois, il a eu quelques difficultés à introduire la canule ; il s'agissait d'un énorme goître suffocant ; le cartilage cricoïde était ossifié.

Quoi qu'il en soit, le résultat de ses expériences est que la laryngotomie intercricothyroïdienne est une excellente opération qui mérite d'être généralisée.

M. DESPRÈS admet que c'est une opération plus facile et moins effrayante que la trachéotomie ; mais, en chirurgie, il ne suffit pas qu'une opération soit facile, il faut qu'elle donne de bons résultats. Or, pour le croup, par exemple, où il importe de faire la trachéotomie aussi bas que possible, c'est évidemment une mauvaise opération. C'est également une mauvaise opération pour les malades qui doivent conserver longtemps leur canule. Enfin, il faut un plus grand nombre d'observations que celles que nous possédons pour juger la véritable valeur de la laryngotomie intercricothyroïdienne.

M. LANNELONGUE a pratiqué cette opération dans un cas de croup et en a obtenu un très-bon résultat, puisque l'enfant a parfaitement guéri. Il l'a trouvée, en outre, d'une exécution extrêmement simple et facile. Or il ne fait jamais la trachéotomie sans une grande crainte; il faut voir, dans les salles d'autopsie, les résultats de la trachéotomie dans les cas de croup : la trachée ouverte, tantôt en avant, tantôt sur le côté, tantôt en arrière; l'œsophage souvent ouvert, des déchirures de tous les côtés, le tronc brachio-céphalique lui-même constamment menacé. Il faut bien le dire : ce n'est pas toujours le croup qui tue, c'est souvent aussi le manuel opératoire de la trachéotomie. En outre, on éprouve souvent les plus grandes difficultés pour l'introduction de la canule. En somme, les difficultés inhérentes à la trachéotomie sont telles qu'il y a lieu de chercher s'il n'y a pas mieux à faire. La laryngotomie intercricothyroïdienne constitue donc un réel progrès.

M. POZZI a vu M. Krishaber opérer un de ses amis atteint de phthisie laryngée. L'opération a fourni de très-bons résultats. Le malade a vécu huit mois. M. Krishaber avait d'abord introduit une petite canule, puis quelques jours après l'avait remplacée par une canule plus grosse. Il se borne, en effet, à mettre seulement pendant les premiers jours une petite canule.

M. DESPRÈS s'étonne d'entendre dire que la trachéotomie est une opération terrible. Si on la fait mal, c'est qu'on enseigne à la mal faire.

M. LANNELONGUE maintient que la trachéotomie ordinaire est une opération difficile, scabreuse, souvent dangereuse et même mortelle. Un interne, fort habitué à la faire, a eu récemment trois hémorrhagies à la suite de cette opération. Quiconque a l'habitude de cette opération avouera que l'introduction de la canule est presque toujours un temps fort difficile. Il y a donc lieu de chercher une opération plus facile et plus simple. La laryngotomie intercricothyroïdienne paraît devoir remplir ces indications.

M. NICAISE. La laryngotomie intercricothyroïdienne est incontestablement une opération simple et facile. Le moindre effort parvient à rompre le cartilage cricoïde et à faciliter l'introduction de la canule. En un mot, c'est une opération qui mérite d'entrer dans le domaine chirurgical. Toutefois, parmi les objections de M. Desprès, il en est une parfaitement juste : c'est que la canule est moins bien tolérée que dans la trachéotomie ordinaire. Aussi la laryngotomie ne peut-elle pas remplacer la trachéotomie ; elle doit être considérée comme une opération de nécessité, difficile chez l'enfant, mais surtout applicable chez l'adulte.

N. MARC SÉE. Il y aurait peut-être avantage à remplacer la section verticale de la membrane cricothyroïdienne par une incision transversale.

La séance est levée.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

Appareils orthopédiques de MM. Rainal frères (1)

VI

Ankylose du coude, raideurs articulaires. Gouttière articulée de Bonnet. — Cette gouttière (fig. 33) est employée dans le traitement de l'ankylose du coude et dans le cas de raideurs articulaires. Une fois les mouvements répétés de flexion obtenus avec les mains, le membre est placé dans la gouttière. On peut, au

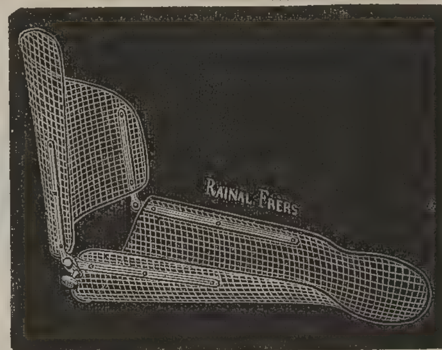


Fig. 33.

moyen de la vis placée de chaque côté de l'appareil, noter d'une manière précise le point où l'on est arrivé et maintenir l'extension au degré voulu aussi longtemps qu'on le juge convenable. Cette gouttière est matelassée et munie de courroies qui servent à fixer le membre dans l'appareil.

Fractures du coude, fractures de l'avant-bras. — Ces gouttières (fig. 34 et 35) sont disposées de manière à recouvrir les

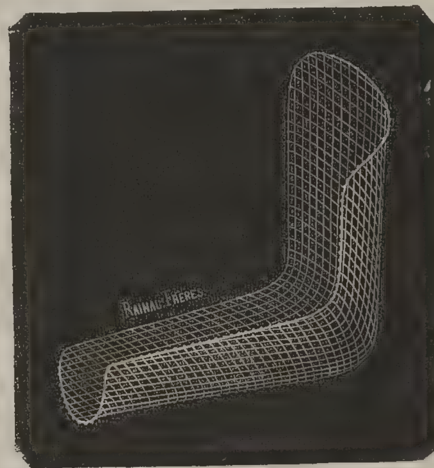


Fig. 34.

faces postérieures et latérales du membre supérieur. Le fil de fer qui sert à leur construction permet de les mouler sur la forme des

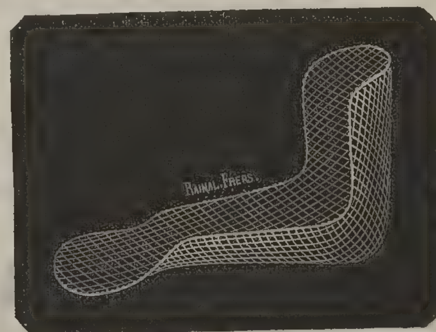


Fig. 35.

parties qu'elles embrassent. Il facilite, en outre, une surveillance facile lorsque les pansements sont nécessaires comme dans les cas de fractures compliquées ou d'abcès aigus.

Déformation de l'articulation radio-carpienne. — Pour assurer l'immobilité dans une bonne position, Bonnet indique l'emploi de la gouttière fig. 36. L'avant-bras et la main sont placés dans une

(1) Suite. — Voir le numéro du 26 janvier 1882.

position moyenne, entre la pronation et la supination. Cet appa-

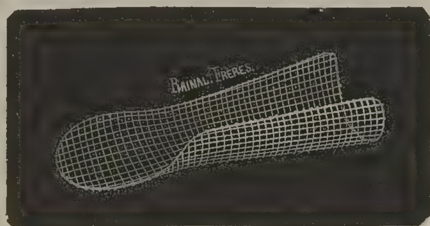


Fig. 36.

reil peut être matelassé comme les gouttières pour fracture de membre.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. Edmond Courbatier et Schaeck, internes des hôpitaux de Paris.

— Un concours pour la nomination à deux places de médecin du Bureau central s'ouvrira le jeudi 1er juin, à quatre heures du soir, à l'Hôtel-Dieu. Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours, de midi à trois heures, du lundi 1er mai au lundi 15 du même mois inclusivement.

— Un concours pour la nomination à une place d'interne à l'hôpital de Berck-sur-Mer s'ouvrira le 8 juin 1882, à une heure précise, dans l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, à Paris, 3, avenue Victoria.

Le registre d'inscription restera ouvert de onze heures à trois heures, depuis le 4 mai 1882, jusqu'au 10 du même mois inclusivement.

— M. le docteur Dujardin-Beaumetz commencera à l'hôpital Saint-Antoine, le jeudi 4 avril, à neuf heures et demie, ses leçons de clinique thérapeutique, et les continuera les jeudis suivants, à la même heure. — Il traitera cette année de la thérapeutique du système nerveux.

— *Muséum.* — M. le professeur Ch. Rouget commencera son cours de physiologie générale le samedi 29 avril 1882, à quatre heures et demie, dans l'amphithéâtre d'anatomie comparée, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure. — Les leçons de cette année auront pour objet : 1° la critique expérimentale et théorique de la contraction musculaire ; 2° l'étude des mouvements rhythmiques ; 3° celle des mouvements érectiles chez les végétaux et les animaux, spécialement dans les organes de la génération.

— *Avis.* — Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs, et à toute communication, de quelque nature qu'elle soit.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 12765.

N° 51. — MARDI 2 MAI 1882. 55e ANNÉE. MARDI 2 MAI 1882. — N° 51.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. ARCHAMBAULT.

Traitement de la syphilis infantile héréditaire.

Nulle question peut-être n'est plus importante que celle du traitement de la syphilis, surtout chez l'enfant qui l'a acquise héréditairement. S'il est rare que chez l'adulte ce soit une question de vie ou de mort, il n'en est malheureusement pas de même chez l'enfant nouveau-né, et, selon que le traitement sera bien ou mal dirigé, bien ou mal exécuté, l'enfant guérira ou périra.

Cette importance du traitement est telle que celui-ci doit pour ainsi dire précéder la naissance, autant que la chose est possible, c'est-à-dire s'il est avéré que la femme enceinte est atteinte de syphilis. Le médecin est ainsi, selon une vieille expression usitée dans la législation, curateur au ventre. Toute femme donc atteinte certainement de syphilis doit être soumise au traitement antisyphilitique des adultes. Il faut encore intervenir dans les cas où, tout en ne présentant plus aucune des manifestations de cette maladie, cependant l'époque n'est pas encore éloignée où l'on observait chez elle quelques-uns des symptômes de cette affection.

La mère ne porte-t-elle aucune trace de la syphilis, tandis que son mari est syphilitique, il est plus difficile de se prononcer; pourtant, si vous soupçonnez la femme d'avoir eu, à son insu, quelques-unes des manifestations de la maladie, ne craignez pas d'intervenir; si, au contraire, vous avez la certitude qu'elle n'a jamais rien eu, abstenez-vous.

Je puis dire que, pour toutes les observations que j'ai recueillies, chaque fois qu'un enfant est né syphilitique, sa mère avait été syphilisée. Dernièrement encore, dans une famille très-honorable, j'ai eu l'occasion d'observer la syphilis héréditaire chez un enfant dont le père avait eu un chancre et ses accidents secondaires il y a dix ans; il n'était marié que depuis un an, et cependant il avait syphilisé sa femme et par suite l'enfant qui venait de naître.

On est souvent consulté sur la question de savoir si un jeune homme autrefois syphilisé peut se marier impunément. En pareils cas, il faut toujours être d'une très-grande sévérité, vous en avez la preuve dans le fait que je viens de citer d'une syphilis communiquée au bout de neuf ans. J'en pourrais citer bien d'autres exemples.

Dès les premières manifestations de la syphilis héréditaire chez l'enfant, faut-il intervenir? Il semble que la question se juge d'elle-même par l'affirmative. Cependant quelques auteurs soutiennent qu'il faut attendre quelque temps que l'enfant soit assez fort pour supporter la médication sans accident. C'est là, je vous affirme, un conseil des plus funestes, car vous verrez alors l'enfant dépérir, tandis que, si quelque chose peut le fortifier, au contraire, c'est votre active intervention.

L'enfant est allaité par sa mère, par sa nourrice ou par le biberon. Mère ou nourrice, vous avez là deux modes de traiter qui se complètent l'un par l'autre, traitement direct sur l'enfant, traitement indirect par la mère ou la nourrice auxquelles vous ferez prendre les médicaments voulus. Mais ce dernier mode de faire n'est qu'un adjuvant, et, employé seul, il serait absolument insuffisant.

Maintenant, comment traiter directement l'enfant? il est bien entendu qu'il s'agit du traitement mercuriel. En pilules? Non. En poudre? Cela est possible, sous la forme d'une petite prise de calomel matin et soir, mais c'est incommode. Ce qui est préférable, c'est d'administrer le sublimé en solution, dans de l'eau, dans du lait, où il formera, sans inconvénient, quoi qu'on en ait dit, un albuminate de mercure, ou bien encore en potion.

Baumès commence par 1 milligramme 1/2 ou 2 milligrammes de sublimé et va progressivement jusqu'à 6 milligrammes dans les vingt-quatre heures; Bertin commence par 2 pour atteindre 4, dose maxima; Cullerier commençait par 5; Bassereau prescrivait la dose des adultes réduite au quart ou au tiers, ce qui revient au même.

1 milligramme 1/2 paraît bien peu de chose, mais, si vous comparez le poids du corps de l'enfant à celui de l'adulte, le poids moyen de l'enfant à cet âge étant de 5 kilogrammes en moyenne, tandis que celui de l'adulte sera de 70 kilogrammes, vous trouverez que la dose conseillée pour les enfants ,1 1/2 à 2 milligrammes, est relativement élevée.

Pour moi, je commence ordinairement à la dose de 0g,0015 (un milligramme et demi) de sublimé par jour, et, selon l'état du petit malade, j'arrive peu à peu à 5 ou 6 milligrammes au maximum. Tout cela dépend, du reste, du fait d'avoir affaire à une syphilis légère ou à des accidents graves. Dans certains cas, même, où je me trouvais en présence d'une cachexie véritable avec désordres gastro-intestinaux,

j'ai commencé par 4 milligrammes dès le premier jour.

On emploie la liqueur de Van Swieten, qui est une solution de sublimé au millième et qui permet de doser très-facilement la quantité de mercure que vous voulez administrer. Trente gouttes de cette liqueur correspondent à un milligramme et demi de sublimé, et je les prescris à prendre en trois fois, le matin, l'après-midi et le soir, dans du lait, et j'augmente de deux gouttes tous les deux jours jusqu'au chiffre à atteindre.

Chez l'enfant, vous ne trouvez pas comme chez l'adulte aucun signe probant de la saturation mercurielle de l'organisme, et la seule règle qui vous puisse guider, c'est l'état général et local. C'est ainsi que vous n'augmenterez plus les doses du médicament dès que vous verrez les plaques muqueuses s'affaisser, les ulcérations se combler, les macules disparaître, etc.

On a accusé la médication mercurielle d'amener des troubles intestinaux et de provoquer la diarrhée ; c'est précisément le contraire qui se produit ordinairement, et, sauf quelques cas exceptionnels, la diarrhée de l'enfant antérieure à tout traitement disparaîtra presque toujours sous l'influence du mercure. Cependant la diarrhée persiste-t-elle ou apparaît-elle par suite d'une prédisposition spéciale, vous ajouterez selon son intensité une demi-goutte, une goutte ou même deux gouttes de laudanum à la liqueur de Van Swieten ; ou bien encore vous prescrirez 5 centigrammes d'hydrargyrum cum cretâ deux fois par jour, auxquels vous ajouterez aussi, si cela est nécessaire, une demi-goutte de laudanum.

Parlons maintenant du traitement externe, qu'on l'emploie seul ou concurremment avec la médication interne. Pour moi, je ne l'admets seul que si le mercure n'est pas toléré à l'intérieur et à la condition d'une administration très-sévère. On emploie l'onguent mercuriel simple en frictions à la dose de 1 gramme à 1g,50, matin et soir, que l'on continue pendant un certain temps, en ayant soin de varier chaque fois l'endroit où portera la friction pour éviter toute éruption eczémateuse. Dans le même but, on aura soin aussi de laver de temps à autre les parties frictionnées avec une eau de savon légère.

Les effets curatifs des frictions mercurielles ne peuvent être mis en doute, et, dans le cas de manifestations syphilitiques légères, ces frictions peuvent suffire. Cependant je fais, chaque fois que cela est possible, associer les deux traitements interne et externe. En Angleterre, on remplace les onctions par une ceinture de flanelle, recouverte de pommade mercurielle et attachée autour du ventre de l'enfant, de telle sorte que les frictions se font d'elles-mêmes par les mouvements de l'enfant.

On emploie aussi les bains de sublimé contre les manifestations cutanées de la syphilis comme un adjuvant du traitement général. La dose pour un enfant est de 2 à 6 grammes de sublimé par bain, dans la première baignoire venue, métallique même, à la condition d'ajouter 10 à 15 grammes de chlorhydrate d'ammoniaque, ou même tout simplement de chlorure de sodium, pour combattre les effets de la décomposition du sel de mercure en présence du métal.

Tel est le traitement des accidents généraux de la syphilis héréditaire chez l'enfant, traitement auquel il faut ajouter une bonne hygiène. Ainsi l'alimentation doit être sévèrement surveillée, surtout si l'enfant est élevé au biberon, comme cela arrive lorsque la mère ne veut pas nourrir elle-même son enfant, et par la difficulté de trouver une nourrice qui consente à allaiter un enfant syphilisé, sachant bien les risques qu'elle court, à moins qu'elle-même ne soit aussi syphilisée.

Il faut aussi avoir grand soin de garantir l'enfant de toute impression du froid, qui peut déterminer des accidents intestinaux graves. Nous savons en effet que, si la syphilis est plus fréquente dans les pays chauds, elle y guérit aussi plus facilement.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. Daniel Mollière.

Contribution à l'étude des calculs du périnée.

Par G. Lemoine, interne des hôpitaux de Lyon, préparateur du cours d'anatomie générale à la Faculté.

I

L'étude des calculs extra-vésicaux et en particulier celle des calculs du périnée constitue une des parties les plus intéressantes de l'histoire des maladies de l'appareil urinaire. Cependant, malgré leur fréquence relative, leur gravité et parfois aussi la difficulté dans l'emploi des moyens curateurs, ils ont été pendant longtemps laissés dans l'oubli. Louis et Chopart sont les premiers qui les aient nettement distingués des calculs vésicaux et uréthraux ordinaires et qui aient indiqué leur mode de formation ; mais il faut arriver en 1869 pour en avoir, dans un travail de Bourdillat, une monographie très-complète faite sous l'inspiration de Demarquay (1). Cet auteur lui-même ne fait que rapporter des observations déjà assez anciennes sans y ajouter aucun fait récemment étudié. Depuis, en France du moins, il n'a été publié sur les calculs du périnée que des observations isolées, et c'est cette absence presque complète de documents nouveaux sur cette question qui nous a engagé à faire connaître trois cas très-intéressants que nous avons observés presque à la même époque dans le service de M. Daniel Mollière, chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Les calculs qui ont été retirés sur ces trois malades appartenaient tous à la région périnéale antérieure, c'est-à-dire à cette portion du périnée qui a pour limites en arrière la ligne bi-ischiatique, en avant la symphyse du pubis. Quant à ce qui est de savoir au juste dans quelle loge aponévrotique s'était fait leur développement, c'est une question que nous n'avons pas pu résoudre, car autour d'eux s'étaient formés des abcès étendus qui rendaient difficile la constatation de leurs rapports. Ces trois cas peuvent se ranger, au point de vue de leur étiologie, en deux catégories bien distinctes : chez l'un, les calculs se sont déposés consécutivement à un abcès urineux qui avait nécessité une incision, et il est à supposer que l'existence d'un trajet fistuleux communiquant avec les parties profondes de l'urèthre et les mettant en relation avec la loge périnéale est pour beaucoup dans leur développement. Chez les deux autres, au contraire, ils reconnaissent comme origine un traumatisme très-ancien n'ayant amené aucun accident significatif au moment où il a été produit, et leur formation a eu lieu lentement et sans donner de symptômes jusqu'au jour où les parties voisines se sont enflammées. Un de nos malades a même présenté ce cas curieux et signalé par tous les auteurs que son calcul, très-volumineux du reste, s'est éliminé spontanément par un orifice fistuleux.

(1) Bourdillat, thèse de Paris 1869, nº 227.

Observation I (personnelle). — *Calcul développé consécutivement à l'opération de la taille.* — M... (Claude), quarante-sept ans, chaudronnier, salle Saint-Louis, n° 5, entré le 18 novembre 1881, sorti le 25 janvier 1882.

Ce malade eut, à l'âge de vingt-cinq ans, deux blennorrhagies successives contre lesquelles il ne fit presque aucun traitement et qui durèrent près de six mois chacune. Huit ans plus tard, il commença à remarquer les premiers symptômes d'un rétrécissement de l'urèthre, et, bientôt, la miction ne se faisant plus que goutte à goutte, il dut faire un séjour à l'Hôtel-Dieu, pendant lequel on lui pratiqua l'uréthrotomie interne. A la suite de cette opération, il put se croire guéri pendant près de cinq ans, mais alors le rétrécissement s'étant reformé amena le développement d'un abcès urineux du périnée, gros comme le poing et qui fut incisé. La poche urineuse fut raclée et cautérisée. L'urine sortit pendant une quinzaine de jours par la plaie, puis reprit son cours normal par l'urèthre que des sondages répétés avaient de nouveau rendu perméable. Ceci se passait en 1875.

En 1879, la miction devint très-douloureuse ; plusieurs fois elle fut accompagnée d'hématurie, et le malade remarqua que ses urines étaient rouges, souvent troubles, et que le fond de son vase était recouvert d'un dépôt sédimenteux. Étant revenu à l'hôpital, il subit une taille périnéale qui amena la découverte d'une poche anfractueuse, remplie d'urine, communiquant avec l'urèthre et où se trouvaient plusieurs graviers de grosseur variable. La guérison que procura cette opération dura un an, et, en 1880, les mêmes phénomènes se montrèrent de nouveau et la poche urineuse incisée pour la seconde fois fut vidée des graviers qu'elle contenait et cautérisée au fer rouge.

Le 12 novembre 1881, le malade revient à la salle Saint-Louis, et c'est alors que nous avons pu l'examiner. Très-soulagé pendant quelque temps par sa dernière opération, il éprouvait depuis deux mois des douleurs très-vives en urinant et de temps à autre pissait du sang et remarquait la sortie par le canal de petits graviers. Il avait aussi des signes de cystite et éprouvait une sensation de pesanteur au périnée. Le 5 décembre, M. Mollière pratiqua la taille en incisant sur la ligne qui avait servi pour les opérations antérieures, et, le tissu cicatriciel écarté, il tomba dans une cavité assez vaste, sorte de vessie supplémentaire, pleine d'urine et de calculs assez gros et irréguliers. Cette poche fut vidée soigneusement de tous les graviers qu'elle contenait, et sa paroi fut raclée, puis cautérisée au fer rouge. Une sonde à demeure fut mise dans l'urèthre, et, un mois après, le trajet fistuleux était fermé et le malade partait en très-bon état.

Le mode de formation des calculs du périnée chez ce malade s'explique facilement : par suite du rétrécissement, il y a eu rupture de l'urèthre et infiltration d'urine dans les tissus, et, malgré les opérations successives qui ont été tentées, la fissure de l'urèthre a toujours subsisté et a mis ce canal en communication avec le tissu cellulaire voisin. C'est dans ce dernier que s'est formée la poche où les calculs se trouvaient. Cette origine est du reste la plus commune, et le cas que nous rapportons ici rentre dans la classe la plus nombreuse des calculs, celle où la pierre est produite par une fissure de l'urèthre consécutive soit à un abcès urineux, soit à une taille. Louis, dans sa monographie sur ce sujet, réunit dix histoires de calcul du périnée. Dans ce nombre, huit sont dérivés d'une cystotomie et un d'une fistule urinaire. Il considère la taille comme prédisposant aux fistules borgnes, par suite du manque de parallélisme entre la plaie uréthrale et la plaie extérieure et de la cicatrisation de cette dernière tandis que la première reste perméable. Une fissure du canal due à une cause quelconque produit encore bien mieux des fistules borgnes, et c'est le cas du malade dont nous nous occupons. Faisons remarquer spécialement chez lui la persistance de cette fissure et de la cavité qui en est résultée dans le tissu cellulaire, malgré les incisions et les cautérisations énergiques faites à plusieurs reprises. Il est bien évident que, tant que cette porte d'entrée de l'urine n'était pas fermée, les accidents devaient se renouveler et de nouveaux calculs prendre naissance. Il n'est pas inutile non plus d'attirer l'attention sur la simplicité avec laquelle se sont passées toutes les opérations qu'il a subies, mais nous reviendrons plus loin sur ce sujet.

Obs. II (personnelle). — *Calculs dus à un traumatisme ancien et à évolution lente.* — M... (Jean), trente-cinq ans, cultivateur, salle Saint-Louis, n° 38, entré le 17 décembre 1881, sorti le 20 février 1882.

Pas de blennorrhagie antérieure. Pas de rétrécissement. Ce malade a toujours mené une vie régulière et n'est pas alcoolique. A l'époque de son entrée à l'hôpital, il présente un orifice fistuleux à parois bourgeonnantes, siégeant sur la ligne médiane du périnée. L'urine sort en grande partie par cet orifice, et les régions voisines sont le siège d'un œdème dur, inflammatoire, peu étendu. Interrogé sur l'origine de cette fistule, le malade répond que la région malade étant devenue, il y a un mois, le siège d'un abcès, ce dernier s'était ouvert et qu'une grosse pierre était tombée par cette ouverture spontanée. A l'appui de ce dire, il montrait un calcul presque aussi gros qu'un œuf, blanchâtre, paraissant formé de couches concentriques et du poids de 40 grammes.

Ce calcul s'était développé très-lentement et son existence avait toujours été latente. A l'âge de dix ans, le malade reçut à la région périnéale un coup de crosse de fusil, mais il ne se rappelle pas avoir été malade à la suite de ce traumatisme. Ce n'est que cinq ans plus tard qu'il s'aperçut de la présence d'une petite grosseur à l'endroit où il avait été frappé, et à partir de cette époque il éprouva des troubles du côté de la miction, qui, depuis, n'ont pas cessé de se manifester. C'étaient des douleurs assez vives en urinant, surtout pendant l'émission des dernières gouttes d'urine, du ténesme et de la cuisson. Souvent sa chemise était un peu tachée par l'urine qui restait dans le canal après la miction et en sortait un instant après. On ne peut pas rattacher ces taches à un écoulement vénérien ; le malade affirme n'en avoir jamais eu, et du reste la longue durée de ces symptômes est incompatible avec l'existence d'une blennorrhagie.

Jusqu'à l'âge de vingt-cinq ans, la tumeur périnéale ne provoqua que ces symptômes réflexes, mais depuis elle devint le siège de douleurs sourdes ou lancinantes apparaissant à intervalles variables, mais qui, depuis deux ans, étaient devenues beaucoup moins vives. Son développement se fit insensiblement, et elle était très-volumineuse quand, un mois avant l'entrée du malade à l'hôpital, elle devint sans cause appréciable le point de départ d'un abcès qui s'étendit rapidement. L'ouverture de cet abcès se fit spontanément après trois semaines de durée, et huit jours après elle livra passage au calcul dont nous avons parlé. Les phénomènes douloureux cessèrent aussitôt, et l'urine s'écoula partie par la verge et partie par le trajet fistuleux, mais de moins en moins par ce dernier, ce qui indiquait une tendance marquée à la cicatrisation.

La poche qui contenait le calcul fut incisée par M. Mollière. Elle était située vers la racine de la verge. Ses parois étaient lisses. Elle communiquait avec l'urèthre par un orifice fissuraire, étroit, long de 2 à 3 millimètres. Le malade fut régulièrement sondé les jours suivants et partit guéri.

SUR UNE BIÈRE TONIQUE ET RECONSTITUANTE.

LA BIÈRE BRUNE DU FAUCON.

Par M. Delaye, interne des hôpitaux de Bordeaux.

L'apparition en thérapeutique d'un médicament doué de sérieuses propriétés reconstituantes doit être de nos jours considérée comme un bienfait réel. En effet, tandis qu'autrefois la médecine recourait plus particulièrement à des médications débilitantes (saignées, sangsues, antimoine, tisanes multiples), aujourd'hui elle s'adresse à des agents tout différents, aux substances qui ont

le pouvoir de reconstituer, aux toniques en un mot. La raison de cette transformation est facile à saisir. Depuis une trentaine d'années, les conditions de la vie humaine sont absolument changées; nous sommes entraînés dans un tourbillon où nous nous usons, soit par le travail, soit par les soucis d'avenir, soit même par les plaisirs et les excès, et quand l'on soigne des malades on est surpris de voir des hommes paraissant pleins de vigueur présenter rapidement les signes d'une adynamie prononcée, contre laquelle la médication tonique doit être promptement dirigée.

Mais, quand le médicament se présente avec des lettres de créance bien établies, quand surtout il est patronné par les noms de Guibout, Lannelongue, Peter, Jules Simon, Verneuil, il mérite une attention spéciale ; il est digne d'être rapidement classé parmi ceux sur lesquels le praticien a le droit de compter.

La *Bière brune du Faucon*, de la fabrication de MM. Van Vollenhoven, d'Amsterdam, se trouve précisément dans ces conditions. C'est une bière limpide, d'une saveur agréable, d'une assimilation facile, capable d'être supportée par les estomacs les plus délicats et possédant des propriétés reconstituantes très-remarquables. D'après l'analyse chimique faite par M. Lebaigue, elle a la composition suivante, qui la place d'emblée au premier rang des préparations toniques :

Poids spécifique : 1,0265 à la température de 10° centigrades.

Eau.		879.29
Alcool (en volume 64^{cc}) en poids.		50.88
Acide carbonique (en volume 723^{cc}) en poids..		1.43
Matières extractives.		
Glucose et matières réductrices . . .	13.330	
Dextrine et matières saccharifiables.	13.694	
Matières azotées, protéiques, calculées à 15 p. 100 d'azote.	9.660	90.60
Matières grasses résineuses et aromatiques.	0.802	
Matières extractives indéterminées, gomme, glycérine, acide lactique, etc.	53.114	
Matières minérales.		
Partie soluble dans l'eau, contenant carbonates et sulfates alcalins en petite quantité, traces de chlorures, phosphates alcalins en abondance. Le poids d'acide phosphorique trouvé répond à un poids de phosphate de potasse = 1,860.	1.975	
Partie insoluble dans l'eau, contenant traces de carbonates de chaux et de magnésie, principalement formées par du phosphate de chaux et de magnésie. Le poids d'acide phosphorique trouvé, traduit en phosphate tribasique de chaux, est de 2,050.	2.110	4.30
Partie insoluble dans les acides. Silice.	0.215	
TOTAL égal au poids d'un litre.		1.026.50

Un simple coup d'œil sur le tableau ci-dessus suffit en effet pour faire saisir l'importance de cette bière médicinale et pour montrer quels services elle est appelée à rendre dans les maladies de consomption (rachitisme, ostéomalacie, scrofulose, tuberculose), et dans toutes les anémies (anémies d'origine nutritive ou respiratoire, de la grossesse, de l'allaitement, anémies consécutives aux maladies aiguës, inflammatoires ou infectieuses). Elle contient les substances minérales indispensables à la nutrition, et particulièrement l'acide phosphorique qui fait partie des tissus osseux et nerveux, et qui, sous forme de protagon, constitue le stroma même des globules du sang. Des matières saccharifiables dont le rôle dans la production de la chaleur animale et dans la nutrition du tissu musculaire est si important, et des substances albuminoïdes, principes fondamentaux de tous les tissus organiques, s'y trouvent en abondance.

Cette composition de la *Bière brune du Faucon* en fait donc un véritable aliment complet qui, par la concentration de tous ses principes sous un petit volume et par la facilité de son assimilation, s'élève au rang de médicament tonique des plus parfaits. Ces propriétés toniques et cette facilité d'assimilation sont, du reste, encore accrues par la présence d'une certaine quantité d'alcool dont l'absorption (Bouchardat et Sandras) commence dans l'estomac et qui, véritable agent d'épargne (Bœcker, Marvaud, Rabuteau), ralentit le travail de la dénutrition au sein des éléments anatomiques.

L'expérimentation clinique est venue confirmer ces données théoriques et classer définitivement la *Bière brune du Faucon* au premier rang des agents de la médication reconstituante. Faite à Paris et à Bordeaux dans plusieurs services hospitaliers, elle a donné les résultats les plus favorables. Aussi l'administration de l'Assistance publique de Paris en a-t-elle autorisé l'usage dans les salles d'hôpital. Des observations nombreuses ont été recueillies. En voici quelques-unes qui montreront bien l'efficacité du médicament.

A. G..., quarante ans, atteint de gastrite chronique, vomit tous ses aliments depuis un an, n'a jamais vomi de sang. Maigreur squelettique, anémie profonde. Régime lacté bien toléré pendant huit jours seulement, puis retour des vomissements. Bière brune du Faucon, un verre à bordeaux avant chaque tasse de lait. Après trois jours, diminution des vomissements ; globules rouges : 2,500,000. Deux jours après, cessation des vomissements. Quinze jours après, globules rouges : 4,000,000. On continue la médication quinze jours encore (globules : 4,200,000) ; les forces reviennent; il y a augmentation de poids. Pendant huit jours, on ajoute les potages au lait, puis, pendant huit autres jours, les potages gras, et enfin, dix jours après, la viande(globules : 4,500,000). Après deux mois de séjour à la clinique, A. G... est sorti se disant guéri.

M. R..., malade depuis trois ans. Douleurs excessives au moment de la digestion ; à plusieurs reprises, hématémèses abondantes, vomissements fréquents mais non constants. On diagnostique un ulcère de l'estomac. Régime lacté, lavage stomacal deux fois par jour. Après dix jours, cessation des vomissements, persistance des douleurs, très-grande faiblesse, anémie (globules : 2,000,000). Une demi-bouteille de bière brune du Faucon par jour. Elle est bien tolérée, ne donne ni douleurs, ni troubles intestinaux. On continue en même temps le lait et le lavage. Après huit jours, amélioration (globules: 2,300,000), mais de temps à autre, surtout la nuit, réapparition des douleurs ; on supprime le lavage et l'on continue le lait et la bière. Après quinze jours, potages au lait, puis, quinze jours plus tard, viande (globules : 3,200,000). Le 20 novembre, deux mois et demi après son entrée, le malade quittait l'hôpital se disant assez fort pour reprendre son travail.

A. F..., repasseuse, absorbant par le fait de son métier de l'oxyde de carbone, est venue plusieurs fois à l'hôpital. Elle est atteinte d'une anémie profonde, d'une pâleur de cire ; souffle dans les vaisseaux du cou, globules : 2,500,000. Diagnostic : anémie d'origine toxique (oxyde de carbone). Pour tout traitement : bière brune du Faucon à la dose de quatre verres à bordeaux. Le médicament est parfaitement supporté, et une amélioration rapide s'établit. Trois semaines après, la malade avait repris la coloration normale, les souffles vasculaires avaient disparu, le nombre des globules s'était élevé à 4,000,000, et cette jeune fille pouvait quitter l'hôpital.

J. H..., trente-cinq ans, entré à l'hôpital le 6 août, était atteint d'un rhumatisme articulaire aigu qui, pendant plus d'un mois, persista, se promenant de jointure en jointure, offrant des rémissions et des rechutes.

Le cœur ne fut pas engagé, mais le malade tomba dans une anémie des plus prononcées. Souffle anémique au cœur et dans les vaisseaux du cou ; globules : 2,100,000. Traitement : une demi-bouteille de bière tonique par jour. Huit jours après le début, le-

malade se sentait plus fort, il se colorait un peu (globules : 2,600,000). Après quinze jours, le mieux était très-accusé (globules : 3,000,000), et enfin, au bout d'un mois, J. H... pouvait quitter l'hôpital.

Ces diverses observations, auxquelles nous pourrions en joindre un grand nombre se rapportant à des cas d'anémies consécutives à la pneumonie double, à la pleurésie, à la fièvre typhoïde, à l'érysipèle, à la scarlatine, à des maladies consomptives, scrofulose, tuberculose, carcinose, etc., nous semblent très-importantes. Elles établissent que la bière brune du Faucon est admirablement tolérée par l'estomac, même par l'estomac malade. Elles montrent que ce médicament est un puissant stimulant des fonctions digestives et qu'il possède une action remarquable sur la reconstitution des globules rouges du sang. Le praticien y trouvera donc une précieuse ressource dans les affections stomacales, d'une part, et, d'autre part, dans toutes les maladies où domine l'adynamie, qui sont par elles-mêmes anémiantes ou dont la convalescence exige un régime tonique et reconstituant. Les observations d'anémie consécutive à la grossesse ou à l'allaitement prolongé que nous avons recueillies sont tout aussi démonstratives à cet égard.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 26 avril 1882. — Présidence de M. Grimaux.

PRÉSENTATION

Exploration de l'oreille. — M. GELLÉ expose une nouvelle méthode d'exploration de l'oreille, l'auscultation transauriculaire pendant l'épreuve des pressions centripètes. L'épreuve des pressions centripètes consiste à modifier, au moyen de pressions faites sur le tympan avec la poire à insufflation ordinaire à l'aide d'un tube de caoutchouc qui l'unit au conduit auditif, la sensation sonore produite par l'application d'un diapason *la* sur la bosse frontale du sujet. C'est le médecin qui donne la pression et modifie ainsi la conductibilité de l'appareil de transmission du son à chaque coup, et le sujet annonce qu'il entend le son baisser d'intensité en même temps si l'oreille est saine.

M. Gellé a montré les applications diagnostiques qu'il a pu faire de cette expérience chimique. Aujourd'hui, il se propose d'ausculter le son modifié par les pressions qu'il opère, et de confronter les variations du phénomène sonore qu'il ressent avec celles éprouvées par le sujet au moment même de la pression.

Voici le dispositif simple de l'épreuve : Un tube de caoutchouc, semblable à l'otoscope, est fixé par un bout à l'oreille du patient et l'autre extrémité est placée à l'oreille de l'observateur. Ce tube reçoit à son milieu l'insertion du tube de la poire à insuffler. Un diaphragme de baudruche isole l'oreille de l'observateur de façon que l'air lancé par la poire va frapper le tympan du sujet, mais non celui de l'opérateur. Un diapason vibrant est posé sur la bosse frontale du même côté.

Les choses ainsi disposées, si l'on presse la poire, on détermine à volonté des tensions légères de la cloison et de la chaîne des osselets jusqu'à la fenêtre ronde, car le sujet sent le son baisser d'intensité nettement à chaque coup. Or l'observateur perçoit aussi de son côté les modifications subies par le son à son passage à travers l'oreille du sujet, et, si l'oreille est normale, il y a accord et concordance complète entre les variations senties par le sujet et par le médecin. L'auscultation transauriculaire permet donc de constater, d'après les modifications du son, le jeu fonctionnel de l'organe d'accommodation de l'oreille.

Mais il n'y a pas toujours accord et concordance entre les sensations de deux écouteurs. L'état pathologique change l'aptitude de l'appareil conducteur à obéir aux pressions d'air centripètes. Il en résulte une discordance entre les deux résultats de l'audition du son du diapason frontal.

La clinique montre souvent des cas où l'auscultation suit nettement les variantes d'intensité causées par les poussées d'air, tandis que le sujet, au même instant, annonce cesser de percevoir le son; il annonce un silence là où l'observateur entend une nuance de force, une simple atténuation. D'autres fois c'est une sensation vertigineuse que le sujet éprouve au moment de la pression centripète, tandis que l'auscultation otoscopique transmet une simple variation d'intensité comme à l'ordinaire.

Pour comprendre ces disparates, il faut suivre le son transmis du crâne à l'oreille du sujet et de là à celle de l'observateur. Dans le deuxième trajet, l'onde sonore solidienne traverse le rocher, arrive sous la caisse, franchit le tympan et peut s'écouler dans le tube de l'otoscope; l'observateur perçoit donc les modifications que le son subit à son passage au niveau du tympan; si les pressions tendent celui-ci, le son est diminué; si le son est diminué, c'est que le tympan obéit bien aux pressions de l'air.

Dans son trajet vers l'organe labyrinthique ou sensible du sujet, le son traverse le rocher, pénètre dans la caisse et vient ébranler la platine de l'étrier dans la fenêtre ovale; ce sont les modifications imprimées à l'étrier par les pressions centripètes qui causent les variations du son perçues par le sujet, quand le sujet cesse de sentir les nuances du son sous l'influence des pressions, ou quand le son cesse d'être perçu et s'éteint sous la pression. C'est que la motilité de l'étrier est changée, altérée ou détruite. Mais c'est exclusivement à une altération du fonctionnement de cet osselet qu'est due la cessation des variations du son transmis, soit l'extinction du son à chaque pression de la poire, quand l'observateur perçoit nettement les diminutions d'intensité habituelles, ce qui démontre l'intégrité de la conductibilité et de la mobilité du tympan.

Cette opposition entre les deux résultats a une grande valeur clinique; elle permet au diagnostic d'aller jusqu'à la connaissance du siège de lésions restées jusqu'ici d'un diagnostic inabordable.

On sait que le diagnostic de la surdité nerveuse se fait par exclusion. On ne trouve pas de lésion de l'oreille moyenne et l'on conclut à une lésion labyrinthique. Cependant on ne sait, de l'aveu de tous les auristes, reconnaître s'il n'y a pas une lésion des fenêtres ovale ou ronde capable d'expliquer le fait. C'est ce diagnostic délicat que M. Gellé a essayé de poser au moyen de ses diverses épreuves, et aujourd'hui par l'auscultation transauriculaire pendant les pressions centripètes.

M. LABORDE fait observer que les recherches de M. Gellé permettent de mieux déterminer les fonctions pathologiques des canaux semi-circulaires.

M. MÉGNIN demande si une simple pression sur le tympan peut déterminer les phénomènes vertigineux. Il a vu des chiens présenter ces phénomènes par suite de la présence d'acariens dans le conduit auditif.

M. GELLÉ répond qu'une simple pression sur le méat peut produire ces phénomènes vertigineux.

Expérience sur la piqûre de l'argas de Perse. — M. MÉGNIN. D'après les récits des indigènes rapportés dans tous les ouvrages de zoologie médicale, les argas de la Perse passent pour être très-dangereux : ils s'attaquent à l'homme, et surtout aux étrangers ; leur piqûre est très-douloureuse, donne lieu à des fièvres graves et peut amener la consomption et la mort.

Ayant à ma disposition des argas de Perse envoyés par le docteur Tholosan au professeur Laboulbène, il y a quatre ans, et toujours vivants malgré ce long jeûne, j'en ai profité pour faire une expérience sur moi-même. Semblable expérience avait déjà été faite sur un lapin par M. le docteur Fumouze, et le lapin n'avait rien présenté d'anomal.

Un argas, de l'espèce que nous nommons *A. Tholosani*, placé sur le dos de ma main, sous un verre de montre, y a enfoncé son rostre et s'y est gorgé de sang. La sensation de cette piqûre a été exactement celle d'une sangsue, peut-être un peu plus faible, et a persisté quelque temps après que le parasite a été repu, ce qui est arrivé au bout d'une demi-heure. L'acarien était devenu replet, mais bien moins que les ixodes, qui décuplent de volume ; il est vrai que ceux-ci restent attachés à leur victime pendant plusieurs jours.

La petite blessure faite par l'argas s'est terminée par une petite gouttelette de sang coagulé, et autour, sur un rayon de 3 à 4 millimètre, s'est dessinée une ecchymose violette qui était encore très-colorée, quoique pâlie vingt-quatre heures après.

Je n'ai éprouvé aucun autre effet de la piqûre de l'argas, et on peut, par conséquent, regarder comme des fables toutes les histoires qu'on a débitées sur les dangers de cette piqûre, laquelle est en tout comparable à celle de nos ixodes indigènes, dont les argas sont très-voisins zoologiquement.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de géologie (1), par M. A. de Lapparent.

IV

La deuxième partie du *Traité de géologie* est consacrée à la géologie proprement dite.

Les matériaux constituants de l'écorce solide du globe sont des *roches*, dont chacune est formée par la juxtaposition d'un certain nombre d'éléments minéraux. Parmi ces roches, les unes sont le produit de consolidation de la croûte primitive ou de l'épanchement, maintes fois répété, des matières fluides internes à travers les crevasses de l'écorce ; les autres résultent des réactions exercées sur les matériaux de la première catégorie par les divers agents de la dynamique externe, et ne sont, par conséquent, que des produits de remaniement. Aussi convient-il d'aborder l'étude de l'écorce terrestre par l'examen des roches directement émanées du réservoir intérieur et par celui des matériaux de la croûte de première consolidation, qui, formée aux dépens de la masse primitive du globe et par la seule déperdition d'une partie de sa chaleur, appartient réellement au jeu de la dynamique interne. Non-seulement cet ordre est conforme à la série chronologique des évènements, mais il offre l'avantage de donner, dès le début, une vue beaucoup plus générale de la composition du globe terrestre. En effet, s'il peut y avoir des substances chimiques que leur nature empêche de prendre part à la constitution des formations d'origine externe, il n'en est aucune qu'on ne doive retrouver dans l'une des variétés de roches, issues de ce grand réservoir intérieur où étaient concentrées, au début, toute la masse et toute l'énergie de notre planète.

Il faut donc étudier d'abord les éléments ou formations d'origine interne : minéraux constituants des roches, et leurs procédés d'examen mécanique et chimique, microscope polarisant. M. de Lapparent analyse et fait connaître les résultats des études de pétrographie microscopique les plus récentes. Il aborde alors les éléments de la classification des roches.

Il passe ensuite au groupe des roches acides, il étudie les types granitoïde, trachytoïde, vitreux, dans la série ancienne et dans la série moderne. Le groupe des roches neutres, celui des roches basiques, sont étudiés de la même manière, et un appendice est consacré à l'étude des météorites, qui sont bien certainement de formation interne relativement aux masses planétaires dont elles représentent les fragments. D'autre part, leur analogie est frappante avec les types les plus basiques des roches terrestres, notamment avec ceux qui contiennent du péridot, de l'enstatite et du fer natif.

M. A de Lapparent aborde alors l'étude de la croûte primitive du globe ou terrain primitif. Il définit le terrain, en montre les éléments pétrographiques, expose les types régionaux du terrain primitif et dans la région française, et en Europe, et hors de l'Europe. Il termine enfin ce premier livre par des considérations d'ensemble sur le terrain primitif.

(1) Fin. — Voir le numéro du 25 avril 1882.

V

Le livre deuxième présente la description des formations d'origine externe ou sédimentaire.

L'auteur, après quelques généralités consacrées aux formations sédimentaires : dépôts détritiques ou fragmentaires, dépôts chimiques et dépôts organiques, expose les principes de la classification des formations sédimentaires. Détermination de la succession des assises ; établissement du synchronisme et de l'équivalence des couches ; tels sont les points traités dans la première section.

Le groupe primaire ou paléozoïque est étudié dans la deuxième section.

Ce groupe comprend les formations sédimentaires qui se sont succédé depuis la consolidation de l'écorce primitive jusqu'au moment où, l'atmosphère ayant été purifiée par le développement et l'enfouissement successifs d'une riche végétation terrestre, la surface du globe est devenue habitable pour les animaux à respiration aérienne.

Cette ère primaire peut être divisée en quatre périodes qui sont, à partir de la plus ancienne :

1° La période *cambrienne*, où la vie organique a laissé, pour la première fois, des traces nettes. Ce ne sont d'abord que des empreintes plus ou moins douteuses d'annélides, au milieu des sédiments encore doués d'une cristallinité prononcée. Mais bientôt se développe une remarquable faune, composée surtout de crustacés de la famille des trilobites, avec quelques brachiopodes.

2° La période *silurienne*, où les organismes marins et spécialement les trilobites, les céphalopodes et les brachiopodes, atteignent un magnifique développement, tandis que les végétaux terrestres, par leur extrême rareté, témoignent du peu d'importance que devaient avoir à cette époque les masses continentales.

3° La période *dévonienne*, caractérisée par de nombreuses espèces de poissons, marquant le premier épanouissement de l'embranchement des vertébrés, et par l'apparition, encore sporadique, de types végétaux, précurseurs de ceux qui vont composer la flore houillère.

4° La période *permo-carbonifère*, où les faunes marines abondent en polypiers et en brachiopodes, tandis que se développe, sur les terres basses émergées, une luxuriante végétation, et qu'aux poissons commencent à s'adjoindre les reptiles amphibies.

Les systèmes de terrain qui correspondent à ces quatre périodes constituent le *terrain de transition* des anciens auteurs, ainsi nommé à cause de la nature des dépôts dont il se compose et qui, par leur état souvent cristallin, établissent une sorte de passage entre la croûte primitive et ces formations sédimentaires normales.

L'étude du groupe primaire ou paléozoïque nous mène aux dernières pages du cinquième fascicule.

La troisième section nous fait connaître le groupe secondaire ou mésozoïque : nous en réservons l'analyse pour un nouvel article. Bornons-nous, en terminant, à constater le soin apporté à l'illustration du *Traité de géologie*. Trois cent dix figures ont déjà passé sous nos yeux, en nous donnant les meilleurs types et les reproductions les mieux choisies pour éclairer le texte.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 23 avril 1882, a été promu dans le corps des officiers de santé militaires :

Au grade de médecin inspecteur général (emploi créé) : M. Legouest (Venand-Antoine-Léon), médecin inspecteur, président du conseil de santé des armées.

— Par décret en date du 26 avril 1882, ont été promus dans le corps des officiers de santé militaires :

Au grade de médecin inspecteur : MM. Daya et Baudouin.

— La Société de géographie de Paris a décerné samedi soir,

dans sa séance générale annuelle, une médaille d'or à M. le docteur Lenz pour sa traversée du Sahara, et à M. le docteur Montano pour l'exploration scientifique de plusieurs des îles Philippines.

— Par suite de circonstances imprévues, le cours de géologie du Muséum ne commencera que le samedi 6 mai, à quatre heures un quart, et se continuera les mardis et samedis suivants à la même heure.

— *Collège de France.* — M. le docteur Marey, professeur, commencera son cours d'histoire naturelle des corps organisés mardi 2 mai 1882, à deux heures, et le continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure.

— M. le professeur Mascart commencera le cours de physique générale et expérimentale mardi prochain, 2 mai 1882, à dix heures et demie du matin, et le continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 12778.

43

Eaux minérales de Vals.

Acidules, Gazeuzes, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre.	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude...	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse.	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.021	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces,* essentiellement *digestives* Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux :* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie ; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide, Arséniate », Phosphate », Sulfate »	sesqui-oxyde de fer	0.44
— de chaux..		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale ; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

40

VIANDE ET QUINA.

Vin Aroud au quina

et aux principes solubles de la Viande.

MÉDICAMENT ALIMENT d'une supériorité incontestable sur tous les vins de quina et sur tous les toniques et nutritifs connus, renfermant tous les principes solubles des plus riches écorces de quina et de la viande, représentant par 30 gr., 3 gr. de quina et 27 gr. de viande. — Prix : 5 fr.

Se vend chez J. Ferré, pharm., 102, *r. Richelieu,* successeur de Aroud, Paris, *et toutes pharm. de France et de l'étranger.*

31

Iode diastasé assimilable

du Dr V. BAUD.

Plus résolutif et plus dépuratif que l'*huile de foie de morue,* l'*Iode diastasé* en granules est indiqué contre la *scrofule, ulcères, tumeurs, maladies osseuses, etc.*

Paris, nos 22, 20 et 19, rue Drouot.

Dr V. Baud

25

Pastilles Géraudel

agissant par inhalation et par absorption contre toutes maladies des voies respiratoires.

Seules PASTILLES DE GOUDRON *récompensées par jury international, Exposit. univers.* 1878, *Paris.* — Expérimentées, par décision ministérielle, sur l'avis du Conseil de santé.

Détail : dans toutes phies ; Gros : Géraudel, pharmacien de 1re cl., à Ste-Ménehould (Marne).

11

MALADIES DES VOIES RESPIRATOIRES

Globules du docteur De Korab

Expérimentés dans les hôpitaux de Paris.

A L'ESSENCE D'AUNÉE

Chapès, 143, r. St Denis, Paris, et principales phies.

80

Vins d'Ossian Henry,

membre de l'Académie de médecine.

Vin de Quinquina titré simple. — Titrant un gramme d'alcaloïde et 12 grammes d'extractif par 1,000 grammes. — *Tonique. — Fébrifuge.*

Vin de Quinquina ferrugineux. — Contient 0,10 de sel ferreux par 30 grammes de vin. — *Chlorose, Anémie, Longues convalescences,* etc., 5, r. d'Anjou St-Honoré, et dans toutes les pharm.

16

Pommade LAJOUX et GRANDVAL, *pharm., profess. à l'École de méd. de Reims.*

AU CAMPHRE SALICYLÉ.

Efficacité constatée dans le traitement de l'Eczéma, des Plaies de mauvaise nature chez les scrofuleux. les syphilitiques. — Bubons suppurés, Plaies variqueuses, cancéreuses, etc.

Dépôt : Phie Gigon, 25, rue Coquillière, Paris.

70

Pilules de Blancard,

Approuvées par l'Académie de Médecine.

Participant des propriétés de l'iode et du fer, ces pilules s'emploient contre les *scrofules,* la *phthisie* à son début, la faiblesse de tempérament, ainsi que dans toutes les affections (*pâles couleurs, aménorrhée,* etc.), où il est nécessaire de réagir sur le sang.

Exiger la signature ci-jointe au bas d'une étiquette verte.

Blancard

40, *rue Bonaparte.*

SE DÉFIER DES CONTREFAÇONS.

57

Farine lactée Nestlé

Dont la base est le bon lait. 3 *Diplômes d'honneur* et 5 *Médailles d'or.* — 10 ans de succès. C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas âge ; il supplée à l'insuffisance du lait maternel et facilite le sevrage ; avec lui, pas de diarrhée, pas de vomissements, la digestion en est facile et complète. Exiger la signature Henri NESTLÉ. — Gros : Christen frères, 16, rue du Parc-Royal. — Détail : Pharmacie Christen, 31, rue du Caire, Paris, et tous les pharmaciens.

42

MALADIES DE L'ESTOMAC

DIGESTIONS LABORIEUSES

Poudres et Pastilles de Paterson

BISMUTHO-MAGNÉSIENNES

digestives, absorbantes, antigastralgiques contre les douleurs d'estomac, les digestions pénibles, le manque d'appétit, les aigreurs et les vomissements.

Adh. DETHAN, pharmacien, rue de Strasbourg, 10, à Paris, et dans toutes les pharmacies de France et de l'étranger.

Paterson

53

Produits de l'Eucalyptus

par DELPECH et ARDISSON.

Les CAPSULES A L'ESSENCE PURE D'EUCALYPTUS (*Eucalyptol*), l'Alcoolature, le Sirop, le Vin, le Liniment réussissent contre : *Affections du poumon, névralgies, migraines, rhumatisme, pansement et désinfection des plaies.*

La phie DELPECH, rue du Bac, 23, prépare les **Capsules à l'Extrait éthéré de Cubèbe.**

50

Etablissement orthopédique

28, rue Lauriston (place de l'Étoile). Médecin en chef : E. Duval, fils du docteur *Vincent Duval,* lauréat de l'Institut, directeur pendant plus de quarante ans des traitements orthopédiques dans les hôpitaux civils de Paris, etc.

Traitement des difformités de la taille, du pied-bot, de la fausse ankylose du genou, des torticolis, des tumeurs blanches, de la hanche, des gibbosités, etc., etc. — Jardin, gymnase. — Consultations tous les jours de deux à quatre heures.

54

Le phosphate monocalcique

CRISTALLISÉ DE BARBARIN

C'est le phosphate de chaux à son maximum de puissance et de pureté.

Le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.

Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. p. 30.
Vin id, id. à 1 — 60.

Paris, 163, r. de Belleville, et bonnes pharmies.

22

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP de HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : cinq francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

23

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire ; apaise les douleurs des reins et de la vessie ; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : deux francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou, et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

7

Les Dragées Carbonel

AU PERCHLORURE DE FER PUR.

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant quatre gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : quatre francs. — Envoi franco par la poste.

Dépôt : à Avignon, pharmacie Carbonel ; à Paris, maison Hugot.

36

Vin de Baudon antimonio-phosphaté.

TONIQUE, RECONSTITUANT,

Bien supérieur à l'huile de foie de morue.

Affaiblissement général, anémie, lymphatisme, scrofule, rachitisme, affections catarrhales, phthisie et suppurations prolongées.

Utile pendant la grossesse et l'allaitement.

Ph. Baudon, 11, r. des Francs-Bourgeois, Paris.

37

Névroses. — Sirop Collas

au BROMURE double de POTASSIUM et de LITHIUM. — Dose : 2 à 3 cuillerées par jour.

Le *Bromure de Lithium* est un des plus puissants sédatifs dans le traitement des maladies nerveuses, car il contient 91,95 de Brôme pour 100 parties.

Diathèse urique. Pilules Collas

au BROMURE de LITHIUM. — Dose : 4 ou 6 pilules par jour.

Le *Bromure de Lithium* est un des meilleurs modificateurs de la *diathèse urique,* puisque un gramme de ce *Bromure* neutralise quatre grammes d'acide urique.

Dépôt pharmacie Collas, 8, r. Dauphine, Paris.

134

Contrexéville

(SOURCE DU PAVILLON).

Contre la gravelle, la goutte et les maladies des voies urinaires.

ÉTABLISSEMENT OUVERT DU 15 MAI AU 15 SEPTEMBRE.

Dépôt Central : 29, rue de la Michodière, maison Adam (Paris), où l'on trouve toutes les eaux minérales, et spécialement celles étrangères.

56

Vin du docteur Forestier

TONIQUE RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE

Au Quinquina, Pyrophosphate de fer, Oranges amères et Malaga.

Voir : Traité de Thérapeutique, *Trousseau et Pidoux.* — Commentaires du Codex, *Gubler.*

Paris, ph. Bosredon, r. des Francs-Bourgeois, 14.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Après quelques explications données à l'Académie par M. Parrot sur quelques-unes des améliorations récemment introduites à l'hospice des Enfants-Assistés, au point de vue de la prophylaxie des maladies contagieuses, et celles qui sont actuellement en voie d'exécution ou en projet, l'Académie a entendu deux communications : l'une, de M. le docteur Thomas Caraman, sur un cas de grossesse extra-utérine dont la guérison a été obtenue pendant le cours d'une nouvelle grossesse régulière ; l'autre, de M. Béchamp, sur les microzymas. MM. Gautier et Colin (d'Alfort) avaient émis des doutes et des objections au sujet des communications successives faites par M. Béchamp à l'Académie sur les microzymas des glandes stomacales, et leur rôle dans le travail de la digestion. Sa théorie tout entière sur les microzymas avait même suscité des difficultés et des dénégations. Il est monté hier à la tribune pour exposer de nouveau cette théorie générale. On trouvera dans le compte-rendu un résumé de cette exposition.

La séance s'est terminée par un comité secret.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Legrand du Saulle.

L'aphasie et les aphasiques (1).

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE. CLINIQUE. ÉTAT MENTAL. MÉDECINE LÉGALE.

V

De toutes les lésions passagères ou permanentes qui peuvent s'accompagner d'aphasie, le ramollissement cérébral est certainement l'état morbide qui détermine le plus fréquemment le trouble de la faculté du langage. Or, c'est en comparant attentivement le siège occupé par les foyers ramollis et les symptômes cliniques concomitants, qu'on a pu arriver à localiser le pouvoir de la parole dans certains territoires du cerveau. Ce travail de localisation a été poursuivi, je vous l'ai déjà dit, par Bouillaud, Dax, Broca ; il a été repris et poussé plus loin dans ces derniers temps, principalement en Allemagne, par Kusmaul notamment.

Parmi les nombreux travaux produits, il en est qui consacrent des faits à l'abri de toute contestation, d'autres qui ont mis au jour des idées ingénieuses, des hypothèses utiles, mais que l'observation n'a pas encore suffisamment vérifiées. Je maintiendrai soigneusement la distinction entre les doctrines solidement assises et celles qui sont encore sujettes à discussion.

Il est un premier point qui ne soulève plus aujourd'hui aucune objection : c'est que la faculté du langage articulé et, par suite, les lésions qui déterminent l'aphasie siègent dans l'hémisphère gauche du cerveau. Dax avait bien établi le fait, Broca a fourni à son appui de nouvelles preuves anatomiques. L'expérimentation clinique enfin, faite sur les hystériques hypnotisées, dans des conditions qu'il me serait trop long de vous énumérer, a permis à MM. Charcot et Ballet (1) d'apporter à ce fait un point d'appui d'un nouvel ordre.

Il peut paraître singulier qu'une faculté aussi importante que celle du langage se localise dans un seul des hémisphères. Toutefois, en y réfléchissant, on arrive à concevoir les raisons de ce fait, dont la réalité est aujourd'hui incontestée. Le cerveau gauche paraît être, en effet, beaucoup plus actif que le droit. La tendance et l'habitude que nous avons de nous servir de la main droite rend compte de l'activité plus grande de cet hémisphère, qui d'ailleurs se développe plus tôt que le droit et est habituellement plus lourd que ce dernier. D'autre part, Armand de Fleury, et après lui Ogle, ont établi que les artères du cerveau sont distribuées de telle sorte que l'hémisphère gauche est plus largement irrigué que son congénère. Toutes ces raisons nous expliquent, dans une certaine mesure, la localisation du langage à gauche.

Cette localisation n'est pas d'ailleurs absolue. De même qu'il y a des gens qui, au point de vue des mouvements, sont gauchers de la main, c'est-à-dire droitiers du cerveau

(1) Suite. — Voir le numéro du 25 avril 1882.

(1) G. Ballet. — Nouveau fait à l'appui de la localisation de Broca. (Démonstration expérimentale de la localisation de la faculté du langage dans l'hémisphère gauche du cerveau. — In *Progrès Méd.*, n° 37, 1880.)

(en vertu de l'entre-croisement des faisceaux pyramidaux), de même il paraît y avoir des droitiers au point de vue de la parole. En compulsant les chiffres des différentes statistiques (Seguin, Trousseau, Magnan, Voisin, Calender et Kirkes, etc.), on arrive à cette conclusion qu'il y a à peine un droitier du cerveau contre dix gauchers. Vous le voyez, le petit nombre des exceptions confirme la règle.

Bouillaud, qui n'avait pas vu cette première loi, avait constaté que c'est au niveau des lobes antérieurs qu'est situé le siège du langage. Broca, vous le savez, est allé plus loin et a montré, je vous l'ai déjà dit, que le centre de cette faculté occupe la troisième circonvolution frontale, et même un point spécial de cette circonvolution, le tiers postérieur. Je vous rappellerai, en passant, que certains faits expérimentaux viennent là encore à l'appui des conclusions qui ressortent de l'observation anatomo-clinique. Ferrier, en effet, considère, d'après ses expériences, la partie postérieure de la troisième circonvolution frontale comme le centre des mouvements de la langue et des lèvres. Duret, d'autre part, a institué d'intéressantes recherches, dont les résultats ne doivent sans doute être admis, pour l'heure, que sous bénéfice d'inventaire, mais qui n'en présentent pas moins un réel intérêt. Sur deux chiens, il a extirpé la région qui correspond au siège de la faculté du langage chez l'homme, et il a constaté que les animaux mis en expérience paraissaient avoir perdu la faculté d'aboyer. Dans une troisième expérience, faite encore sur un chien, il a suspendu et rétabli tour à tour, au moyen de compressions intermittentes, le cours du sang au niveau de la circonvolution du langage : chaque fois l'animal poussait des aboiements, comme pour avertir de la présence d'une personne étrangère. L'auteur ajoute que, dans ce cas, on ne saurait supposer qu'il s'agissait de cris douloureux, le chien étant dans le sommeil et presque comateux.

Ainsi tous les faits semblent donner raison à la localisation de Broca. Toutefois Meynert a émis, à cet égard, des vues personnelles, et il tend à considérer les circonvolutions de l'*insula* comme faisant partie du même système que la troisième circonvolution. Les lésions de cette partie de l'écorce pourraient, d'après lui, déterminer l'aphasie au même titre que celles du pied de la circonvolution de Broca. Bien que quelques faits semblent légitimer cette dernière opinion, ils sont trop peu nombreux pour permettre de l'admettre sans réserves.

Je dois ici vous faire remarquer que la destruction des fibres blanches qui partent de la troisième circonvolution donne naissance, et cela se conçoit, aux mêmes symptômes que les lésions de l'écorce elle-même. Ce détail a son importance, car il explique la plupart des faits qui ont été considérés comme constituant des infractions à la loi de Broca, c'est-à-dire ceux dans lesquels on a constaté de l'aphasie, bien qu'il n'existât pas d'altération corticale.

De tout ce qui précède, nous pouvons conclure que les lésions susceptibles de déterminer l'aphasie occupent le tiers postérieur de la troisième circonvolution frontale, quelquefois l'insula, et plus rarement les faisceaux blancs qui émanent de cette partie de l'écorce.

Ces conclusions sont celles qui sont généralement admises dans la science depuis un certain nombre d'années. Mais les travaux récents faits en Allemagne et aussi en France ont jeté dans le débat quelques idées nouvelles, que je dois maintenant vous faire connaître.

Dans la description symptomatique que je vous ai donnée de l'aphasie, je vous ai montré qu'il fallait *cliniquement* distinguer les troubles du langage tenant au défaut de compréhension des signes parlés ou écrits (cécité et surdité verbales) de ceux qui se rattachent à l'impossibilité de concevoir ou de se rappeler la série des mouvements coordonnés nécessaires à la reproduction de ces signes (aphasie ataxique, agraphie). Or il s'agit de savoir si à ces différences cliniques correspondent des différences dans la localisation des lésions susceptibles de déterminer chacun des deux ordres de troubles.

C'est l'opinion qui est admise aujourd'hui par Kussmaul, Vernicke, Kähler et Pick, etc., en Allemagne, et qui a été récemment soutenue chez nous par M. Magnan et par une de ses élèves, Mlle Skwortzoff.

Voici, d'après ces divers auteurs, comment les choses se passeraient : A la lésion de la troisième circonvolution frontale (et de l'insula d'après Meynert), ressortiraient l'*aphasie ataxique* et l'*agraphie*, c'est-à-dire les troubles des opérations centrifuges du langage. Quant aux troubles des opérations centripètes, la *cécité* et la *surdité* des mots, elles dépendraient de la destruction des parties de l'écorce qui sont destinées à la sensibilité des parties postérieures.

Dans les diverses autopsies qui ont été faites, on a trouvé en effet, dans les cas de cécité verbale, des lésions du pli et de son voisinage ; dans ceux de surdité verbale, des altérations de la première circonvolution temporale, c'est-à-dire des points que Ferrier considère comme les centres des perceptions visuelle et auditive. Aussi les auteurs dont j'ai parlé, s'appuyant sur ces observations nécroscopiques, considèrent-ils la cécité et la surdité des mots comme placées sous la dépendance des lésions destructives des parties de l'écorce destinées à l'élaboration des impressions visuelles ou acoustiques ; ce qui explique assez ingénieusement que les malades soient susceptibles dans certains cas de prononcer les mots et de les écrire (la troisième frontale étant intacte), tandis qu'ils ont perdu plus ou moins complètement l'aptitude à interpréter ceux qu'ils entendent ou ceux qu'ils lisent.

Je me hâte d'ajouter que les idées précédentes ont besoin d'une démonstration plus concluante que celle donnée jusqu'à ce jour. Je ne puis ici les discuter complètement, mais je tenais à vous les signaler, car c'est là un des côtés neufs de la question.

Pour résumer en quelques mots tout ce qui précède, nous dirons : Il y a deux formes de troubles aphasiques cliniquement distincts. La première forme consiste dans l'impossibilité de concevoir les signes parlés ou écrits, la seconde dans celle de les interpréter ; ceux-là tiennent certainement à une lésion de la troisième circonvolution frontale (ou de son voisinage) ; ceux-ci ressortissent peut-être à la même lésion ; toutefois quelques auteurs les considèrent comme devant être rattachés à des altérations des parties postérieures du cerveau, coïncidant ou non avec une lésion de la troisième frontale.

Telles sont les idées, les unes positives, les autres hypothétiques, qu'il faut se faire des variétés cliniques de l'aphasie et du siège des altérations susceptibles de les déterminer.

— Ces lésions, si elles ont un siège ou (en admettant les idées de Kussmaul) des sièges constants, peuvent être de natures très-diverses. Vous savez en effet qu'en matière de pathologie cérébrale, ce qui importe au point de vue de la

détermination d'un symptôme, c'est le siège et non la nature de la lésion. Pour qu'il y ait aphasie, en effet, il suffit que la troisième circonvolution frontale soit détruite : or elle peut l'être par une hémorrhagie, un ramollissement, une tumeur, etc.; l'espèce de l'altération ne fait rien à la chose. C'est assez dire que toutes les lésions permanentes ou passagères, à *substratum* anatomique défini ou sans *substratum* déterminé, susceptibles de troubler le jeu des parties préposées à la faculté du langage, pourront déterminer l'aphasie.

Quelles sont ces différentes lésions ? En d'autres termes, quelles sont les causes spéciales de l'aphasie ?

HOPITAL DE LA CLINIQUE. — M. Depaul.

I. Syphilis, accouchement à sept mois et demi, enfant macéré. — II. Scoliose avec ou sans rachitisme, accouchement normal ou accouchement prématuré artificiel.

I. Nous avons en ce moment deux cas particulièrement intéressants dans notre service. Le premier est celui du lit nº 31. C'est une femme de vingt-trois ans, domestique, qui a déjà eu un premier enfant, né parfaitement vivant et toujours bien portant depuis sa naissance.

Redevenue enceinte l'année dernière, elle est accouchée avant-hier, en voiture, à sept mois et demi environ, d'un enfant mort, macéré selon l'expression de Paul Dubois, c'est-à-dire ayant subi dans la cavité utérine des modifications dues à son séjour prolongé au milieu du liquide amniotique après la mort. Cette macération à l'abri du contact de l'air ne doit pas être confondue avec la putréfaction, qui en diffère du tout au tout.

En effet, cet enfant ne sentait absolument rien, bien que, selon toute apparence, il fût mort déjà depuis douze ou quinze jours environ lorsqu'il a été expulsé de la matrice, comme cela nous est démontré par l'infiltration de la peau sous le cuir chevelu, par la dislocation des os qui craquent comme des noix dans un sac, par une liquéfaction marquée de la matière cérébrale, par l'épiderme qui se détache, si peu que l'on y touche.

Le placenta, examiné par M. Porak et par moi, n'était pas malade, il était sain et seulement un peu pâli par les modifications survenues dans la circulation utéro-placentaire depuis la mort du fœtus.

A quoi donc, dans ces conditions, devons-nous attribuer la mort de cet enfant ?

Hier un premier examen m'avait fait dire que la mère de l'enfant était syphilitique. Aujourd'hui l'interrogatoire de cette femme et l'examen plus minutieux auquel je me suis livré ce matin devant vous ne me laissent plus aucun doute, il s'agit bien pour l'enfant d'une syphilis congénitale.

En effet, sa mère voit tous ses cheveux tomber par poignées; de plus, elle présente une plaque muqueuse, de couleur grisâtre, au fond de la gorge du côté droit, ainsi qu'un chapelet de ganglions post-mastoïdiens, gros et noueux. De même, dans la région inguinale nous trouvons une véritable pléiade ganglionnaire et les parties génitales sont recouvertes de plaques muqueuses, ainsi que le périnée et l'anus. Enfin nous trouvons une véritable roséole sur les membres.

Quant aux aveux, toujours assez difficiles à obtenir les premiers jours, ils ne sont pas très-nets. Cette femme consent bien à nous dire qu'à une certaine époque de sa grossesse elle souffrait en urinant, qu'elle eut un peu d'échauffement des parties qui dura une quinzaine de jours. C'est alors qu'elle est allée dans un hôpital où l'un de nos confrères lui aurait dit que ce n'était rien, qu'il n'y avait rien à faire, qu'il lui suffirait de suivre un traitement tonique et réparateur.

En réalité, c'est là un très-mauvais conseil qui lui a été donné; et si, au contraire, il lui avait été prescrit alors un traitement par le mercure, puis par l'iodure de potassium, elle aurait probablement pu donner naissance à un enfant vivant. J'ai obtenu, et bien d'autres comme moi, en pareils cas de nombreux succès, lorsque les malades ont consenti à suivre un traitement complet et à le continuer tout le temps nécessaire. Néanmoins on ne lui a rien prescrit, et son enfant est mort à sept mois et demi.

Cette femme nous dit que le père de l'enfant, — elle n'est pas mariée, — a toujours été très-bien portant. Soit, je le veux bien, mais alors ne lui aurait-elle pas fait quelque infidélité avec un autre individu ? Un petit coup de canif est si vite donné ! Là-dessus elle ne nous dit trop ni oui ni non. Mais je n'en suis encore qu'à ma seconde visite, et bien des femmes m'ont rappelé un peu plus tard pour se confesser à moi comme à un père capucin.

Quoi qu'il en soit, toujours est-il que cet enfant est mort victime de la syphilis de sa mère, syphilis en pleine évolution ; aussi mon rôle est-il loin d'être fini, il s'agit au contraire d'instituer un traitement approprié aux accidents actuels, traitement par le proto-iodure de mercure qu'elle continuera chez elle, à moins qu'en partant d'ici elle ne préfère entrer à Lourcine.

II. La seconde femme dont je veux vous parler est une scoliotique. Elle est toute petite et mesure à peine 1m,30 de hauteur, elle est extrêmement difforme par suite d'une déviation considérable de la plus grande partie de la colonne vertébrale. Celle-ci présente, en effet, une courbure latérale à concavité tournée à gauche. Le thorax est aplati d'un côté et convexe de l'autre ; les cavités pleurales ont subi des modifications proportionnelles et les poumons ont dû prendre des formes bizarres, de là une gêne dans l'hématose et de l'essoufflement en marchant.

Lorsque la femme atteinte d'une pareille déformation de la colonne vertébrale devient enceinte, la matrice, en se développant de plus en plus, comprime le diaphragme et détermine des troubles respiratoires, oppression, essoufflement, ainsi qu'une tendance à des congestions pulmonaires plus ou moins intenses, congestions que l'on a vues quelquefois devenir mortelles.

Mais ce n'est pas là, chez cette femme, ce qui nous préoccupe le plus ; ce qui doit surtout éveiller toute notre attention, c'est de savoir si elle pourra accoucher seule, régulièrement et naturellement, l'examen que nous avons pu faire de son bassin nous ayant montré un certain degré de rétrécissement. Il mesure seulement, en effet, 8 centimètres 1/4 environ.

J'ai établi, depuis longtemps, que les femmes scoliotiques avaient généralement, malgré le degré de courbure de leur colonne vertébrale, un bassin assez grand pour pouvoir accoucher seules, aussi bien que les femmes dont la colonne vertébrale était droite, à la condition, bien entendu, que cette scoliose ne s'accompagnât d'aucune autre difformité.

Mais, avec la scoliose, on peut rencontrer aussi des traces plus ou moins prononcées de rachitisme ; c'est même là le cas de la femme dont je vous parle en ce moment. Elle a,

nous dit-elle, été malade jusqu'à l'âge de deux ans ; un peu plus tard, elle a dû porter des corsets spéciaux. Du reste, si nous examinons son squelette, nous trouvons : des jambes et des cuisses peu longues, bien qu'elles ne soient pas d'une brièveté excessive ; des tibias un peu courbes à concavité externe et convexité interne et des fémurs d'une convexité un peu exagérée. Le rachitisme nous paraît donc indéniable ; de là un angle sacro-vertébral plus rapproché qu'à l'état normal de la symphyse pubienne, des os iliaques moins grands que d'habitude, par suite un bassin rétréci.

Le rachitisme produit deux choses : un arrêt de développement et un ramollissement des os dont la courbure et l'inflexion peuvent varier. Ainsi, il peut arriver que l'on rencontre un bassin très-difforme avec des os très-longs ou bien un bassin à peu près régulier, mais très-petit, c'est-à-dire arrêt de développement et rétrécissement.

Si donc de la déformation des os on ne peut conclure au degré de difformité du bassin, néanmoins il faut retenir que le rachitisme peut produire ces deux phénomènes à des degrés divers ; il faut aussi savoir que la scoliose, existant seule, n'empêche pas les femmes, dans le plus grand nombre des cas, d'accoucher naturellement.

La scoliose n'est pas la seule déviation de la colonne vertébrale que l'on puisse rencontrer ; il en existe d'autres encore, telles que la cyphose, caractérisée par une courbure presque à angle droit, à concavité antérieure et convexité postérieure. Elle peut siéger dans les régions cervicale, dorsale où elle forme ce que l'on appelle la bosse de polichinelle, dans les régions lombaire ou lombo-sacrée. Lorsqu'elle affecte l'une ou l'autre des régions supérieures, le bassin peut rester normal ; mais, si elle atteint la région lombaire et surtout lombo-sacrée, elle produit une déformation spéciale du bassin. C'est ainsi que le détroit supérieur aura son diamètre antéro-postérieur plus ou moins considérablement augmenté (17 centimètres au lieu de 11), la saillie de l'angle sacro-vertébral disparaissant alors presque complètement, tandis que le détroit inférieur aura son diamètre transverse rétréci.

Outre la scoliose et la cyphose, nous devons mentionner encore la lordose, ou déformation en sens inverse de cette dernière, caractérisée par une convexité antérieure, en promontoire, donnant lieu à ce que l'on appelle le rétrécissement par obstruction.

Mais, revenant à notre femme, que devons-nous faire ? Elle est enceinte de près de huit mois et son bassin mesure 8 centimètres 1/4. Si nous attendons le terme de la grossesse, elle aura très-probablement de grandes difficultés à accoucher spontanément. Quand Paul Dubois rencontrait, en pareils cas, un de ces accouchements spontanés, il le regardait comme malheureux pour la science, tout heureux qu'il fût pour la femme, parce qu'il pouvait inculquer de fausses idées dans l'esprit des jeunes accoucheurs et leur donner des illusions dangereuses dans la pratique.

Notre malade étant tout près de ses huit mois, je considère comme prudent de provoquer, dès maintenant et sans plus attendre, l'accouchement prématuré artificiel, les dimensions probables de la tête de l'enfant, son diamètre bipariétal, lui permettant encore de franchir sans trop de peine l'obstacle formé par le rétrécissement du bassin.

Je dis « dimensions probables de la tête », car, dans les mêmes conditions d'âge, nous rencontrons souvent des différences de volume et de poids assez notables, et, quel que soit le soin avec lequel on cherche à s'en rendre compte à travers les parois abdominales, l'on reste toujours dans dans une certaine incertitude.

Ici, cependant, l'enfant ne me paraît pas très-gros, et son diamètre bipariétal me paraît à peu près en rapport avec le diamètre du bassin.

Quant à l'opération à pratiquer pour provoquer l'accouchement, elle consiste, soit à introduire dans la cavité utérine successivement deux morceaux d'éponge préparée, le second servant à maintenir le premier et convenablement fixé pour qu'ils ne puissent s'échapper sous l'influence des premières contractions qu'elles peuvent déterminer ; soit à introduire un tube en caoutchouc que l'on remplit ensuite de liquide afin de dilater le col. C'est à ce dernier procédé que nous aurons recours.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. Daniel Mollière.

Contribution à l'étude des calculs du périnée (1).

Par G. Lemoine, interne des hôpitaux de Lyon,
préparateur du cours d'anatomie générale à la Faculté.

II

Obs. III (communiquée par M. Audry, interne du service). — X..., soixante-huit ans ; salle Saint-Louis, n° 25 ; entré le 12 décembre 1881, sorti le 30 janvier 1882.

Pas de blennorrhagie. Le malade fait remonter tous les accidents qu'il présente à une chute sur le coccyx qu'il a faite il y a plus de quarante ans et qui occasionna pendant quelques jours une difficulté de la miction (1838).

En 1858, il éprouvait déjà en urinant une difficulté assez grande qui ne fit qu'augmenter. Depuis un mois avant son entrée, il présentait des accidents d'un caractère plus grave, et un énorme abcès urineux avait envahi le périnée et les bourses. Le jour de son entrée, son état était grave, le scrotum était aussi gros qu'une tête de fœtus à terme ; la peau est œdématiée, tendue et luisante, violacée ; le gonflement a gagné le pénis, mais ne s'étend pas sur les cuisses ; le périnée est très-bombé. La verge est rouge et tuméfiée ; végétations au méat. On fait aussitôt une incision médiane du scrotum à l'anus qui laisse échapper un pus sanieux ; on décolle les tissus avec les doigts, et on trouve un vaste foyer purulent à parois anfractueuses, parcouru par des brides de tissu cellulaire et exhalant une odeur infecte. Le doigt porté vers la vessie rencontre un calcul de la grosseur d'une amande, blanc, très-dur et accompagné d'un second calcul beaucoup plus petit. On fait avec le thermocautère des ponctions multiples dans le scrotum. Il est impossible de faire passer une sonde par la partie antérieure du canal ; on en introduit une dans la vessie par la plaie et la partie postérieure de l'urèthre.

A la suite de cette opération, le malade resta très-affaibli pendant une huitaine de jours, la plaie répandant une odeur infecte due à l'élimination des parties sphacélées. Mais peu à peu, sous l'influence des lavages, cette odeur diminua, le scrotum et le pénis revinrent à leur état normal, sans que cependant l'état général éprouvât beaucoup d'amélioration. Ce n'est qu'au commencement de janvier que tous les accidents graves disparurent. Au moment de la sortie du malade, 30 janvier, la plaie périnéale est réduite à une fente par laquelle passe l'urine, et il peut quitter l'hôpital avec un appareil destiné à recueillir ce liquide qui s'écoule ainsi sans déterminer d'érythème. Nous avons revu ce malade deux mois après ; il était très-bien portant, et l'orifice fistuleux n'avait pas changé d'aspect.

Les deux observations qui précèdent sont remarquables surtout par la longue durée de l'évolution des calculs et par

(1) Fin. — Voir le numéro du 2 mai 1882.

leur mode de production. Nous voyons ici qu'un traumatisme très-léger, au point même que chez l'un de nos malades il n'a pas été suivi du moindre accident, peut déterminer la formation d'un calcul. Cette origine traumatique, bien que n'étant nullement discutée, se voit rarement, et il y a bien peu d'observations où elle soit établie avec certitude. Dans la statistique fournie par Louis, il n'y a qu'un calcul sur dix qui ait été causé par un coup au périnée; la proportion est donc loin d'être forte, et c'est à la taille ou aux fistules qu'appartient en général la formation de ces dépôts calculeux. A tout bien considérer, il n'y a pas une grande différence au point de vue de la pathogénie entre l'action du traumatisme et celle d'une fistule due par exemple à une infiltration d'urine : dans les deux cas, en effet, il y a production d'une fissure mettant en communication l'intérieur de l'urèthre avec les tissus ambiants. Alors deux choses peuvent se passer : ou bien le dépôt de concrétions calcaires se fait directement dans la cavité artificielle que crée l'urine en s'infiltrant dans le tissu cellulaire, ou bien le calcul prend naissance directement dans l'anfractuosité produite par la fissure à la surface de la muqueuse de l'urèthre, et en augmentant de volume refoule devant lui cette paroi qui lui forme une loge qui n'est en réalité qu'une dépendance de l'urèthre. Au dernier congrès international de médecine, le professeur Mazzoni, de Rome (1), a présenté l'observation d'un cas de ce genre, dans lequel la cavité qui renfermait le calcul était manifestement une dépendance de l'urèthre, ainsi que l'a montré l'examen histologique. Chez les deux malades qui nous occupent, il est impossible de savoir suivant quel mode les calculs se sont développés, car l'examen clinique ne peut donner que des renseignements très-imparfaits, et, tous les deux étant partis en bonne santé, l'étude anatomique nous a manqué.

Un second point remarquable de l'histoire de ces calculs, c'est la durée si longue de leur existence sans qu'aucun phénomène bien caractéristique soit venu révéler leur présence. Chez un de nos malades, le calcul a évolué en vingt-cinq ans, chez l'autre en quarante et quelques années. Dans les deux cas, le début s'est fait lentement sans aucun symptôme appréciable, et, plus tard, il ne s'est produit que quelques accidents réflexes, qui ne pouvaient en aucune façon faire poser le diagnostic de calcul périnéal. Cependant, chez l'un d'eux, il y a eu pendant de longues années des symptômes de cystite et de ténesme vésical, qui auraient peut-être pu mettre sur la voie de l'affection, étant donné l'absence de calculs vésicaux, si un médecin avait été appelé pour les constater. Du reste, cette existence latente des calculs périnéaux pendant un long espace de temps est loin d'être rare, et nous trouvons dans la thèse de Bourdillat des exemples où ils ne se sont manifestés que quarante et cinquante ans après le traumatisme qui avait été leur point de départ. Nous avons noté plus haut leur volume et leur poids ; celui qui pèse 40 grammes peut être rangé au nombre des plus volumineux qu'il soit donné d'observer dans cette région.

Dans la deuxième observation que nous rapportons, nous trouvons un exemple remarquable d'expulsion spontanée du calcul, ainsi que cela se produit quelquefois dans des cas semblables. Lorsque cette terminaison heureuse se produit, c'est presque toujours à la suite d'un abcès volumineux causé par la présence irritante du calcul qui agit comme un corps étranger et s'élimine par l'orifice fistuleux qui se forme. Malheureusement les choses ne se passent pas toujours aussi bien, et souvent les phénomènes généraux et locaux qui accompagnent le développement de l'abcès urineux sont si graves que les malades meurent s'ils ne sont pas rapidement secourus. Et même quand ils sont soumis alors à un traitement approprié, leur état s'est tellement aggravé que l'intervention chirurgicale constitue elle-même un danger véritable ou reste impuissante. C'est ce qui explique les nombreux cas de mort qui se produisent après l'ablation de ces calculs et les opérations qui sont tentées pour rétablir le cours normal de l'urine. Celui de nos malades chez lequel l'élimination s'était faite d'elle-même a eu une guérison rapide. L'autre, au contraire, dont l'abcès urineux avait pris une grande extension, et qui était débilité par son âge et par la longue durée de ses souffrances, a eu une convalescence difficile et a continué à perdre ses urines par l'orifice fistuleux.

(1) Congrès international de Londres, 1881, vol. II, p. 439.

DÉCOLORIMÉTRIE CHIMIQUE

(DOSAGE DE L'HÉMOGLOBINE TOTALE)

Par M. le Dr E. QUINQUAUD.

Cette méthode générale pour doser les matières colorantes doit subir des modifications de détail suivant la matière que l'on doit doser; aujourd'hui nous l'appliquons au dosage de l'hémoglobine totale du sang.

Le principe de la méthode repose sur la décoloration du sang par l'eau de chlore titrée; le point limite est une teinte gris-verdâtre ardoisée.

Pour faire le dosage, il suffit de connaître une fois pour toutes le volume d'eau de chlore titrée, qui décolore une quantité connue d'hémoglobine cristallisée pure, desséchée à 100°; c'est là une donnée fondamentale. La même eau de chlore sert à la décoloration d'un volume déterminé de sang; on connaît ainsi trois termes d'une équation, dont il est facile de déterminer le quatrième.

Manière d'opérer :

1° Le titrage de l'eau de chlore à faire à l'aide de la solution suivante :

Eau distillée...	250gr
Acide arsénieux..	6gr,187
Carbonate de soude..	3gr,312

On met 4 centimètres cubes de cette solution dans un verre à précipité, on y ajoute deux gouttes de carmin d'indigo, et on laisse tomber dans la solution l'eau de chlore de la burette de Mohr jusqu'à ce que le liquide soit décoloré.

2° *Détermination de la quantité d'hémoglobine qui correspond à une quantité donnée d'eau de chlore titrée.* — On prend une solution titrée d'hémoglobine cristallisée pure desséchée à 100°; on la décolore avec l'eau chlorée dont on connaît la valeur. En opérant ainsi on arrive à conclure que 5cc,5 d'une eau de chlore qui titre 10, décolore 0gr,085 d'hémoglobine; le chlore porte aussi son action sur diverses substances du sérum, mais le volume de chlore qui correspond à cette affinité est minime, puisque le dosage se fait avec 1 à 2 centimètres de sang, l'erreur n'est guère que de 0cc,2 à 0cc,3; d'ailleurs cette différence peut être rendue nulle.

Prenons un exemple : En titrant la solution arsenicale à l'aide de l'eau de chlore, d'après les principes formulés plus haut, on trouve que 4 centimètres cubes de la solution arsenicale exigent 11cc,3 d'eau de chlore pour la transformation en arséniate.

D'autre part, 1 centimètre cube de sang nécessite (2 centimètres ayant été décolorés) 11cc,1 d'eau de chlore pour arriver à la teinte limite; voilà les données du problème.

Calculons maintenant quelle serait la quantité d'eau de chlore qu'il faudrait si le titre était 10 au lieu de 11cc,3.

On aura :

$$\frac{11^{cc},3}{11^{cc},1} = \frac{10}{x} \text{ d'où } x = \frac{11^{cc},1 \times 10}{11^{cc},3} = 9^{cc},82$$

Mais nous avons appris par des recherches multipliées que $5^{cc},5$ d'eau de chlore au titre 10 correspondent à $0^{gr},085$ d'hémoglobine; on aura donc pour la quantité d'hémoglobine contenue dans 1 centimètre cube de sang

$$\frac{5^{cc},5}{0^{gr},085} = \frac{9^{cc},82}{x} \text{ d'ou } x = \frac{9^{cc},82}{5^{cc},5} \times 0^{gr},085 = 0,1517$$

ou 151,7 pour 1,000 grammes de sang; dans ce cas la méthode optique a donné 153 grammes.

Pour vérifier le procédé, nous avons fait un dosage comparatif du même sang par diverses méthodes; les nombres du tableau suivant expriment en grammes la quantité d'hémoglobine contenue dans 1,000 grammes de sang.

Tableau montrant la quantité d'hémoglobine contenue dans 1,000 gr. de sang, quantité évaluée à l'aide de méthodes différentes.

ESPÈCES ANIMALES.	AGE.	DÉCOLORIMÉTRIE.	MÉTHODE optique.	MÉTHODE directe.	MÉTHODE à l'hydrosulfite (*a*).
Bœuf.	6 ans.	120,6	122	115,1	116
Chien bouledogue. .	3 ans.	158	160	153,2	152
Chien d'arrêt. . . .	2 ans.	150,4	153	146	147
Truie grasse. . . .	4 ans 1/2.	119,3	121	113,6	114
Veau.	2 mois.	84,5	86	79	79,7
Poule.	3 ans.	73,8	75	69	70,2
Femme.	70 ans.	123,3	126	119	119,6

(*a*) QUINQUAUD (Académie des sciences, 1872).

La décolorimétrie, la méthode optique, donnent des nombres très-semblables; elles mesurent l'*hémoglobine totale;* ces chiffres obtenus par la méthode à l'hydrosulfite sont inférieurs, puisque le procédé apprécie seulement l'*hémoglobine active*.

En employant l'hydrosulfite et la décolorimétrie, nous avons démontré que certaines affections, la diphthérie, la variole hémorrhagique, certains toxiques, rendent inerte une partie de l'hémoglobine.

L'association des deux méthodes permettra donc aux physiologistes et aux pathologistes d'apprécier les divers états de l'hématocristalline.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 mai 1882. — Présidence de M. GAVARRET.

La correspondance ne renferme aucune pièce qu'il y ait lieu de mentionner.

COMMUNICATION

M. PARROT, à l'occasion du procès-verbal, donne des explications à l'Académie sur la situation actuelle du dépôt des Enfants-Assistés au point de vue hygiénique, sur les améliorations qui y ont été réalisées dans ces derniers temps, sur celles qui sont en voie d'accomplissement et celles qui ne sont encore qu'en projet.

M. Parrot déclare d'abord n'avoir rien à ajouter à ce qu'a dit M. Guéniot dans la dernière séance, concernant l'ophthalmie purulente et la nourricerie pour l'usage des enfants syphilitiques. Des mesures d'isolement sont prises pour la variole et la rougeole. Quant à la diphthérie, qui n'a fait que trop de victimes, il est vrai, dans ces derniers temps, et de glorieuses victimes, l'administration vient d'établir pour les enfants qui en sont atteints un pavillon spécial isolé, au milieu des jardins. Il sera affecté à ce service un personnel spécial, qui n'aura aucune communication avec le personnel des autres services. La visite sera faite en dernier lieu dans ce pavillon, afin que le chef de service et ses élèves n'aient plus à rentrer dans d'autres salles. Enfin on y dégagera d'une manière continue des vapeurs désinfectantes.

Pour la coqueluche, il n'y a pas encore de service séparé; cela sera fait.

M. Parrot a demandé aussi une sorte de lazaret, c'est-à-dire une salle spéciale où seront reçus d'abord les enfants venus du dehors, pour y être examinés et dirigés ensuite dans les divers services appropriés, suivant leur état. Il a demandé, en outre, des salles pour les convalescents, qui seront encore plus utiles que ce lazaret. Telles sont les améliorations qui sont en voie d'exécution ou qui le seront prochainement.

Après ces explications, M. Parrot répond à ce qui a été dit dans la dernière séance relativement aux admissions des enfants du dehors. Autorisé à faire une consultation pour les enfants des quartiers qui entourent l'hospice et à en accueillir quelques-uns pour le service de la clinique, il a la conviction, en agissant ainsi, d'avoir rendu des services à la population du quartier en même temps que d'avoir été utile à l'enseignement dont il est chargé. On a insinué que ces admissions d'un certain nombre d'enfants du dehors avaient dû être une cause de contamination et, par suite, d'augmentation de la mortalité dans la population de l'hospice. Il résulte des chiffres que cite M. Parrot que, depuis l'établissement de la clinique et de la consultation extérieure de cette maison, le petit nombre d'admissions du dehors n'a pu avoir aucune influence sensible sur l'accroissement des maladies contagieuses. D'ailleurs, il a donné à cet égard les instructions les plus rigoureuses pour qu'il ne soit admis à la consultation aucun sujet atteint de maladies contagieuses.

M. MARJOLIN réitère les instances qu'il a faites dans la précédente séance auprès de ses collègues et les adjure de nouveau d'agir, chacun dans les limites de leur influence et de leur pouvoir, auprès de l'administration pour lui faire comprendre la nécessité et l'urgence des mesures réclamées.

M. LE PRÉSIDENT annonce qu'il y aura un comité secret à la fin de la séance pour entendre le rapport de M. Le Fort sur les candidats aux places vacantes de correspondants nationaux.

Un comité secret aura lieu également à la fin de la séance prochaine pour entendre le rapport de M. Leroy de Méricourt sur les propositions relatives à la section des académiciens libres.

LECTURES

Grossesse extra-utérine. — **M. THOMAS CARAMAN** lit une observation relative à un cas de kyste fœtal provenant d'une grossesse extra-utérine remontant à cinq ans, opération au septième mois d'une grossesse nouvelle utérine. Guérison. (Renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Devilliers et Guéniot.)

Microzymas. — **M. BÉCHAMP** lit un travail intitulé : *Les microzymas sont-ils des organismes vivants?* Dans ce travail l'auteur expose sa théorie expérimentale de l'antisepticité. En résumé, dit-il, la philosophie a cherché avec Heiln, Buffon et O'Cken l'élément organisé ayant la vie en soi. Les molécules organiques de Buffon, dans le vague des conceptions de l'illustre naturaliste, n'ont pas satisfait les savants, parce qu'il leur faisait jouer un rôle que l'on pourrait qualifier d'extravagant. O'Cken les a reprises, sans plus de succès. La théorie cellulaire telle que l'ont conçue Küss et Virchow a été abandonnée parce que la cellule est un élément anatomique transitoire et parce qu'il n'a pas été démontré qu'une cellule procède nécessairement d'une cellule préexistante. Le microzyma est cette unité vitale autonome, agent doué d'activité chimique et histogénique : élément histogénique fondamental que l'on retrouve à l'origine et après la destruction de tout organisme. La théorie du blastème est la vraie, si, avec moi, on admet que le blastème est vivant par les microzymas qu'on y découvre toujours. C'est par là que la doctrine de M. Robin triomphe et satisfait à

tout. Nous pourrons encore dire, avec Küss et Virchow, que l'animal, tout être organisé, est une somme d'unités vitales ; mais ces unités ne sont pas représentées par la cellule, forme déjà d'une structure complète, pouvant, sans doute, se multiplier comme telle, constituer à elle seule un organisme : c'est le microzyma qui est la véritable unité vitale, car il sert à former la cellule vivante, aussi bien que les tissus non cellulaires ; car, à lui seul, isolé, il peut vivre, se multiplier et se suffire. C'est la présence constante de cet élément figuré et actif, partout où il y a vie, qui permet d'interpréter sans les détruire une foule de faits en apparence contraires de la théorie cellulaire et de la théorie des blastèmes.

A quatre heures trois quarts, l'Académie se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les membres du jury du concours pour la nomination à trois places de chirurgien du Bureau central, qui s'ouvre lundi prochain 8 mai 1882, sont : MM. Berger, Duplay, Gombault, Lannelongue, Le Dentu, Richet, Terrillon, Terrier et Tillaux.

— M. le professeur Gavarret, inspecteur général de l'ordre de la médecine, a visité les 29 et 30 avril la Faculté de médecine de Nancy. Il a parcouru tous les laboratoires, qu'il a trouvés bien installés et dont il a été particulièrement satisfait. M. Gavarret a aussi visité les constructions déjà avancées du nouvel hôpital, qui sera prochainement terminé.

— Nous apprenons avec regret la mort de M. Octave Guy, externe à l'hôpital Laennec, qui vient de succomber aux atteintes d'une fièvre typhoïde contractée dans son service, et de M. le docteur Villeneuve, professeur d'accouchement à l'École de médecine de Marseille et ancien chirurgien en chef de la Maternité de cette ville.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le professeur A. Fournier commencera, à l'hôpital Saint-Louis, son cours clinique des maladies cutanées et syphilitiques le vendredi 5 mai, et le continuera les mardis et vendredis suivants. — Vendredi, leçon à l'amphithéâtre (neuf heures et demie) ; mardi, leçon au lit des malades.

— M. le docteur Horteloup, chirurgien de l'hôpital du Midi, commencera des conférences cliniques sur les maladies vénériennes, le dimanche 7 mai, à neuf heures du matin, et les continuera les dimanches suivants, à la même heure.

— *Muséum.* — M. le professeur A. de Quatrefages commencera son cours d'anthropologie ou histoire naturelle de l'homme jeudi prochain 4 mai 1882, à trois heures, dans le grand amphithéâtre d'anatomie comparée, et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure. — Il commencera cette année l'examen des questions générales de l'anthropologie. Partant des études botaniques et zoologiques, il montrera ce que sont chez les animaux et les végétaux la *variété*, la *race* et l'*espèce*. Il exposera rapidement les principales hypothèses émises relativement à l'origine de ces dernières. Il fera à l'espèce humaine l'application des lois qui régissent tous les êtres organisés et vivants.

— M. le professeur Daubrée commencera son cours de géologie le samedi 6 mai 1882, à quatre heures et quart, dans l'amphithéâtre de la galerie de géologie, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Il traitera des faits fondamentaux de la géologie et particulièrement des conséquences de l'activité interne du globe, en ce qui concerne les roches métamorphiques, l'origine des terrains stratifiés et la formation du relief du sol. Il exposera aussi les traits généraux de la géologie de la France. En cas d'absence, le professeur sera remplacé par M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste, docteur ès sciences, à qui est confiée, comme d'habitude chaque année, la direction des excursions géologiques que nous annoncerons successivement.

— M. le professeur Baillon fera sa première herborisation le dimanche 7 mai 1882, dans les bois de Meudon. Le départ est fixé à onze heures, à la gare Montparnasse pour la station de Meudon.

— M. le professeur Hébert fera sa première excursion géologique, le dimanche 7 mai 1882, à Meudon. Le rendez-vous est à la gare Montparnasse, à sept heures trois quarts du matin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 12796.

62

Vin Defresne à la Peptone,
Admise première, après concours, dans les hôpitaux de Paris.
Seule récompensée dans la section française en 1878.

Dose: 1/2 verre à madère après le repas; 4 fr.
40gr viande assimilable;
0,45 lactophosphate de chaux organisé;
0,04 phosphate de fer hématique.

Ce nutriment agréable et reconstituant se prend après le repas, à la dose de deux cuillerées à bouche.

ÉLIXIR DEFRESNE à la PEPTONE, 5 fr.

PEPTONE DEFRESNE : contient le double de son poids de viande toute préparée pour l'absorption ; 4 p. 100 d'azote. — Dose : deux cuillerées à la fois dans du bouillon ou vin généreux. — 5 fr.
Inappétence, Convalescence, Maladies de poitrine, de l'Estomac et des Intestins.

DEFRESNE, auteur de la **Pancréatine**, Paris.

99

Institut orthopédique de Lyon
dirigé par le docteur PRAVAZ,
46, *route des Etroits.*

Traitement des *déviations de la taille, maladies osseuses et articulaires, torticolis, pieds-bots, paralysies infantiles,* etc.

Situation très-salubre, vaste gymnase, piscine, appareils pour l'application de l'électricité, etc.

82

Diathèse urique
Goutte, gravelle, rhumatisme, diabète, albuminurie, coliquesnéphrétiques, coliqes hépatiques.
CARBONATE DE LITHINE.
CITRATE DE LITHINE.
BENZOATE DE LITHINE.
SALICYLATE DE LITHINE.
BROMHYDRATE DE LITHINE.
Granulés effervescents de CH. LE PERDRIEL.

Les sels granulés effervescents étant très-solubles, la Lithine est sûrement assimilée.

Vingt ans de succès.

Paris, 9, rue Milton et dans toutes les pharm.

1

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.

Orezza, EAU MINÉRALE FERRUGINEUSE ACIDULE
la plus riche en fer et acide carbonique.
Cette **eau** n'a pas de rivale pour la guérison des
GASTRALGIES, FIÈVRES, CHLOROSE, ANÉMIE,
et toutes les maladies provenant de
L'APPAUVRISSEMENT DU SANG.

24

Vin du docteur Vivien
A L'EXTRAIT PUR DE FOIE DE MORUE
MÉDAILLES D'OR ET D'ARGENT.
MENTIONS HONORABLES A DIVERSES EXPOSITIONS.

L'Extrait de Foie de Morue possède, en plus grande quantité que l'huile, les mêmes principes actifs et médicamenteux.

Le **Vin du docteur Vivien,** a l'extrait de Foie de Morue, tonique par excellence, d'un goût et d'une saveur agréables, est employé avec succès dans toutes les maladies où l'huile est prescrite; il est spécial aux enfants, qui l'acceptent avec plaisir et sans aucun dégoût.

Le **Vin du docteur Vivien** est d'une efficacité bien supérieure à celle de l'huile. Une cuillerée de ce vin équivaut à plusieurs cuillerées de la meilleure huile.

Eviter avec soin les contrefaçons et falsifications.

Exiger, autour du goulot de chaque bouteille, la signature en deux couleurs.

Le docteur VIVIEN est l'inventeur du Vin d'Extrait de Foie de Morue.

Vente en gros : J. BATARD MORINEAU et Cie, droguistes, 50, boulevard de Strasbourg, 50, Paris.
Détail: Phie, 65, boulev. de Strabourg, Paris, et principales phies. — PRIX : 3 FR. 50 LA BOUTEILLE.

127

LA PLUS PURGATIVE DES EAUX MINÉRALES.

Pullna (Bohème). GRANDS PRIX : Philadelphie 1876, Paris 1878, Sidney 1879, Melbourne 1880, Londres 1881.—A. ULBRICH.

75

Préparations iodo-créosotées
et créosotées de B. BAIN : VIN, HUILE et CAPSULES. — Phie, 56, rue d'Anjou-St-Honoré.

38

Saint-Raphaël, Vin tannique,
prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

DOSE : Un petit verre après les principaux repas.

DÉPÔT: Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

76

Vin bi-digestif de Chassaing
A LA PEPSINE ET A LA DIASTASE.
(Rapport favorable de l'Académie de médecine de Paris, le 29 mars 1864.)

Le rôle que chacun de ces deux ferments joue dans l'acte de la digestion étant bien distinct, les médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la Pepsine, qui dissout et rend assimilables les aliments azotés, à la Diastase, dont l'action se porte sur les aliments féculents pour les transformer en glycose et les rendre ainsi propres à la nutrition.

Ils trouveront donc dans nos préparations un médicament capable à lui seul de dissoudre le bol alimentaire complet et le remède le plus rationnel pour combattre les affections des voies digestives.

Paris, 4, avenue Victoria.

134

Contrexéville
(SOURCE DU PAVILLON).
Contre la gravelle, la goutte et les maladies des voies urinaires.
ÉTABLISSEMENT OUVERT DU 15 MAI AU 15 SEPTEMBRE.

DÉPÔT CENTRAL : 29, rue de la Michodière, maison ADAM (Paris), où l'on trouve toutes les eaux minérales, et spécialement celles étrangères.

41

Rhumatismes. Guérison par la
Flanelle et la Ouate végétale du Pin sylvestre. REYNAUD, chemisier, rue de la Paix, 22, Paris.

111

Bain de Pennès, hygiénique,
RECONSTITUANT, STIMULANT.
Remplace **Bains alcalins, ferrugineux, sulfureux,** surtout les **bains de mer.**
Eviter contrefaçons en exigeant le timbre de l'Etat.
Gros : 2, r. de Latran. Détail: toutes pharm.

94

Salicol Dusaule (ACIDE SALICYLIQUE ET MÉTHYLÈNE).
Désinfectant, antiseptique, cicatrisant.

D'une odeur agréable, remplace avantageusement, pour tous les usages, le coaltar et le phénol. le flac.: 2 fr., 97, r. de Rennes, et les pharmacies.

87

Sirop de digitale de Labélonye
Ce Sirop, à la fois excellent sédatif et puissant diurétique, est employé depuis trente ans avec un succès constant par les médecins de tous les pays, contre: *Maladies du cœur,* diverses *Hydropysies, Bronchites nerveuses, Coqueluches, Asthmes* et *Catarrhes chroniques,* enfin dans tous les *troubles de la circulation.*

Le SIROP DE LABELONYE n'est vendu qu'en bouteilles revêtues d'étiquettes teintées et scellées par une bande portant la signature de l'inventeur, à Paris, 99, rue d'Aboukir, et se trouve dans toutes les pharmacies.

89

AFFECTIONS DES BRONCHES ET DE LA GORGE
Une petite mesure (12 centigr.) de
Sulfureux Pouillet
dans un verre d'eau donne de suite une Eau sulfureuse incolore et d'une conservation parfaite.
Fl. pr 10 litres d'eau. 2f,50
Fl. pour un bain. . 1 fr.
Donc, **économie** et **préparation** toujours **identique.**
Approuvé par l'Académie de médecine.
CLERMONT, 112, rue du Bac, Paris.

68

Capsules Thévenot au Goudron, le fl. 1f20; *id.* au Copahu, le fl. 3f; *id.* à l'Huile de foie de morue le flac. 2f; *id.* à la Rhubarbe, le flac. 2f. — Se trouvent dans toutes les pharmacies.

22

Epilepsie. Hystérie. Névroses.
Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

23

Le Thé diurétique de France
est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire ; apaise les douleurs des reins et de la vessie ; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

7

Les Dragées Carbonel
AU PERCHLORURE DE FER PUR.

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant quatre gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon: QUATRE francs. — Envoi franco par la poste.

Dépôt : à Avignon, pharmacie CARBONEL; à Paris, maison HUGOT.

15

EAU SULFURÉE, SODIQUE ET CALCIQUE.
Eaux-Bonnes (*Basses-Pyrénées*).
SAISON DU 15 MAI AU 15 OCTOBRE

Affections chroniques de la gorge, du larynx et des bronches; asthme, pleurésies chroniques. — Prévient la *phthisie pulmonaire* et peut souvent en arrêter les progrès. — Attendu sa *double sulfuration*, privilège qui lui est exclusif, cette eau se distingue, entre toutes, par la *profondeur* et la *durée* de ses effets curatifs.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

46

Hématosine *de TABOURIN et LEMAIRE*
FERRUGINEUX PHYSIOLOGIQUE ASSIMILABLE.

L'**Hématosine** est la matière organique la plus riche **en fer** et, **point capital**, **en fer assimilable.**

Elle n'est pas attaquée par le suc gastrique, qui conserve intactes toutes ses propriétés pour les aliments, et elle passe comme une matière inerte de l'estomac dans l'intestin. — Elle se dissout seulement dans l'intestin en présence des sucs alcalins, et elle y est rapidement absorbée. — Arrivée dans le torrent circulatoire, elle se fixe sur les globules sanguins, se transforme immédiatement en hémoglobine et enrichit toute la masse du sang.

Dépôt dans toutes les Pharmacies.

60

Podophyllin Delpech
contre la constipation habituelle.
Les PILULES DE PODOPHYLLIN-DELPECH sont prescrites par les médecins pour guérir cette affection pénible et tenace. — La boîte : 2 francs. — Pharmacie, 23, rue du Bac, Paris.

73

Vin de G. Seguin.
« C'est un puissant tonique; pris avant le » repas, il facilite la digestion. Il est très-utile » pour empêcher le retour des fièvres intermittentes sujettes à récidive. — BOUCHARDAT. »
Paris, pharm, G. SEGUIN, 378, r. Saint-Honoré.

N° 53. — SAMEDI 6 MAI 1882. 55e ANNÉE. SAMEDI 6 MAI 1882. — N° 53.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Érythème généralisé polymorphe.

Un malade entré dans le service de M. le professeur Hardy à la Charité, présentant un cas d'érythème généralisé papuleux ou polymorphe, a fourni à ce professeur l'occasion d'esquisser quelques considérations cliniques intéressantes sur cette affection, qui, autant par l'obscurité de son origine que par sa connexité étroite avec l'affection rhumatismale ou arthritique, prête encore à l'étude et à la discussion.

Un homme âgé de vingt-six ans, exerçant la profession de peintre en porcelaine, jouissant habituellement d'une bonne santé, a éprouvé dans ces derniers temps des douleurs musculaires se dissipant et revenant par intervalles. Il y avait une quinzaine de jours qu'il était malade, lorsque, dans la nuit du dimanche au lundi, il a vu survenir des taches sur diverses parties du corps, en même temps que ses douleurs musculaires augmentaient et que l'appétit diminuait. Voyant son malaise s'accroître, il se décida à entrer à l'hôpital. A son entrée, on constate l'existence sur les deux mains de taches exanthémateuses, un peu irrégulières, d'un rouge légèrement vineux, s'effaçant sous la pression des doigts pour reparaître aussitôt. Des taches semblables, arrondies, légèrement saillantes, existent aux genoux et sur les jambes ; ces dernières, surtout sur la jambe droite, sont un peu plus larges et plus saillantes, et douloureuses à la pression. Une tache beaucoup plus étendue existe au cou, dont elle envahit presque toute la partie postérieure ; elle résulte manifestement de l'agglomération et de la fusion de plusieurs taches, elle a une coloration vineuse très-prononcée. Sur quelques points on aperçoit quelques vésicules qui ont laissé des croûtes à leur suite. Comme symptômes concomitants, il n'y a guère autre chose à signaler que les douleurs musculaires, la vive sensibilité qu'éveille la pression sur les taches des jambes et une arthrite du genou avec un léger épanchement. Ces phénomènes s'accompagnent de perte d'appétit et d'un très-léger mouvement fébrile (38° de température et 80 pulsations).

En présence de cet état, M. Hardy n'a pas hésité à reconnaître un érythème généralisé, cette forme d'érythème que l'on a désigné, improprement suivant lui, sous le nom d'érythème papuleux et qui a été beaucoup plus justement désigné par Hébra sous le nom d'érythème polymorphe. Ce n'est pas, en effet, un érythème noueux, bien que quelques-unes des taches que l'on trouve sur cet homme, notamment celles des jambes, semblent présenter quelques-uns de ses caractères. Ce qui justifie surtout aux yeux de M. Hardy cette appellation d'érythème polymorphe, c'est précisément cette circonstance même de la diversité et de la variété d'aspect et de forme des taches que l'on trouve réunies chez cet homme et dont chacune semble rappeler le caractère de l'une des formes spéciales d'érythème admises par les auteurs.

Quels sont les caractères assignés par Hébra à l'érythème polymorphe ? C'est une maladie qui atteint plus particulièrement les sujets jeunes, entre douze et trente ans, plus souvent les hommes que les femmes ; qui se manifeste le plus habituellement au printemps, beaucoup plus rarement dans les autres saisons. Il s'agit ici, comme on le voit, d'un homme de vingt-six ans, et la saison où nous sommes est celle où se montre le plus ordinairement cette affection. Ses conditions étiologiques sont inconnues ; on en a attribué l'origine à des fatigues, à des excès. Ici il n'y a rien de semblable. On ne peut mettre en cause que des conditions atmosphériques qui nous échappent.

L'explosion de l'exanthème est ordinairement précédée d'une période prodromique. On a vu que ce malade éprouvait un malaise très-prononcé depuis une quinzaine de jours lorsque l'éruption s'est manifestée.

Le siège le plus habituel de cet exanthème est le dos des mains, les jambes, la face, le cou. C'est justement sur ces diverses parties qu'on l'observe chez cet homme.

Enfin l'éruption, au lieu d'avoir un caractère uniforme comme cela a lieu dans l'érythème papuleux proprement dit, consistant, comme on le sait, en une plaque pleine, à contours le plus souvent réguliers, faisant une saillie égale partout, présente, au contraire, des formes variées. Tantôt la tache est constituée par un cercle rouge saillant, avec une petite portion de peau saine au centre (érythème circiné ou annulaire) ; tantôt toute la surface de la tache rouge est pleine, mais avec un contour plus saillant que le centre (érythème marginé) ; d'autres fois les taches sont plus saillantes et ressemblent plutôt à un tubercule, dont elles ont la forme arrondie ou allongée, qu'à une tache exanthémati-

que (érythème tuberculeux). Quelquefois, enfin, on voit survenir au centre d'une tache une vésicule qui laisse ensuite, après sa dessiccation, une légère squame; ou bien des cercles de vésicules, qui, à des degrés divers de développement, donnent à la tache un aspect multicolore qui lui a fait donner le nom d'herpès *iris*. La plupart de ces variétés se trouvent réunies, comme on a pu le voir, chez ce malade.

Enfin les symptômes concomitants de l'exanthème sont des douleurs rhumatoïdes, arthrite et épanchement intra-articulaire, quelquefois affections viscérales, endocardite. Tels sont, encore, sauf ces derniers phénomènes, ceux que l'on constate chez ce malade.

C'est la concomitance de cet ordre de symptômes qui a fait dire par plusieurs dermatologistes éminents que le rhumatisme était dans ce cas l'affection principale, l'exanthème n'étant qu'un phénomène morbide accessoire, ce que l'on a exprimé par la désignation de péliose rhumatismale. Pour M. Hardy, c'est le contraire qui serait la vérité; l'érythème serait la maladie principale, et c'est le rhumatisme qui serait l'accessoire.

Cette affection, généralement légère, a une marche aiguë. On la voit disparaître souvent au bout d'un septénaire, elle finit par une desquamation qui se fait dans un espace de temps variable entre un et trois septénaires. Cependant elle ne finit pas toujours ainsi. Quelquefois il survient plusieurs poussées successives. Tel a été le cas d'une femme qui a été dans le service l'année dernière. Il est même des personnes qui sont sujettes à une éruption de ce genre tous les ans.

Le traitement est très-simple. Le plus souvent il suffit de laisser la maladie à sa marche naturelle pour la voir guérir spontanément, après qu'elle a parcouru son évolution régulière. Il y a cependant lieu de tenir compte des complications ou des phénomènes concomitants. Ainsi chez cet homme on a administré un vomitif pour combattre l'état gastrique, on a donné ensuite des boissons acidulées et de la tisane de chiendent nitrée. Comme traitement local, on s'est borné à saupoudrer les taches avec de la poudre d'amidon. On doit s'abstenir des bains, dans ce cas, dans la crainte des manifestations rhumatismales qu'un refroidissement pourrait provoquer ou accroître. Pendant la convalescence on doit observer toutes les précautions hygiéniques applicables à la convalescence des rhumatisants.

Ulcère sous-unguéal d'origine obscure ; guérison par le fer rouge.

Au n° 24 *bis* de la salle des hommes du service de clinique chirurgicale de la Charité, de M. le professeur Gosselin, se trouve un malade qui présente une petite affection, de peu d'importance en apparence, mais qui n'en a pas moins son intérêt pratique, d'autant plus qu'elle n'a pas encore été complètement décrite. Ce malade s'est présenté à l'hôpital, se plaignant d'une douleur au pouce droit; l'ongle, détaché à sa partie moyenne, forme une saillie au-dessus du niveau de la phalangette. Sous cet ongle décollé, on voit une petite ulcération. M. Gosselin a commencé par couper et enlever toute la portion d'ongle décollée, afin de mettre cette ulcération à nu. Cette petite opération préalable faite, on a pu mesurer exactement l'étendue de cette ulcération et en apprécier les caractères. Elle a de 6 à 7 millimètres de diamètre, ses bords sont taillés à pic. Interrogé sur l'origine de cette lésion, le malade la fait remonter à une violente contusion qu'il a eue sur ce doigt il y a un an. Cette étiologie a paru à M. Gosselin peu vraisemblable; une simple plaie contuse serait guérie d'elle-même depuis longtemps si elle n'avait été entretenue par une une autre cause inconnue. C'est cette cause qu'il s'agissait de rechercher. Sans doute on ne peut contester ici l'influence de la contusion sur la formation de cette plaie; mais les plaies contuses, même unguéales, guérissent habituellement d'elles-mêmes. Une plaie qui ne se cicatrise pas est un ulcère. C'était donc à une onyxis ulcéreuse rebelle, bien que d'origine traumatique, que l'on avait affaire dans ce cas-ci. Or le mot ulcère entraîne l'idée d'une double cause qui l'entretient, une cause locale et une cause générale. On voit bien ici la cause locale: c'est le contact et le frottement de l'ongle en partie mobilisé, agissant à la fois comme corps dur et comme obstacle aux moyens modificateurs propres à amener la cicatrisation; on peut bien y ajouter aussi l'absence probable des soins de propreté. Mais ces causes locales ne suffiraient pas pour entretenir indéfiniment la plaie dans le même état; on la voit guérir spontanément dans des circonstances semblables. Il fallait donc chercher ici quelle est la cause générale qui peut empêcher cette guérison de s'effectuer.

La première idée qui se présente à l'esprit est celle d'un chancre syphilitique, bien que le siége dût paraître quelque peu insolite. On remarquera qu'il ne s'agissait pas ici d'une onyxis latérale, mais d'un ulcère sous-unguéal, central. D'ailleurs un chancre ne persisterait pas ainsi à cet état pendant un an, et il se serait manifesté depuis des phénomènes consécutifs, des engorgements ganglionnaires du voisinage, dont on ne trouve ici aucune trace. L'ulcère sous-unguéal, chez cet homme, est solitaire. Enfin aucun commémoratif n'autorise à admettre ici une influence syphilitique.

On a invoqué comme cause générale dans des circonstances semblables la scrofule. Les auteurs contemporains ont décrit une onyxis scrofuleuse. Cette influence n'était pas plus admissible ici que celle de la syphilis, rien chez cet homme ne révélant la moindre manifestation d'un tempérament scrofuleux, et les onyxis scrofuleuses, pas plus que les onyxis syphilitiques, n'affectant guère d'habitude un pareil siége. La cause générale reste donc inconnue. Elle est encore à chercher, et c'est sous ce point de vue surtout, d'un état morbide indéterminé et d'une origine obscure, que ce fait nous a paru présenter de l'intérêt.

Après l'essai successif et sans succès de plusieurs agents modificateurs ou caustiques, M. Gosselin a fini par recourir à la cautérisation de l'ulcère par le fer rouge, qui a amené une guérison complète et définitive.

Épidémie de rougeole à l'hôpital de la marine de Rochefort; succès de mesures hygiéniques.

Depuis un grand nombre d'années, paraît-il, la garnison de Rochefort était frappée, à peu près chaque hiver, d'une épidémie de rougeole. Elle débutait chaque hiver au régiment d'infanterie de marine, au moment de l'arrivée annuelle des recrues, dans les premiers jours de décembre. Quelle que soit l'origine de la contagion, qu'elle soit importée par quelques-uns des jeunes gens nouveaux venus ou qu'elle sorte des planchers, des meubles, des matelas emmagasinés depuis l'année précédente, ou de ces deux circonstances, toujours est-il qu'on a pu suivre, du premier cas de rougeole

éclos, la propagation d'abord aux camarades de chambre du premier malade, puis aux chambres contiguës, dans le reste de la caserne, dans d'autres logements partagés avec d'autres corps de troupe et dans la ville enfin où elle débute par le quartier voisin de la caserne. Ces faits, qui ne sont que la confirmation de ce qui se voit partout, n'auraient, par eux-mêmes, qu'un intérêt médiocre si, dans la relation qu'en a faite tout récemment à la Société de médecine publique M. le docteur Bourru, professeur à l'École de médecine navale de Rochefort, nous ne trouvions à relever un succès éclatant d'un ensemble de mesures hygiéniques adoptées par cet habile médecin, dans des conditions d'une gravité exceptionnelle et où toutes les tentatives de la thérapeutique avaient échoué.

Lorsque M. le professeur Bourru fut appelé au service des fièvres éruptives (le 5 janvier 1880), 31 malades de rougeole étaient entrés, et sur ce nombre 4 étaient déjà morts et 3 autres succombaient dans les huit jours suivants. Quantité d'autres malades étaient gravement atteints, quelques-uns dans un état désespéré. Les uns, c'était le petit nombre, avaient la broncho-pneumonie morbilleuse. La plupart présentaient le tableau clinique d'un vrai typhus moins le cycle fébrile, développé pendant le cours de la rougeole : malaise, diarrhée, vomissements, épistaxis, bientôt suivis du dessèchement des muqueuses, de l'injection du visage et des conjonctives, de stupeur avec délire tranquille, insomnie, soubresaut des tendons. Jamais ni taches rosées lenticulaires, ni douleur iliaque ; absence de lésions intestinales dans les autopsies qui ont pu être faites.

Chez plusieurs de ces malades, les symptômes étaient légers, la fièvre ne durait que quelques jours. Mais peu de convalescents de rougeole échappaient à ces complications.

Le prédécesseur de M. Bourru dans le service avait épuisé toutes les ressources de la thérapeutique. Rebuté lui-même par ses insuccès, il demanda à l'hygiène ce que la thérapeutique semblait lui refuser. Voici le parti auquel il s'arrêta :

Dans chacune des deux salles dont il disposait, il ne laissa que 22 lits pour un maximum de 20 malades. A mesure que les malades entraient, au lieu de garnir lit par lit, en suivant l'ordre des numéros, il les fit disséminer de tous les côtés d'une salle d'abord, puis de la seconde dès qu'ils furent 10 ou 11 dans la première, soit 1 malade pour 2 lits. Plus tard, le plus possible, il maintint un lit vide entre deux malades, surtout à côté des plus gravement atteints. Chaque jour, il fit ouvrir les fenêtres à leur partie supérieure (à 6 mètres au-dessus du sol) entre huit heures du matin et cinq heures du soir, quand le temps était doux, de onze heures à quatre heures dans les jours plus froids. En même temps, le feu des poêles était poussé de manière à soutenir la température au-dessus de 12°. La salle, large de 12 mètres, était vide en son milieu, les lits rangés contre les murailles. Lorsqu'un malade commençait à présenter quelque symptôme typhique, on le faisait porter avec son lit au milieu de la salle, isolé de tous les autres, baignant dans l'air, entre les poêles, dans la zone sans cesse renouvelée par l'appel des foyers.

Le nombre des malades augmentant, M. Bourru obtint d'agrandir son service d'une baraque en bois reléguée dans une cour latérale. Il écoula dans cette baraque le trop-plein des salles, en choisissant toujours les hommes qui étaient dans l'état le plus inquiétant.

Voici quel fut le résultat. Dès les premiers jours, le changement fut saisissant. Les malades typhisés se réveillaient, revenaient à la vie et guérissaient tous. Il n'y eut plus, à dater de cette pratique hygiénique, un seul décès.

L'année suivante, chargé de nouveau du service, et, cette fois, dès le début de l'épidémie, M. Bourru renouvela cette manière d'agir ; il constata encore quelque tendance aux mêmes accidents ; mais les mêmes moyens coupèrent court aux mêmes complications et il ne perdit pas un seul malade. Voici les chiffres qui traduisent ce résultat comparé aux résultats des deux années précédentes :

Dans l'épidémie de décembre 1878 et janvier 1879 : 60 rougeoles ; 9 morts.

Dans l'épidémie de décembre 1879 et janvier 1880 : 51 rougeoles ; 7 morts.

Dans l'épidémie de décembre 1880 et janvier 1881 : 46 rougeoles ; 0 morts.

Or, la remarque a son importance, il s'agissait dans ces trois épidémies successives d'hommes de même âge, de même condition, de même état, venant du même lieu, soignés dans les mêmes salles, en un mot de tous points comparables ; l'épidémie avait les mêmes caractères, la même marche, et sévissait dans la même saison. Dans les deux premières années, la mortalité atteint 14 et 15 p. 100, dans la troisième elle est nulle.

HOPITAL NECKER. — M. Trélat.

Épithélioma du col de l'utérus.

Nous avons à opérer prochainement une femme de vingt-deux ans descendue du service de M. Blachez dans le nôtre pour un épithélioma du col de l'utérus, qui ne nous laisse aucun doute sur sa nature.

Elle n'a pas d'antécédents héréditaires, sa mère est bien portante. Jusqu'à l'époque de sa première grossesse, elle a toujours été très-bien réglée. Bien qu'âgée seulement de vingt-deux ans, elle a déjà eu trois enfants et a fait une fausse couche. Celle-ci date de six mois. Jusque dans ces derniers temps, elle jouissait d'une très-bonne santé.

Il y a trois ou quatre mois seulement qu'elle a commencé à ressentir quelques douleurs de matrice. Presque en même temps, elle a commencé aussi à éprouver des pertes utérines de quelque importance ; ces métrorrhagies continuent pour ainsi dire sans relâche aucune depuis cette époque, et persistent encore actuellement. Elles s'accompagnent de douleurs assez vives dans les lombes et dans le ventre. Enfin, cette malade a un peu maigri, son appétit tend à diminuer, elle est assez anxieuse de sa situation, les envies d'uriner sont fréquentes et les urines abondantes.

Lorsque l'on pratique le toucher, l'on sent dans le vagin une grosse tumeur en champignon, large, ouverte comme la corolle d'une fleur épanouie, dans laquelle le doigt pénètre de tous côtés et où l'on trouve au centre l'orifice du col de l'utérus. La tumeur paraît libre à la périphérie et le repli utéro-vaginal est sain. Cette sorte de champignon est fongueux, végétant, rosé ; il n'est pas fétide et semble offrir ainsi de bonnes conditions pour être opéré. Mais ce qui est moins favorable, c'est que le pourtour du col est volumineux, indiquant par là un néoplasme plus profond qu'il ne le paraît au premier abord, néoplasme que l'on ne peut circonscrire et qui pourrait bien remonter un peu haut dans l'utérus. Je ne le pense pas cependant, car les pertes ne sont pas extrê-

mement abondantes et les premiers accidents hémorrhagiques datent de trois mois et demi environ. Aussi, bien que je ne puisse pas l'affirmer, il ne me paraît pas que l'épithélioma dépasse le col de l'utérus, par ce fait qu'il n'existe encore aucune partie mortifiée ou gangrenée, et que l'écoulement de sang est peu considérable.

La première question que nous avons à nous poser, c'est de nous demander si, en présence d'un épithélioma aussi récent chez une malade aussi jeune, puisqu'elle n'a, je le répète, que vingt-deux ans, et qui jouissait ordinairement d'une bonne santé, nous devons abandonner la malade à elle-même. Ces trois conditions nous font répondre non, sans aucune hésitation, sachant surtout que l'épithélioma est une maladie à marche toujours rapide, si l'on n'intervient pas.

C'est ainsi que j'ai perdu dans ma clientèle, il y a cinq ou six jours, une malade atteinte d'un cancer de la cavité utérine, dont le début de l'affection remontait à une année seulement, et qui s'accompagnait de pertes considérables.

Notre malade ne devant pas, d'après le motif que je viens de faire valoir, être abandonnée à son sort, que devons-nous donc tenter pour la guérir?

Autrefois les chirurgiens préconisaient les cautérisations profondes avec le fer rouge, qui présentaient l'avantage de substituer une eschare à une ulcération, d'arrêter les hémorrhagies, de suspendre les douleurs et d'enrayer la marche de la maladie. Par contre, ces cautérisations avec le cautère actuel avaient l'inconvénient de développer une chaleur vive qui amenait parfois des accidents de péritonite suivis quelquefois aussi de mort. Elles étaient d'autant plus dangereuses, qu'aveuglé par la fumée qui se dégageait des parties brûlées, le chirurgien ne savait pas toujours jusqu'où il allait; il cautérisait ainsi un peu à l'aventure, ne pouvant suivre des yeux une destruction plus ou moins grande.

Les caustiques directs ont aussi été employés, mais leur application est délicate. Quelles que soient les précautions dont l'on s'entoure pour la pâte de Canquoin, par exemple, il arrive toujours un moment où celle-ci fond et se dissout, et le chlorure de zinc dissous coule sur les parties voisines. Sur la peau cela n'aurait pas un grand inconvénient, mais sur des surfaces dénudées, sur une muqueuse, le chlorure de zinc détermine une eschare superficielle plus ou moins étendue.

Je ne parlerai pas de l'ablation totale de l'utérus, opération datant de Récamier, qui le premier la pratiqua. Elle a été oubliée en France et c'est à l'étranger qu'elle a été reprise; actuellement elle est assez en honneur en Allemagne. Mais c'est une opération incertaine, qui n'a pas de manuel opératoire indiqué, et qui ne convient pas du tout dans les cas où, comme chez notre malade, le néoplasme paraît limité.

Chez une malade de trente-cinq ans, qui est revenue me voir dernièrement et dont l'épithélioma se trouvait dans les mêmes conditions que chez la jeune femme qui est le sujet de cette leçon, j'ai pratiqué l'ablation de la tumeur par l'anse coupante placée très-haut. J'ai obtenu une section parfaite du col, section sèche sans aucune hémorrhagie et dont l'eschare est tombée lentement. Il faut savoir, du reste, que, dans la méthode de l'anse coupante, la section a lieu sur le plan d'application du fil, sur un plan absolument uni, passant là où elle est placée. Donc, chez la femme que j'opérais l'année dernière je n'ai eu aucun accident, et, ayant reconnu dans un certain point au milieu de parties roses, bruyantes, souples, la présence d'un tissu blanc, résistant, j'y ai enfoncé une flèche de Canquoin en ayant soin de l'environner partout de tampons de coton. J'ai recommandé une immobilité parfaite, j'ai donné une potion au chloral. L'eschare est tombée très-rapidement, et derrière nous avons trouvé un tissu qui nous a paru en bon état. La malade est sortie de l'hôpital guérie. Six mois plus tard nous l'avons revue; l'utérus était parfaitement sain, il présentait un petit orifice qui remplaçait celui du col amputé par l'anse coupante, et la muqueuse vaginale était rétractée.

Chez la jeune femme qui est actuellement dans mes salles je tiendrai la même conduite; je placerai l'anse coupante aussi haut que possible sur le col, sans crainte de pénétrer dans la cavité péritonéale. Du reste, s'il m'arrivait de pénétrer dans le cul-de-sac péritonéal, l'expérience a suffisamment prouvé qu'il ne fallait pas s'en effrayer outre mesure, nombre d'observations démontrant que les malades en guérissent très-bien. On dit même en Allemagne, mais je suis loin d'aller jusque-là, qu'il est sans importance d'ouvrir les culs-de-sac péritonéaux.

Un certain nombre de chirurgiens préfèrent recourir à l'écraseur linéaire. Mais celui-ci fonctionne par pression mécanique, tandis que l'anse coupante agit, en serrant juste assez sur les parties où elle est appliquée, par une section lente et continue. La première exige donc une force considérable, tandis que la seconde n'a besoin que d'une pression légère. Par suite, la chaîne de l'écraseur repousse les tissus de l'utérus vers la racine de l'organe et sectionne beaucoup plus en avant qu'on ne le veut, tandis que l'anse coupante agit là où elle a été placée sans aucune déviation et par une section parfaitement plane.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 mai 1882. — Présidence de M. Léon Labbé.

DISCUSSION

Trachéotomie et laryngotomie intercricothyroïdienne. — **M. DESPRÈS.** Plusieurs de nos collègues ont soutenu dans la dernière séance que la laryngotomie intercricothyroïdienne était une opération très-supérieure à la trachéotomie. J'ai combattu cette opinion et défendu, avec des preuves à l'appui, la trachéotomie de nos pères. J'ai fait, dans les bulletins de la Société anatomique, des recherches qui me permettent de montrer que la laryngotomie intercricothyroïdienne est une opération infidèle, qui ne donne pas toujours des résultats semblables à ceux qui ont été publiés et qui peut être suivie d'accidents fort graves. On trouve, en effet, dans ces bulletins deux observations avec autopsies. La première, qui appartient à M. Gosselin, a trait à un malade qui était atteint d'un épithélioma du pharynx, chez lequel fut pratiquée cette opération et qui mourut huit jours après. L'autopsie montra que le cartilage cricoïde avait été fracturé par l'introduction de la canule. La seconde observation est celle d'un jeune homme de trente-deux ans chez lequel M. Verneuil pratiqua la laryngotomie intercricothyroïdienne; or notre collègue, dans ce cas, n'a pas pu passer la canule et a dû sectionner deux anneaux de la trachée. Le malade a succombé, et l'autopsie a montré que la pointe de la canule avait ulcéré le tronc brachio-céphalique. Si à côté de cela nous consultons les thèses de nos collègues d'internat Millard (1859) et Richelot (1856) sur la trachéotomie, nous voyons, dans la première, une statistique portant sur les enfants trachéotomisés à l'hôpital des Enfants d'après le procédé classique de Trousseau: sur 124 opérations, on compte 29 guérisons du croup et pas 1 seul insuccès opératoire. M. Millard écrit formellement, dans sa thèse, que la trachéotomie est une opération simple, facile, exempte de

dangers. Nous sommes donc bien loin du tableau terrible que nous en traçait M. Lannelongue dans la dernière séance. M. Richelot dit également dans sa thèse, en 1856, que la trachéotomie est une opération facile; il ajoute toutefois qu'elle peut être suivie d'accidents graves et même mortels; cependant il n'en cite pas un seul exemple et donne même un grand nombre de guérisons. Que diraient ces maîtres qui ont si bien posé les règles de la trachéotomie et nous ont enseigné à pratiquer cette opération, s'ils entendaient nos collègues déclarer à cette tribune que c'est une opération terrible, extrêmement difficile et très-souvent suivie d'accidents formidables? A force de vouloir faire du nouveau, on fait plus mal qu'autrefois, et il ne sera pas dit qu'à la Société de chirurgie il ne se soit pas trouvé un membre pour s'inscrire et protester contre cette chirurgie de la décadence.

M. VERNEUIL. J'ai moi-même rappelé, dans la dernière séance, le fait dont vient de parler M. Desprès; je n'ai donc point cherché à le céler pour ne parler que des résultats favorables de la laryngotomie intercricothyroïdienne. En outre, nous avons eu surtout en vue l'opération chez l'adulte, en faisant ressortir les avantages de la laryngotomie intercricothyroïdienne.

Un grand nombre de chirurgiens admettent en effet, avec nous, que la trachéotomie est une opération difficile chez l'adulte. Si l'on consulte les statistiques relatives à la trachéotomie dans les cas de cancers, on voit que la mortalité y est très-considérable. Avant de condamner une opération, il faudrait l'avoir faite ou tout au moins l'avoir vu faire, et c'est là bien plutôt le fait d'une chirurgie de décadence, de nier les avantages d'une opération qu'on ne connaît pas.

M. DESPRÈS. Je n'ai pas accusé M. Verneuil d'avoir célé un insuccès; j'ai voulu seulement montrer que, dans ce cas, la canule avait déterminé une ulcération de la trachée; or je défie qu'on me montre un cas semblable dans l'histoire de la trachéotomie. J'ai pratiqué 56 trachéotomies, 14 étant interne à l'hôpital des Enfants, 1 à Cochin pour un cas de croup qui a guéri, et le reste en ville avec des confrères dont je puis citer les noms. Or, j'en appelle à ces confrères, je n'ai jamais eu d'accidents opératoires, et j'ai toujours eu recours au procédé ancien, au procédé que m'ont enseigné mes maîtres. Ce que j'appelle la chirurgie de la décadence, c'est celle qui retourne à des opérations justement abandonnées, à la chirurgie de Vicq-d'Azyr, qui était arrivé par la protection des souverains à une situation dont il n'était pas digne. La trachéotomie, telle que nous l'a enseignée Trousseau, est une des opérations les mieux réglées de la chirurgie et doit être préférée à toutes les autres opérations, à celle de Vicq-d'Azyr aussi bien qu'à la trachéotomie en deux temps de M. Bourdillat.

M. FARABEUF fait observer que, dans le fait de M. Gosselin, le malade a succombé au cancer dont il était atteint et non à sa canule ni à la trachéotomie. Il est vrai que le cricoïde était brisé, mais est-ce là un si grand inconvénient de la laryngotomie intercricothyroïdienne ?

RAPPORTS

M. FARABEUF fait un rapport sur une observation de M. Schwartz relative à une hernie inguinale vaginale testiculaire étranglée. Il s'agissait d'un homme qui portait depuis vingt-six ans deux hernies inguinales facilement réductibles; l'une d'elle, celle du côté droit, devint irréductible; pendant quarante-huit heures, le taxis plusieurs fois pratiqué ne servit qu'à démontrer l'irréductibilité de la hernie; M. Schwartz pratiqua la kélotomie. Après avoir fait l'incision, la hernie restait irréductible; il dut tirer le sac herniaire au dehors et put s'assurer alors de la présence d'un anneau libre qui étranglait l'anse intestinale herniée.

M. Schwartz coupa cet anneau entre deux pinces, et dès lors la hernie put être facilement réduite. M. Farabeuf rapproche de ce fait deux cas analogues, l'un de M. Laugier, l'autre de M. Gosselin.

Fistules ano-vulvaires. — M. TILLAUX. Notre collègue M. Verneuil a mis à l'ordre du jour de la Société la question du traitement chirurgical des fistules recto-vulvaires. Il a montré les difficultés désespérantes qu'on rencontre dans ce traitement. M. Trélat a conclu comme lui que la cure de ces fistules était extrêmement difficile. Je viens à mon tour donner les résultats de mon expérience sur ce sujet. J'ai été, comme mes collègues, frappé des difficultés de guérir ces fistules; il est vraiment humiliant pour un chirurgien de subir des échecs aussi fréquents dans le traitement de ces fistulettes.

En 1859, alors que j'étais interne à Cochin, Dolbeau, qui suppléait M. Gosselin, reçut une jeune femme qui portait une fistule de ce genre. M. Dolbeau pensa à transformer cette fistule recto-vulvaire en fistule complète et à faire plus tard la périnéorrhaphie.

La malade a en effet subi cette opération, mais avec son périnée elle a retrouvé sa fistule. Elle s'est mariée depuis, et j'ai su que cette fistule ano-vulvaire avait passé inaperçue.

Chez une seconde malade, j'ai suivi la même conduite, et il est encore resté une petite fistule. Une troisième malade se trouvait dans les mêmes conditions; je lui ai refait le périnée, mais il est demeuré une petite fistule opérée deux fois sans succès. La quatrième malade est une jeune femme qui vint, il y a deux ans, de Saint-Pétersbourg. Elle fut opérée trois fois sans succès en Russie. Elle vint en France réclamer une quatrième opération. Je l'opérai, en faisant un large avivement, en prenant les plus grandes précautions pour la suture. Je fis faire une pince analogue à la pince de Desmares pour le chalazion; je pinçai, entre ses deux branches, la muqueuse recto-vaginale, de telle façon que la fistule opérée se trouvât ainsi maintenue et protégée contre le passage des gaz par une petite baudruche recouvrant l'une des branches de la pince. J'introduisis en outre une sonde à demeure dans le rectum. Cette sonde ne put être supportée, mais la pince le fut assez bien, et la malade a très-bien guéri.

Enfin la cinquième observation a trait à une autre espèce de fistules consécutives à un abcès développé dans l'intérieur de la cloison recto-vaginale. Ces fistules guérissent plus facilement que les autres; celle-ci fut en effet guérie par une seule application du galvanocautère.

M. TRÉLAT a récemment opéré une jeune femme également atteinte de fistule recto-vulvaire par le procédé qu'il a décrit dans l'une des dernières séances. Il croit pouvoir déclarer dès à présent que cette jeune femme est guérie. La dénomination de fistule recto-vulvaire choisie par M. Verneuil ne lui paraît pas exacte; selon M. Trélat, ces fistules sont au premier chef des fistules recto-vaginales. Il faut réserver le nom de recto-vulvaires à ces fistules développées à la suite d'un abcès dans l'intérieur de la cloison ou à certaines fistules congénitales ou ectopies rectales.

Une discussion s'engage entre MM. Verneuil et Trélat sur les différences qui séparent ces diverses variétés de fistules et sur leur étiologie.

M. MONOD a dans son service une malade qui présente une fistule immédiatement rétro-vulvaire, consécutive à un abcès; l'orifice vulvaire de cette fistule est placé très-bas, tandis que l'orifice rectal se trouve assez haut. M. Monod demande à ses collègues quelle est la meilleure conduite à suivre dans ce cas.

M. LE DENTU a opéré une fistule recto-vulvaire consécutive à un accouchement; il a fait un large avivement, a tout enlevé et a fait une périnéorrhaphie complète; il a fait deux plans de suture et a pris les plus grandes précautions pour obtenir une réunion complète. Il n'a obtenu qu'une réparation partielle; la fistule s'est reproduite. Vu l'état de faiblesse de la malade, M. Le Dentu n'a pas voulu tenter une seconde opération.

M. GUÉNIOT n'a jamais vu de rupture partielle du périnée avec une ouverture dans la cloison telle que l'a décrite M. Trélat. On sait que le triangle périnéal disparaît pendant l'accouchement. On peut avoir une déchirure du vagin sans rupture du périnée; mais la muqueuse du rectum ne se déchire pas pendant l'accouchement.

M. LABBÉ cite un cas où il a obtenu la guérison en pratiquant une périnéorrhaphie complète. Il croit que, dans les cas où ces fistules sont si difficiles à fermer, il y a tout avantage à pratiquer la périnéorrhaphie qui peut donner des succès.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 28 avril 1882. — Présidence de M. Dujardin-Beaumetz.

COMMUNICATIONS

Alimentation artificielle. — **M. DEBOVE** met sous les yeux de la Société les échantillons de poudres de viandes et de lentilles dont il a été question dans la dernière séance.

M. GUYOT fait observer que cette poudre ne ressemble en rien à ce que donne sous ce nom l'administration de l'Assistance publique, et que des malades n'ont pu tolérer. Elle est beaucoup plus agréable au goût.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ dit que le foie fait une très-bonne poudre. Mais ce n'est pas du foie de bœuf qui est fourni à l'Assistance. Les résultats obtenus sont d'ailleurs très-satisfaisants.

M. MILLARD se déclare très-satisfait des résultats qu'il a pu lui-même constater dans le service de M. Debove. Il a été frappé de la facilité d'exécution de cette méthode. Il a vu des malades en voie de guérison et chez lesquels avaient été constatés des signes manifestes de tuberculisation. Aussi M. Millard est-il disposé à tout faire pour vulgariser cette méthode et appeler sur elle l'attention de l'administration de l'Assistance publique.

Appareils. — **M. DESNOS**, au nom de M. Révilliod, présente un appareil siphon pour les pleurésies purulentes ; c'est une heureuse modification de celui de Potain. Mais ni l'un ni l'autre ne suffisent, pas plus que le drain de Chassaignac, lorsqu'il existe de nombreuses fausses membranes.

Impaludisme. — **M. LAVERAN** donne lecture d'un travail intitulé : « De la nature parasitaire de l'impaludisme. »

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1882.

140. M. Greffier. Etude sur l'épilepsie partielle. — 141. M. Rovillain. Contribution à l'étude des vices et conformations de l'anus et du rectum, leur traitement et le procédé opératoire de M. le professeur Rizzoli dans l'anus vulvaire. — 142. M. Lacot y Martinez. Manifestations rhumatismales du tube digestif. — 143. M. Desnos. Étude sur la lithotritie à séances prolongées. — 144. M. Montaigut. Contribution à l'étude de l'épistaxis des varices nasales. — 145. M. Rousseau. Essai sur la péricardite tuberculeuse. — 146. M. Charron. La rectotomie linéaire palliative dans le traitement du cancer du rectum. — 147. M. Gauron. De l'emploi des liquides pour franchir les rétrécissements de l'urèthre. — 148. M. Benard. Contribution à l'étude du goître exophthalmique; pathogénie ; traitement. — 149. M. Clément. Quelques considérations sur les arthrites consécutives aux affections osseuses inflammatoires spontanées et traumatiques.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le professeur Béclard, doyen de la Faculté de médecine de Paris, ayant découvert dans de vieilles armoires un certain nombre de portraits lithographiés d'anciens professeurs de la Faculté, a eu l'heureuse idée de les exposer dans le salon d'attente qui précède son cabinet. Cette petite galerie, qui comprend déjà 43 portraits, sera certainement complétée avant peu par les acquisitions que M. le professeur Béclard a l'intention de faire. De plus quelques photographies des professeurs actuels font déjà suite à cette première série et constitueront bientôt une collection non moins intéressante que la première.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les deux premières épreuves du concours pour la nomination à deux places de prosecteur se sont terminées par l'admissibilité, aux épreuves suivantes, de MM. Barette, Castex, Leclerc, Michaud, Poirrier, Pousson, Ramonède, Routier et Verchère, que nous classons par ordre alphabétique.

L'épreuve écrite avait eu pour sujets : 1° Synoviales articulaires et tendineuses ; 2° des fonctions de ces synoviales ; 3° fongosités des synoviales articulaires et tendineuses.

Pour l'épreuve qui consiste dans la préparation de pièces sèches, le sujet donné est : Le pli de l'aine

— MM. les étudiants qui auront subi avec succès l'épreuve pratique, soit de dissection, soit de médecine opératoire (premier et deuxième examens de doctorat ancien régime, deuxième et troisième examens de doctorat nouveau régime), sont priés de vouloir bien désormais réclamer au concierge de la Faculté, *le jour même de l'épreuve, à partir de cinq heures*, leur lettre de convocation pour l'examen oral qui a ordinairement lieu le lendemain ou les jours suivants.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. le docteur Zurgard est institué chef de clinique obstétricale en remplacement de M. Gorez, démissionnaire.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Devic est chargé des fonctions d'aide d'anatomie en remplacement de M. Larmaraud, démissionnaire.

M. Raymond est chargé des fonctions d'aide d'anatomie en remplacement de M. Laguaite, nommé prosecteur.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — Le concours pour la place de chef de clinique chirurgical s'ouvrira à la Faculté de médecine, le jeudi 6 juillet 1882, à huit heures du matin.

Les épreuves consisteront: 1° en une composition écrite sur un sujet de pathologie externe, avec les considérations d'anatomie et de physiologie qui s'y rapportent; cinq heures sont accordées pour cette rédaction; 2° en épreuves cliniques: examen de deux malades (quinze minutes seront accordées pour l'examen de chaque malade); leçon orale, d'une demi-heure au plus, sur les deux malades examinés, après un quart d'heure de préparation; 3° en une épreuve pratique de médecine opératoire et de déligation.

Le concours pour la place de chef de clinique obstétricale s'ouvrira à la Faculté, le mercredi 12 juillet 1882, à huit heures du matin.

Les épreuves consisteront: 1° en une composition écrite sur un sujet de pathologie externe, avec les considérations d'anatomie et de physiologie qui s'y rapportent; cinq heures sont accordées pour cette rédaction ; 2° en épreuves cliniques: examen de deux malades (quinze minutes sont accordées pour l'examen de chaque malade): leçon orale, d'une demi-heure au plus, sur les deux malades examinés, après un quart d'heure de préparation ; 3° en une épreuve pratique de médecine opératoire obstétricale ou gynécologique.

Sont admis à concourir les docteurs en médecine français, non pourvus du titre d'agrégé, et les étudiants ayant subi les cinq premiers examens de doctorat.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine trois jours avant l'ouverture de chaque concours. Ils auront à produire un acte de naissance dûment légalisé, le diplôme de docteur en médecine ou un certificat constatant qu'ils ont soutenu les cinq examens pour le doctorat.

— M. le docteur Pereton, membre du Conseil général de l'Allier, vient de recevoir une médaille d'honneur (argent, deuxième classe). Notre honoré confrère, qui avait précédemment accompli plusieurs actes de courage et de dévouement, a été grièvement blessé, à Commentry, le 16 juin 1879, en arrêtant un cheval emporté attelé à une voiture dans laquelle se trouvaient deux personnes.

— La Société médico-psychologique n'a point décerné cette année le prix Aubanel, mais elle a accordé à titre d'encouragement une somme de 600 francs aux auteurs des trois meilleurs mémoi-

res qui lui avaient été adressés : MM. les docteurs Azam, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux, Régis, chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris, et Marcel Briand. — Elle a décerné aussi le prix Esquirol à M. Paul Gérente, interne des asiles publics d'aliénés du département de la Seine.

— Les médecins qui veulent concourir pour le prix Middlemore sont informés que les mémoires doivent être adressés, au plus tard et sous les formes académiques, le 31 mai prochain, au secrétariat général de la British medical Association, 161A. Strand, London.

Le montant du prix est de 50 livres sterling. Le sujet à traiter : « Valeur scientifique et pratique des découvertes en médecine et chirurgie ophthalmologiques faites ou publiées dans ces trois dernières années.

— Nous recevons le premier numéro d'un nouveau journal, *la Jeune Revue*, scientifique et littéraire. Nous souhaitons la bienvenue à ce journal de vulgarisation et d'éducation, qui paraît tous les samedis chez M. Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères.

— M. le professeur Léon Le Fort, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, commencera ses conférences de clinique le mercredi 10 mai, à neuf heures. — Le mercredi, leçon à l'amphithéâtre des opérations. Les lundis et vendredis, exercices cliniques dans les salles.

— M. le docteur E. Ménière commencera son cours public d'otologie le vendredi 12 mai 1882, à midi, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, et le continuera les mardis et vendredis suivants, à la même heure.

— M. le docteur Apostoli a commencé un cours sur les applications médicales, chirurgicales et obstétricales de l'électricité aujourd'hui vendredi 5 mai, à deux heures, amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, pour le continuer les lundis et vendredis suivants, à la même heure.

— M. le professeur Bureau fera sa prochaine herborisation dans les bois de Fosse-Repose le dimanche 7 mai 1882. Le rendez-vous est à la gare de Versailles à l'arrivée du train qui part de Paris (gare Saint-Lazare) à onze heures du matin.

— M. le professeur Chatin fera sa prochaine herborisation le dimanche 7 mai 1882, dans la forêt de Saint-Germain. Le rendez-vous est à la gare Saint-Lazare, à onze heures du matin, pour le train partant de Paris à onze heures et demie pour la station de Saint-Germain-en-Laye.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Annuaire de thérapeutique, de matière médicale, de pharmacie et d'hygiène pour 1882, contenant le résumé des travaux thérapeutiques et hygiéniques publié en 1881 et les formules des médicaments nouveaux, suivi d'un mémoire sur la préservation des maladies contagieuses, par A. Bouchardat, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris et membre de l'Académie de médecine, et par J. Bouchardat, médecin-major. 42e année. 1 vol. in-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Germer Baillière et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 12806.

N° 54. — MARDI 9 MAI 1882. 55e ANNÉE. MARDI 9 MAI 1882. — N° 54.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

L'aphasie et les aphasiques (1).

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE. CLINIQUE. ÉTAT MENTAL. MÉDECINE LÉGALE.

VI

L'aphasie peut se montrer : 1° dans les maladies organiques du cerveau (hémorrhagies, ramollissements, tumeurs, etc.) ; 2° à la suite des lésions traumatiques de l'encéphale ; 3° dans le cours de certaines maladies nerveuses ; 4° de quelques maladies générales, fébriles ou non.

Les *maladies organiques* du cerveau en sont les causes productrices habituelles, et parmi celles-là le *ramollissement* embolique ou plus fréquemment par thrombose tient le premier rang. Je n'y insiste pas pour l'heure, car j'aurai à y revenir dans la prochaine leçon. Je vous rappellerai seulement que l'*embolie* est la cause habituelle des ramollissements observés chez les gens encore jeunes, atteints par exemple de rhumatisme cardiaque ; qu'au contraire le ramollissement des vieillards est le plus communément le résultat de la thrombose, suite elle-même de l'athérome.

L'*hémorrhagie cérébrale* détermine rarement l'aphasie. M. Charcot n'a pu réunir que cinq cas de cet ordre. Vous saisirez facilement la raison du fait, si vous vous rappelez que l'hémorrhagie détruit habituellement les parties centrales du cerveau, les noyaux gris, mais qu'elle atteint rarement, au contraire, la substance grise.

Les *méningites*, la *méningite tuberculeuse* notamment, l'encéphalite, s'accompagnent quelquefois aussi d'aphasie. Et ce symptôme peut être l'une des manifestations précoces ou tardives de la *paralysie générale*.

L'aphasie est rarement symptomatique de la présence d'une tumeur (gliome, tubercule, gomme, anévrysme). MM. Ball et Krishaber l'ont notée vingt-quatre fois seulement sur quatre-vingt-cinq observations. On se rend compte assez aisément du peu de fréquence de l'aphasie dans les cas de tumeurs, en se rappelant que celles-ci compriment et refoulent, plutôt qu'elles ne détruisent la substance cérébrale.

Toutes les lésions organiques dont je viens de parler ne sont que des manifestations locales d'une maladie générale (dyscrasie, dystrophie, infection). C'est ainsi que les ramollissements et les hémorrhagies sont sous la dépendance, vous le savez, d'une altération plus ou moins diffuse et généralisée du système artériel (périartérite et endartérite qui amènent l'athérome et les anévrysmes miliaires). Mais, parmi ces maladies générales qui interviennent pour déterminer ces processus locaux dont l'aphasie peut constituer l'un des symptômes, il n'en est pas qui produise plus fréquemment l'aphasie que la *syphilis*. Cette redoutable affection agit d'ailleurs d'après plusieurs mécanismes. Le sujet est important et vaut la peine que j'entre ici dans quelques détails. La syphilis, vous le savez, se traduit vers l'encéphale par des lésions variées, qui peuvent affecter les méninges (sclérose méningée, gomme méningée), les vaisseaux (artério-sclérose, bien décrite par Heubner), et le parenchyme nerveux (encéphalite scléreuse, gomme cérébrale). Toutes ces lésions ont une remarquable tendance, — c'est un fait sur lequel la plupart des auteurs, et M. Fournier entre autres, ont justement insisté, — à se localiser d'une part à la périphérie, c'est-à-dire dans le voisinage et au niveau des couches corticales, d'autre part, vers les régions antérieures, c'est-à-dire frontales, du cerveau. Pour cette double raison, vous concevrez qu'elles soient susceptibles de déterminer l'aphasie. Mais le plus fréquemment elles produisent ce symptôme par un mécanisme en quelque sorte détourné. Il est rare, par exemple, que l'aphasie soit la conséquence de la présence d'une gomme au niveau de la troisième frontale ; mais cette gomme, de même que les autres altérations que je viens de vous signaler, détermine assez souvent des oblitérations artérielles, qui ont elles-mêmes pour conséquence la production de foyers de ramollissement. C'est alors le ramollissement qui est la cause immédiate de l'aphasie. Les lésions spécifiques en constituent les conditions productrices éloignées. La syphilis, vous le voyez, tient une large place dans l'histoire des aphasies, particulièrement des aphasies des jeunes gens et des adultes ; il ne faut pas l'oublier.

Les *lésions traumatiques* du crâne s'accompagnent aussi de troubles de la faculté du langage, transitoires ou durables ; soit qu'une esquille, en pénétrant dans la substance cérébrale, ait détruit certains territoires, soit que la simple contusion

(1) Suite. — Voir le numéro du 4 mai 1882.

ou même la commotion ait momentanément mis obstacle au fonctionnement régulier de ces territoires, soit enfin que le traumatisme ait été la cause occasionnelle d'une encéphalite ou d'une méningite consécutive. Bouillaud a cité un certain nombre de ces cas. Rosenstein (1) en a rapporté un très-curieux, qui avait toute la valeur d'une expérience : à la suite d'une blessure de tête, le malade était devenu aphasisique, sans être paralysé ; l'autopsie montra qu'il existait, au niveau de la troisième circonvolution frontale, un petit épanchement sanguin du volume d'une noisette.

Dans le cours des *névroses* on peut observer des aphasies transitoires. On a considéré comme des faits d'aphasie diverses variétés de perte de la parole qui surviennent à la suite d'émotions vives, d'attaques convulsives, dans la catalepsie ou l'extase. Il est assez difficile de dire s'il s'agit là d'aphasie à proprement parler. L'*aphasie hystérique* est un phénomène rare, mais néanmoins positif. Divers auteurs, Bateman entre autres, en ont rapporté des exemples. Nous avons eu, nous-même, l'occasion d'en observer trois cas. Mais il faut avoir bien soin de ne pas confondre avec l'aphasie vraie les troubles du langage qui dépendent, chez les hystériques, tantôt d'une paralysie ou d'une contracture de la langue, tantôt d'un mutisme voulu par les malades.

Quant à l'*aphasie épileptique*, son existence paraît bien établie. M. J. Falret (2) en a rapporté plusieurs cas empruntés à F. Winslow et à divers auteurs. M. Moreau, de Tours (3), en a également publié un exemple très-intéressant. Le malade dont il s'agit, et que ce médecin a pendant longtemps observé à Bicêtre, était capable de prononcer les mots spontanément, mais il ne pouvait articuler volontairement ces mots dès qu'on lui demandait de le faire.

L'aphasie a été signalée dans le cours des attaques de *migraine*. Liveing (4) en a rapporté plusieurs exemples, et récemment M. Féré (5) en a cité quelques cas observés par M. Charcot.

Enfin on a vu l'aphasie se montrer comme épiphénomène de certaines névralgies faciales. Mais, comme l'a fait remarquer M. Raynaud (*Soc. méd. des hôpitaux*, 1867), il est probable que, dans ces cas, les névralgies sont elles-mêmes la manifestation d'altérations cérébrales, dont l'existence explique l'apparition de l'aphasie.

A la suite ou dans le cours d'un certain nombre de maladies générales fébriles ou non, on peut observer des troubles de la faculté du langage. Ces troubles ont été vus assez souvent à la suite de la *fièvre typhoïde*, et ils peuvent s'expliquer alors par les défaillances de la mémoire qui se montrent si fréquemment la conséquence du délire intense et continu. Le malade oublie alors les mots comme il oublie les idées. M. Legroux (6) a rappelé le cas d'un étudiant en médecine, observé par M. Lasègue, qui fut d'abord complètement aphasique au sortir de la fièvre, et qui ne récupéra son vocabulaire parlé qu'au bout de plusieurs mois. Depuis lors il s'est écoulé dix ans, dit M. Legroux, et ce jeune homme ne peut se rappeler qu'avec peine les substantifs techniques.

MM. Charcot, Hanot et Brouardel ont observé l'aphasie dans la *variole*, soit au début de la maladie, soit à la fin de la période de suppuration.

Boisseau l'aurait vue dans le cours de certains accès de *fièvre intermittente*. Enfin on l'a signalée dans le diabète, l'intoxication saturnine, l'alcoolisme, la goutte.

Il faut soigneusement distinguer, au milieu de cette étiologie variée, les cas d'aphasie plus ou moins transitoires qui tiennent à l'altération du sang et à un vice momentané de la nutrition et du fonctionnement cérébral, de ceux qui sont amenés par une lésion grave et banale comme un foyer de ramollissement, lequel peut reconnaître pour cause productrice éloignée, on le sait, une maladie générale comme le rhumatisme ou l'intoxication alcoolique.

Je terminerai cette longue énumération en vous signalant, en dernier lieu, certaines *aphasies toxiques* telles que celles observées dans l'intoxication par le datura (Paget Black), la belladone et la jusquiame, par le venin de certains serpents (Rufz et Van des Kolk). Il est bien difficile d'affirmer que dans ces diverses circonstances il se soit agi d'aphasies vraies.

Vous comprendrez aisément, en vous rappelant les circonstances variées dans lesquelles peut s'observer l'aphasie, que la *marche* et l'évolution de ce symptôme soient très-différentes suivant les cas. (N'oubliez pas, je vous prie, que j'envisage ici l'aphasie en elle-même, indépendamment des symptômes qui l'accompagnent et la compliquent.) L'aphasie en effet suit une évolution parallèle à celle de la lésion qui la détermine : si cette lésion est passagère, l'aphasie elle-même sera transitoire, comme dans la migraine par exemple; si elle dépend d'un de ces troubles *névrolytiques* qui n'entraînent pas à leur suite d'altération irrémédiable, mais peuvent s'établir en permanence durant un temps plus ou moins long, alors la perte du langage sera plus ou moins persistante, mais curable; c'est ainsi, par exemple, que se comporte l'aphasie des hystériques; si enfin la lésion est profonde et indélébile, comme lorsqu'il s'agit d'un ramollissement, d'une hémorrhagie, d'une tumeur cérébrale, l'aphasie sera elle-même durable. Je dois cependant vous faire remarquer que l'aphasie est habituellement plus prononcée dans les jours qui suivent l'apparition d'une hémorrhagie ou d'un ramollissement qu'elle ne le sera ultérieurement. Les troubles du langage, bien qu'ils persistent, s'atténuent en effet le plus souvent à mesure qu'on s'éloigne du début de l'affection, sans cependant que la faculté d'expression recouvre son intégrité.

J'appellerai, en terminant, votre attention sur une évolution assez singulière en apparence de certaines aphasies. Je fais allusion à ces aphasies dites *intermittentes* qu'on rencontre dans le cours de la syphilis cérébrale et que M. Mauriac (1) a bien décrites. Voici l'un des faits cités par cet auteur et qui donnera une bonne idée du phénomène dont il s'agit : un malade atteint depuis quinze mois d'une syphilis grave, qui n'avait pas cessé de se manifester bruyamment, est pris de céphalalgie avec insomnies tenaces, le tout coïncidant avec une poussée nouvelle de plaques muqueuses. Les symptômes nets d'encéphalopathie apparaissent au vingt-et-unième mois : ils consistent dans des *crises intermittentes d'aphasie* et d'hémiplégie droite,

(1) Rosenstein. — *Berliner klinische Wochenschrift*, 1868.
(2) J. Falret. — *Arch. gén. de méd.*, 1864.
(3) Moreau (de Tours). — *Gaz. des hôpitaux*, février 1864.
(4) Liveing. — *On megrin and sick-headache*, 1873.
(5) Ch. Féré. — *Contribution à l'étude de la migraine ophthalmique.* — *Revue de médecine*, août 1881.
(6) Legroux. — *De l'aphasie.* — *Th. d'agr.* Paris, 1855.

(1) Mauriac. — *Aphasie et hémiplégie droite syphilitiques et à forme intermittente.* (*Gaz. hebd.*, 1870, pages 5 et suiv.) — *Leçons sur l'aphasie syphilitique et les localisations de la syphilose corticale du cerveau.* (*Gaz. hebd.*, 1877.)

durant seulement quelques minutes et se reproduisant plusieurs fois par jour, sans perte de connaissance ni convulsions. Au vingt-deuxième mois, aggravation des crises; le malade devient complètement aphasique; puis nouvelle amélioration; enfin, huit jours après, nouvelle et dernière rechute, cette fois définitive.

M. Mauriac a eu l'occasion d'observer plusieurs cas de ce genre. Il pense qu'il s'agit dans ces faits de gommes méningées développées dans le voisinage de la troisième circonvolution frontale, comprimant tout d'abord légèrement celle-ci et y déterminant des poussées congestives intermittentes, puis provoquant finalement du ramollissement cortical.

Les détails dans lesquels je suis entré me dispenseront d'insister longuement sur le diagnostic de l'aphasie. Les caractères de ce symptôme, quelles que soient les modalités qu'il revête, sont, vous l'avez vu, assez nets pour qu'on ne puisse le confondre avec les troubles variés de la parole tenant soit à une altération de l'intelligence (imbécillité, démence sénile ou autre), soit à un trouble fonctionnel des organes périphériques qui sont les agents mécaniques de la faculté du langage. Dans le premier cas, les défectuosités de l'état cérébral dominent le tableau clinique. En effet, tandis que l'aphasique présente le visage animé du sourd-muet et a la physionomie mobile et fortement expressive, l'aliéné et le dément sont, au contraire, apathiques, indifférents et entièrement insensibles aux excitants moraux. De plus, le mode de développement des accidents cérébraux, l'absence complète d'hémiplégie, ne laissent généralement aucun doute sur la nature des accidents que présentent ces malades.

Dans le second cas, chez les individus atteints de paralysie glosso-labio-laryngée, de paralysie d'une moitié de la langue, de sclérose en plaque, le malade a une prononciation pâteuse, embrouillée ou saccadée, plus ou moins incompréhensible, mais il articule tous les mots. Enfin diverses des formes du langage qui sont plus ou moins troublées dans l'aphasie, — l'écriture, la mimique, — sont intactes. La mutité simulée soit chez les hystériques, soit chez des criminels désireux dans un but intéressé de se faire passer pour aphasiques, sera en général aisément reconnue. Trousseau, dans sa clinique, a rapporté quelques exemples très-instructifs à cet égard.

Grâce aux notions que vous possédez relativement aux variétés des troubles aphasiques, vous pourrez diagnostiquer aisément la forme de trouble du langage à laquelle vous aurez affaire. Je ne reviendrai pas sur ce côté de la question.

Quant à la cause déterminante de l'aphasie, l'évolution du symptôme et surtout les manifestations cliniques concomitantes vous permettront, dans la plupart des cas, de la reconnaître. Reportez-vous à cet égard, je vous prie, aux développements dans lesquels je suis précédemment entré.

HOPITAL DE LA CLINIQUE. — M. Depaul.

I. Syphilis et grossesse. — II. Enfant conservé mort pendant quatre mois dans la cavité utérine.

I. Lorsque dans un service un cas intéressant se présente, il est rare qu'il n'en arrive pas au même moment un ou plusieurs autres de même nature, formant ainsi une sorte de série. C'est ce qui a lieu présentement dans nos salles, c'est ce que vous avez pu constater ce matin à la visite aux lits nos 11, 16 et 22, où nous avons trois femmes entachées de syphilis.

La première, qui est couchée au n° 11, est entrée pour accoucher à cinq mois d'un enfant mort-né et macéré, sans aucune lésion cutanée. La mère, cependant, est incontestablement syphilitique; on observe des syphilides sur la face palmaire des mains; les amygdales et le voile du palais présentent aussi des lésions qui ne peuvent laisser aucun doute sur leur nature et leur origine.

Vous voyez par cette observation, comme je vous l'ai dit maintes fois, que la syphilis maternelle tue l'enfant pendant la grossesse et provoque l'accouchement prématuré et la naissance d'un enfant mort et macéré.

— Au lit n° 16, c'est une femme qui est accouchée d'un enfant dont la paume des mains et la pointe des pieds sont couvertes de bulles de pemphigus et de quelques taches un peu saillantes, lesquelles ne sont aussi que des pemphigus, mais en germe. En effet, comme vous avez pu le constater ce matin, ces taches se sont peu à peu soulevées, se remplissant de sérosité, pour devenir elles-mêmes des bulles analogues à celles qui existaient au moment de la naissance.

C'est ainsi que parfois l'on ne voit pas autre chose sur l'enfant naissant que des taches de pemphigus en germe, et les bulles apparaissent plus tard.

Cet enfant est donc entaché de syphilis, bien que nous n'ayons pu découvrir sur le corps de la mère aucune lésion syphilitique. Cette femme elle-même ne sait ou ne veut nous donner à ce sujet aucun renseignement; son intelligence, il est vrai, est des plus médiocres. Quoi qu'il en soit, certaines bulles chez l'enfant présentent à leur base une ulcération du derme donnant lieu à un peu de pus.

— Enfin, la femme qui est couchée au n° 22 ne présente que peu de traces de syphilis, si ce n'est une pléiade ganglionnaire dans le pli des aines; ainsi que, sur les cuisses et les jambes, des taches brunes, foncées, qui ont toutes les apparences d'une origine syphilitique.

Cependant cette malade nous déclare, elle aussi, n'avoir jamais rien eu, et elle nous dit seulement que le père de l'enfant était malade avant qu'il l'ait fécondée. L'enfant est né vivant, il vit encore aujourd'hui, mais qu'en adviendra-t-il? C'est ce sur quoi nous ne pouvons nous prononcer avec certitude. Nous le traitons par la médication syphilitique : directement, par des frictions avec l'onguent napolitain; indirectement, en faisant prendre à sa mère une pilule de proto-iodure de mercure dans l'espoir que le médicament passera en partie dans le lait et sera ainsi absorbé par l'enfant.

L'on arrive par là à guérir des sujets syphilitiques dans un certain nombre de cas. Quant à l'enfant qui nous occupe ici, notre pronostic est réservé; nous ne pouvons dire, en effet, actuellement, s'il existe des lésions syphilitiques osseuses ou viscérales, si le foie, les poumons, etc., renferment ou non des gommes syphilitiques, comme cela se voit chez certains enfants.

Tels sont les trois cas de syphilis maternelle que nous avons en ce moment dans nos salles.

II. D'autre part, il nous est arrivé ces jours-ci de Dieppe une jeune fille de vingt-deux ans, dont le fait est assez intéressant. Elle est venue nous consulter pour savoir si, oui ou non, elle était enceinte comme elle le suppose bien.

En effet elle serait, d'après son dire, grosse de neuf mois,

d'un enfant qu'elle ne sentirait plus remuer depuis près de quatre mois environ. Cette fille est enceinte pour la seconde fois. Ses dernières règles ont eu lieu dans les premiers jours de septembre. Les premiers temps de sa grossesse s'étaient très-bien passés, lorsque, tout à coup, arrivée au cinquième mois, elle n'a plus senti remuer son enfant. Depuis lors le développement du ventre s'est arrêté.

Au même moment les seins sont devenus gros, turgescents, durs, une montée de lait s'est produite, le mamelon a même donné issue à un liquide lactescent pendant quelque temps, après quoi les seins sont devenus flasques et mous. Néanmoins ils ont encore actuellement du lait comme nous avons pu nous en assurer ce matin même en en faisant sortir facilement quelques gouttes par le mamelon. Ce signe est important à constater.

L'examen et les renseignements que cette fille nous fournit et que nous n'avons nullement lieu de suspecter, d'autant plus qu'enceinte déjà une première fois elle sait ce que c'est qu'une grossesse, nous permettent de constater l'existence dans la matrice d'un enfant mort depuis longtemps. Enceinte de neuf mois, l'œuf ne s'est développé que pendant cinq mois environ, comme le représente assez bien le volume de l'utérus qui l'a conservé ainsi depuis lors dans sa cavité. Ces exemples, du reste, ne sont pas très-rares.

La montée du lait qu'elle aurait eue il y a quatre mois, n'a rien que de naturel; chaque fois que l'on constate la mort du fœtus dans le ventre de la mère, il se fait une sécrétion lactée comme si l'expulsion de l'enfant avait eu lieu. Il se fait encore plus tard une seconde montée lorsque l'expulsion a lieu réellement.

L'examen du ventre par le palper, et le toucher vaginal, indiquent également bien la mort de l'enfant depuis un certain temps; en effet, on ne sent plus une poche élastique, dépressible, on n'a plus la sensation d'une cavité contenant du liquide dans lequel flotteraient des parties fœtales. Ici c'est une masse compacte, l'utérus et l'œuf faisant corps pour ainsi dire et la matrice se moulant assez exactement sur le produit qu'elle renferme.

Tout nous permet donc d'admettre la présence dans l'utérus de cette jeune fille d'un enfant mort depuis un certain temps. Mais ce qui est plus étonnant, c'est cette durée de quatre mois environ. Généralement l'expulsion a lieu plus tôt.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. Jules Simon.

Des convulsions chez les enfants.

La question que je veux traiter aujourd'hui devant vous d'une façon un peu plus didactique peut-être que ne le sont nos conférences habituelles, tout en restant, avant tout, sur le terrain de la médecine pratique, incontestablement le plus favorable à notre instruction, cette question est celle des convulsions chez les petits enfants.

L'enfant est fréquemment sujet à des phénomènes nerveux, soit passagers et à l'occasion d'une indigestion ou au début d'une fièvre éruptive, comme l'un de nos petits malades actuellement dans la salle des varioleux, soit aussi que les accidents nerveux soient symptomatiques d'une microcéphalie, ainsi que vous l'avez vu, il n'y a qu'un instant, chez un enfant que l'on nous amenait du dehors. De même encore la paralysie infantile peut débuter par des convulsions. D'autres fois, vous verrez à la consulation ou en ville quelque petite fillette, déjà précieuse, pleine d'afféterie, intelligente et aux allures coquettes, présenter des convulsions d'un ordre différent; c'est une jeune hystérique à l'état naissant, commençant à éprouver, de temps à autre, ses premiers spasmes. Chez d'autres enfants encore, l'état convulsif est déterminé par l'existence de quelque lésion ou tumeur cérébrale.

En résumé, les convulsions de l'enfance peuvent être classées en trois groupes différents. Le premier comprendra les convulsions éclamptiques, idiopathiques, par action réflexe, survenant, par exemple, à la suite de brûlures, ou pendant le cours d'une pneumonie.

Le second groupe renferme les convulsions qui sont dues à l'épilepsie, affection dont la lésion anatomo-pathologique ne nous est pas encore connue.

Enfin, dans le troisième groupe, nous rangerons les convulsions dites épileptiformes, identiques à celles du groupe précédent, mais relevant, cette fois, d'une lésion du système nerveux central.

Je commence par le premier groupe, c'est-à-dire par les convulsions éclamptiques ou simplement l'éclampsie. Ces convulsions peuvent être externes ou internes. Comme exemple des premières : un enfant, pendant le cours d'une indigestion, éprouve une perte subite de connaissance, une certaine raideur générale, puis il revient à lui. Comme convulsions internes, je citerai un spasme subit de la glotte avec arrêt de fonctionnement de tous les organes qui participent à la respiration; c'est ce que j'appelle encore les convulsions bulbaires, à cause de la participation des nerfs qui partent de la région du bulbe. C'est à de semblables convulsions, répétées deux ou trois fois, que vous verrez souvent des enfants succomber.

Mais je laisserai de côté, dans notre conférence de ce jour, les convulsions bulbaires, pour ne m'occuper que des convulsions externes ou de l'éclampsie proprement dite, qui ne reconnaît pour cause aucune lésion appréciable à l'autopsie, mais qui est en réalité d'origine réflexe.

Cela est très-important à savoir, car vous trouverez dans un grand nombre de livres classiques, notamment dans Trousseau, certain passage où il est dit qu'il est à peu près inutile, pour le médecin, de s'occuper de ces convulsions, son intervention ne parvenant pas à les abréger, tandis que quelques lignes plus haut, à la page qui précède, le même auteur dit que, si ces convulsions persistent pendant un certain temps, il peut en résulter des accidents graves, voire même la mort.

Il y a là réellement, chez un auteur d'un si grand savoir, une contradiction flagrante entre ces deux passages ; elle a lieu de surprendre.

Quant à moi, je soutiens qu'en pareil cas, dans les convulsions éclamptiques, le médecin doit et peut intervenir utilement, sans prétendre par là vouloir exagérer les résultats de son intervention.

La plupart du temps, je dirai même dans la majorité des cas, la cause de l'éclampsie des enfants réside dans quelque trouble digestif, soit dans une dyspepsie infantile, soit dans une indigestion véritable avec tout son cortège, soit dans une diarrhée séreuse survenant subitement, soit dans la lientérie des saisons chaudes, soit enfin dans une entérite produisant par sa nature une telle perturbation des fonctions digestives que les convulsions s'ensuivent.

Ainsi donc, toute perturbation des fonctions de l'estomac

ou de l'intestin sans lésion organique peut déterminer des convulsions. J'ajouterai que le fait est fréquent chez les petits enfants âgés de moins de deux ou trois ans.

Vous citerai-je cet enfant de deux mois, élevé par une négresse dévouée, laquelle, mangeant des marrons grillés et en donnant une parcelle à son nourrisson, déterminait pendant la nuit une convulsion atroce telle que la famille croyait l'enfant perdu ? Appelé aussitôt, je prescrivais un vomitif ; à peine celui-ci était-il administré que l'enfant, rendant son morceau de marron, était guéri.

Certains états particuliers de la peau peuvent aussi amener les convulsions : par exemple, un eczéma généralisé, un vésicatoire de dimensions exagérées, comme j'en vis un, certain jour, qui s'étendait transversalement d'une épaule à l'autre et verticalement du cou à l'ombilic, et que l'on avait laissé en place pendant douze heures. Ce n'est point ici une critique du vésicatoire en lui-même, car j'en suis partisan dans une certaine mesure, mais de son application sans discernement, sans prudence.

L'impression rapide du froid, de même qu'une chaleur excessive dans la chambre de l'enfant, peuvent déterminer l'apparition des convulsions éclamptiques ; de même aussi une brûlure très-étendue, notamment sur le ventre et en certains points du corps très-sensibles ; de même encore la simple piqûre d'une épingle restée dans les langes du petit être, ou celle d'une aiguille piquée par mégarde dans le bonnet d'un petit enfant et pénétrant par la fontanelle dans le cerveau. Ce fait, assez exceptionnel, du reste, a été observé par MM. Blache et Guersant.

Parmi les causes de l'éclampsie des enfants, nous devons encore citer la dentition, non pas qu'elle agisse dans ce cas directement, car elle est rarement assez douloureuse pour cela, mais bien plutôt indirectement, ct comme une conséquence des troubles digestifs que l'évolution dentaire peut entraîner avec elle.

La rétention des urines, la cystite du col vésical, la présence d'un corps étranger dans l'oreille, la compression par un bandage d'un testicule retenu dans l'anneau et pris pour une hernie, — le fait a été observé, — une hernie ombilicale, enfin, l'existence de nombreux lombrics ou d'un ténia dans le tube intestinal peuvent aussi donner lieu, chez l'enfant, à des convulsions éclamptiques.

Quelquefois aussi celles-ci apparaissent au début d'une fièvre éruptive, de la pneumonie, de l'érysipèle, rentrant pour ainsi dire dans les prodromes de la maladie elle-même. C'est ainsi que la pneumonie peut débuter par des vomissements, une céphalée très-vive et des convulsions. Au commencement de ma carrière médicale, appelé certain jour, rue de Tournon, pour un petit enfant en proie, disait-on, à des convulsions, je trouvais un petit être pâle, arrivé depuis peu de temps des pays chauds, avec un écoulement d'oreille, une fièvre intense et de la tendance au refroidissement. Je concluais aussitôt à une carie du rocher et à une méningite consécutive, et je témoignais à la famille quelques craintes sur l'issue de la maladie. Cependant l'enfant toussait un peu, les mouvements respiratoires étaient accélérés, et, d'un côté de la poitrine, le murmure respiratoire n'était pas très-net. Mais, le lendemain, à la suite d'une consultation avec M. Henri Roger, mon diagnostic était sensiblement modifié, et les convulsions de l'enfant étaient reconnues comme tenant à une pneumonie au début. Il est vrai d'ajouter que, dans l'intervalle séparant ma première visite de cette consultation, les phénomènes thoraciques avaient évolué de façon à me faire reconnaître une affection du parenchyme pulmonaire. Il faut donc en pareil cas savoir garder une réserve prudente et attendre vingt-quatre ou quarante-huit heures, si cela est nécessaire, pour se prononcer nettement sur la nature des convulsions, dont la cause ne nous apparaît pas bien nettement au début.

Les hémorrhagies subites chez les petits enfants peuvent donner lieu à des convulsions par absence de pondérateur du système nerveux, soit qu'elles proviennent d'une section mal faite du frein de la langue, soit qu'elles résultent de l'avulsion d'une dent comme dans le cas suivant :

Un enfant naît avec une dent quelque peu branlante, le médecin prend des pinces dans sa trousse, saisit la dent et cherche à l'extraire. Survient aussitôt une hémorrhagie que rien ne peut arrêter ; l'enfant est pris de convulsions et meurt.

Du reste, vous devez vous rappeler qu'il y a des familles dont tous ou presque tous les membres sont hémorrhaphiliques, au point que la plus petite lésion, la moindre piqûre, amène une hémorrhagie difficile à arrêter, et qui chez l'enfant peut être mortelle.

Les fièvres intermittentes, l'empoisonnement palustre, développent parfois chez les enfants des accidents pernicieux, syncope, coma et convulsions. Pas plus tard qu'hier soir, j'ai été appelé à Saint-Mandé auprès d'un enfant pris, en pleine convalescence de pneumonie, de délire, d'une agitation étrange, enfin de symptômes auxquels le médecin, qui a longtemps habité la Sologne, ne s'est pas laissé prendre, mais qu'il avait reconnus très-justement pour un accès de fièvre intermittente et que, en attendant mon arrivée, il avait commencé à traiter avec raison par le sulfate de quinine. Un médecin moins expert aurait pu s'y tromper.

Dans les cas d'asphyxie produite par la coqueluche, par la bronchite capillaire, etc., vous pourrez voir survenir aussi des phénomènes convulsifs ; de même dans l'albuminurie et l'urémie. Parfois aussi, chez les enfants très-nerveux, il suffira d'une émotion morale pour amener des convulsions éclamptiques.

Enfin il y a encore, outre les causes que nous venons de vous exposer, certaines prédispositions. Ainsi l'âge auquel les convulsions sont le plus fréquentes s'étend de la naissance à deux ou trois ans. Elles surviennent aussi plus aisément chez des enfants dont les parents sont eux-mêmes atteints de quelque affection nerveuse, chez des enfants débilités, et qui vivent dans un milieu alcoolique. Je m'explique : il y a des enfants que leurs parents entraînent avec eux au cabaret, et auxquels ils donnent, soit pour les tenir éveillés, soit pour les empêcher de crier, soit enfin parce qu'ils en prennent eux-mêmes, des boissons alcooliques, du café, toutes choses qui vont dès lors les prédisposer à des accidents nerveux.

Telles sont les différentes causes qui peuvent déterminer l'apparition des convulsions éclamptiques chez les enfants.

Il s'agit maintenant de savoir comment nous reconnaîtrons ces convulsions. Tout d'abord je dois répéter de nouveau qu'elles sont en tout semblables à des attaques épileptiques ou à des attaques épileptiformes, et que, comme les unes et les autres, on peut les diviser en grandes et en petites attaques, avec les trois périodes de tonicité, de clonicité et de coma.

Supposons d'abord une grande attaque : l'enfant est pris subitement après quelques prodromes dans lesquels il est

tour à tour rouge et pâle ; il présente un certain état nerveux, de la tendance à des soubresauts à la moindre impression. Puis il est pris tout-à-coup de perte de connaissance et se raidit tétaniquement. La face devient subitement pâle, le visage est contracté, sans mouvements, l'œil roule lentement dans l'orbite, la respiration est arrêtée ; telle est, en quelques traits, cette première période, dont la durée ne dépasse pas quelques secondes.

Puis le visage devient vultueux, agrandi, la figure contractée est grimaçante, le corps — tronc et membres — est agité de mouvements cloniques ainsi que la mâchoire ; la langue est poussée hors de la bouche ; la salive s'écoule, mais non sanguinolente, l'absence de dents ne permettant pas à l'enfant de se mordre ; l'intelligence est perdue, la sensibilité abolie, la pupille, étroite et contractée dans la période précédente, est ici dilatée. Enfin survient la troisième période caractérisée par le stertor et le coma. Mais je n'insiste pas sur ces symptômes que vous connaissez tous et qui constituent l'attaque épileptique. Je dirai seulement que l'accès avec ses trois périodes n'a guère duré, en tout, qu'une demi-minute à une minute au plus.

Vous trouverez, dans le monde, des gens qui vous diront que l'accès a duré dix ou quinze minutes. Dans ce cas, ils auront confondu une série d'attaques entre elles. En effet, pendant les mouvements convulsifs de l'éclampsie, l'enfant ne fait *réellement* pas d'urine, il rend seulement en petite quantité ce qu'il avait dans ses réservoirs. Ce fait est extrêmement important à retenir. Car, si les attaques s'enchevêtrent les unes dans les autres, elles peuvent constituer un accès dont la durée variera entre plusieurs heures et même toute une journée, et vous ne pourrez être certain que la série est terminée *réellement*, que l'état de mal, comme l'on dit encore, est passé, que lorsque l'enfant aura uriné abondamment.

Il y a en effet, dans tous les cas de convulsions éclamptiques, ainsi répétées, émission abondante des urines aussitôt que l'attaque est complètement terminée.

Telle est la symptomatologie des convulsions externes, éclamptiques.

Ces convulsions sont ordinairement générales; cependant, le plus souvent, un côté du corps est plus frappé que l'autre, le droit plus fréquemment que le gauche. Gardez-vous toutefois d'en conclure à une lésion cérébrale ; le phénomène est uniquement dû à ce que la congestion du cerveau prédomine presque toujours un peu plus dans l'un des hémisphères.

En dehors des grandes attaques dont je viens de vous parler, il y a aussi les petites attaques ou convulsions partielles, qui portent seulement sur un point ou une région du corps. Ainsi, l'enfant, en se réveillant, éprouve une peur quelconque et sa tête retombe ; ou bien l'attaque est représentée par un seul fait, tel qu'un strabisme convergent avec fixité du regard, et l'intelligence est comme absente, phénomènes qui durent quelques secondes, après quoi l'enfant revient à lui. D'autres fois il s'agit seulement de la raideur passagère d'un membre, de quelque agitation, d'un acte de méchanceté comme sous l'empire d'une folie passagère.

Ces petites attaques partielles sont importantes aussi à connaître, car elles peuvent vous mettre sur la voie d'un traitement qui vous permettra de prévenir les grandes attaques.

Je vous parlais des congestions de l'encéphale, on en trouve la preuve dans les autopsies faites chez des enfants qui avaient succombé à la suite de convulsions répétées. On constate alors une congestion véritable, un épanchement séreux, voire même aussi parfois une apoplexie miliaire, conséquences d'une série d'attaques qui expliquent alors la persistance du strabisme, la paralysie d'un membre, l'idiotie.

Quant au pronostic, nous pouvons dire que les grandes attaques sont bien plus effrayantes par le tableau qu'elles présentent que graves en réalité, et les enfants qui en sont atteints ne sont pas plus que d'autres enclins à l'idiotie.

Cependant il est des attaques convulsives qui peuvent être graves, et il faut savoir les distinguer ; je veux parler des convulsions terminales d'une autre maladie, coqueluche, asphyxie, bronchite capillaire, albuminurie, etc., convulsions qui déterminent la mort. Je dois en excepter pourtant celles qui surviennent chez les urémiques et qui, le plus souvent passagères, sont moins graves que celles qui sont consécutives à l'asphyxie.

En résumé, donc, les convulsions éclamptiques initiales ne sont généralement pas graves, tandis que les convulsions terminales d'une autre maladie affectent une gravité considérable. La gravité, du reste, des convulsions éclamptiques est aussi proportionnelle à leur nombre et à leur répétition.

Voilà du moins comment leur pronostic doit être compris. Dans la prochaine leçon, nous étudierons le diagnostic et le traitement.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 6 mai 1882. — Présidence de M. Grimaud.

COMMUNICATIONS

Pathologie expérimentale. — M. **QUINQUAUD** fait, en son nom et au nom de M. Gréhant, une communication sur l'exhalation de l'acide carbonique dans les différentes lésions des bronches, des poumons et de la plèvre. Dans les lésions de ces régions, alors même qu'il y a une élévation de la température, on constate une diminution de l'acide carbonique exhalé, diminution pouvant aller à un demi et même à trois quarts de la quantité exhalée à l'état normal. Cette diminution de l'acide carbonique exhalé tient-elle à une moindre production de ce gaz ou à son accumulation dans l'organisme ? Cette dernière hypothèse doit être rejetée.

MM. Quinquaud et Gréhant ont pratiqué un grand nombre d'expériences sur les chiens : sur un chien de taille moyenne, une solution de nitrate d'argent est injectée dans les poumons ; après cela, la quantité d'acide carbonique exhalée, qui était de 3gr,10, tombe à 1gr,54, puis à 1gr,3, à 1gr,2, etc. A mesure que la lésion guérit, on observe une augmentation graduellement progressive de l'acide carbonique exhalé jusqu'au jour où elle atteint le chiffre primitif. Ce sont là des faits constants, indiscutables. Après la thoracentèse, par exemple, dès le lendemain on observe une augmentation de la quantité d'acide carbonique exhalé et la fonction pulmonaire revient peu à peu. Enfin il y a là un élément de diagnostic et de pronostic dont il faut d'autant plus tenir compte qu'il est constant et ne trompe jamais.

M. **REGNARD** fait observer que, dans sa thèse inaugurale, faite en 1878, il arrive exactement aux mêmes conclusions.

Régulateur de la température. — M. **REGNARD** présente un petit appareil fort ingénieux, au moyen duquel on peut facilement obtenir des températures constantes au bord de la mer ou en d'autres lieux où il a été jusqu'ici fort difficile d'obtenir ces températures.

Théorie de l'accommodation. — M. JAVAL signalait, il y a neuf ans, à la Société, le fait d'une augmentation survenue graduellement dans le degré de son astigmatisme. Il a pu constater, depuis, la fréquence extrême d'augmentations analogues chez les astigmates hypermétropes, et il est en mesure d'en donner l'explication.

Chez les jeunes hypermétropes, il arrive le plus souvent que l'astigmatisme est diminué ou annulé par une contraction astigmatique du cristallin ; pour s'en assurer, il suffit de mesurer chez un certain nombre de sujets l'astigmatisme cornéen au moyen de l'ophthalmomètre Javal et Schœtz, puis l'astigmatisme total avant et après atropinisation, en se servant de son optomètre ou de tout autre moyen analogue.

Ce n'est pas le lieu d'insister sur les conséquences pratiques qui découlent de l'existence d'un astigmatisme accommodatif, mais il n'échappera pas à la Société que le fait vient clore le débat entre les différentes théories de l'accommodation, en l'obligeant à rejeter celles qui font agir le muscle ciliaire à la façon d'un sphincter.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — M. le professeur Bouchard est autorisé à se faire suppléer dans le service des examens par M. Legroux, agrégé.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. le docteur Étienne, prosecteur de la Faculté de Nancy, vient d'être nommé au concours chef des travaux anatomiques.

— M. le docteur Ladreit de Lacharrière commencera ses conférences cliniques sur les maladies de l'oreille, à l'Institution nationale des sourds-muets, jeudi prochain 11 mai, à neuf heures, et les continuera les jeudis suivants.

Ces conférences seront au nombre de huit seulement.

— *Erratum.* — Dans notre numéro 51, page 403, le titre de l'article *Sur une bière tonique...*, par M. Delaye, interne des hôpitaux de Bordeaux, doit être modifié de la manière suivante : ..., par M. Delaye, interne à l'Asile public des aliénés de Bordeaux.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 12824.

85

Dragées arsenico-ferriques
aux sels naturels de la Dominique.

Les **Dragées de la Dominique** sont notamment recommandées dans la cachexie qui suit ou accompagne les fièvres intermittentes, dans les formes les plus variées de l'anémie (chlorose, appauvrissement général de l'économie, pertes de sang, convalescence, etc.).

Les névralgies, surtout celles à formes intermittentes, seront efficacement combattues par les **Dragées de la Dominique;** il en sera de même des maladies de la peau (eczéma, lèpre vulgaire, lichen chronique, dartres furfuracées, affections squameuses rebelles) contre lesquelles les arsenicaux unis au fer montrent leur puissance. — BIETT. — BOUCHARDAT, professeur de la Faculté et membre de l'Académie de médecine. *Formulaire*, 18e édit., p. 396.

Prendre d'une à quatre dragées quelques instants avant chacun des deux principaux repas.

Les **Dragées de la Dominique** sont très-agréables au goût.

Détail. — Toutes les pharmacies de France.

Prix : 3 francs la boîte. — Entrepôt général à la Pharmacie centrale de France. — 7, rue de Jouy, à Paris.

131

Fer-diastasé assimilable
du Dr V. BAUD.

Sous la forme de granules bien dosés, un sel de FER combiné à la diastase par la germination des graines de cresson, devient le plus facile et le plus actif des *ferrugineux*. — Sans saveur ni cause d'irritation, il se trouve indiqué contre l'*anémie*, la *chlorose*, etc.

Paris, 22 et 19. r. Drouot — Dr V. Baud

65

APPROUVÉES PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

Dragées de Gélis et Conté
AU LACTATE DE FER

Deux rapports académiques et de nombreuses expériences anciennes et récentes ont démontré leur supériorité sur tous les autres ferrugineux, et leur efficacité contre les *Pâles couleurs*, pour fortifier les *Constitutions lymphatiques*, et combattre toutes les maladies qui ont pour cause l'*Appauvrissement du sang*.

Dépôt général : LABÉLONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

11

MALADIES DES VOIES RESPIRATOIRES

Globules du docteur De Korab
Expérimentés dans les hôpitaux de Paris.

A L'ESSENCE D'AUNÉE

CHAPÈS, 143, r. St Denis, Paris, et principales phies.

120

Eau Minérale de Bussang
Gazeuse Naturelle

Souveraine contre la CHLOROSE, l'ANÉMIE et les maladies de l'ESTOMAC, des REINS et de la VESSIE. — RECONSTITUANTE.

Indiquée dans toutes les convalescences

On l'emploie à jeun ou aux repas, coupée avec le vin, ou mélangée à des sirops rafraîchissants. Chez les Mnds d'*Eaux minérales* et bonnes Phies.

92

Apiol des Drs Joret et Homolle

L'APIOL est le spécifique des désordres menstruels, surtout quand l'*aménorrhée* ou la *dysménorrhée* dépend d'un trouble de l'innervation vaso-motrice de l'utérus et des ovaires. Mais le commerce délivre sous le nom d'APIOL certains produits plus ou moins adultérés. Le seul APIOL, toujours pur, le seul dont l'efficacité a été constatée dans les hôpitaux de Paris, notamment dans le service du docteur Marrotte, à la Pitié, est celui des docteurs JORET et HOMOLLE, les inventeurs de ce puissant emménagogue.

Dépôt général, Pharmacie BRIANT, 150, rue de Rivoli. — Dans toutes pharmacies.

36

Vin de Baudon **antimonio-phosphaté.**
TONIQUE, RECONSTITUANT,

Bien supérieur à l'huile de foie de morue.

Affaiblissement général, anémie, lymphatisme, scrofule, rachitisme, affections catarrhales, phthisie et suppurations prolongées.

Utile pendant la grossesse et l'allaitement.

Ph. BAUDON, 11, r. des Francs-Bourgeois, Paris.

134

Contrexéville
(SOURCE DU PAVILLON).

Contre la gravelle, la goutte et les maladies des voies urinaires.

ÉTABLISSEMENT OUVERT DU 15 MAI AU 15 SEPTEMBRE.

DÉPÔT CENTRAL : 29, rue de la Michodière, maison ADAM (Paris), où l'on trouve toutes les eaux minérales, et spécialement celles étrangères.

57

Farine LACTÉE Nestlé

Dont la base est le bon lait. 3 *Diplômes d'honneur* et 5 *Médailles d'or*. — 10 ans de succès. C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel et facilite le sevrage; avec lui, pas de diarrhée, pas de vomissements, la digestion en est facile et complète. Exiger la signature HENRI NESTLÉ. — Gros : CHRISTEN frères, 16, rue du Parc-Royal. — Détail : Pharmacie CHRISTEN, 31, rue du Caire, Paris, et tous les pharmaciens.

71

CACHEXIE, RACHITISME, CONSOMPTION.

Peptone **phosphatée** Bayard

VIN : moitié de son poids de viande et 0gr,20 de *chlorhydrophosphate de chaux* par cuillerée.

91

MALADIES DE LA GORGE
DE LA VOIX ET DE LA BOUCHE

Pastilles de Dethan
AU SEL DE BERTHOLET (*chlorate de potasse*), contre les maux de gorge, angines, extinctions de voix, ulcérations de la bouche, scorbut et salivation mercurielle.

ADH. DETHAN, pharmacien, rue de Strasbourg, 10, Paris, et dans toutes les principales pharmacies de France et de l'étranger. — Adh. Dethan

50

Etablissement orthopédique

28, rue Lauriston (place de l'Étoile). Médecin en chef : E. DUVAL, fils du docteur *Vincent Duval*, lauréat de l'Institut, directeur pendant plus de quarante ans des traitements orthopédiques dans les hôpitaux civils de Paris, etc.

Traitement des difformités de la taille, du pied-bot, de la fausse ankylose du genou, des torticolis, des tumeurs blanches, de la hanche, des gibbosités, etc., etc. — Jardin, gymnase. — Consultations tous les jours de deux à quatre heures.

80

Vins d'Ossian Henry,
membre de l'Académie de médecine.

Vin de Quinquina titré simple. — Titrant un gramme d'alcaloïde et 12 grammes d'extractif par 1,000 grammes. — *Tonique.* — *Fébrifuge.*

Vin de Quinquina ferrugineux. — Contient 0,10 de sel ferreux par 30 grammes de vin. — *Chlorose, Anémie, Longues convalescences*, etc., 5, r. d'Anjou St-Honoré, et dans toutes les pharm.

16

Pommade LAJOUX et GRANDVAL, *pharm., profess. à l'École de méd. de Reims.*
AU CAMPHRE SALICYLÉ.

Efficacité constatée dans le traitement de l'Eczéma, des Plaies de mauvaise nature chez les scrofuleux. les syphilitiques. — Bubons suppurés, Plaies variqueuses, cancéreuses, etc.

Dépôt : Phie GIGON, 25, rue Coquillière, Paris.

37

Névroses. — Sirop Collas
au BROMURE double de POTASSIUM et de LITHIUM. — Dose : 2 à 3 cuillerées par jour.

Le *Bromure de Lithium* est un des plus puissants sédatifs dans le traitement des maladies nerveuses, car il contient 91,95 de Brôme pour 100 parties.

Diathèse urique. Pilules Collas
au BROMURE de LITHIUM. — Dose : 4 ou 6 pilules par jour.

Le *Bromure de Lithium* est un des meilleurs modificateurs de la *diathèse urique*, puisque un gramme de ce *Bromure* neutralise quatre grammes d'acide urique.

Dépôt pharmacie COLLAS, 8, r. Dauphine, Paris.

46

AFFECTIONS UTÉRINES, CHLOROSE, ANÉMIE, ETC.

Liqueur de Laprade
à l'albuminate de fer

Spécifique de l'irrégularité de la menstruation.

22

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

23

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire ; apaise les douleurs des reins et de la vessie ; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

7

Les Dragées Carbonel
AU PERCHLORURE DE FER PUR.

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant quatre gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon: QUATRE francs. — Envoi franco par la poste.

Dépôt : à Avignon, pharmacie CARBONEL; à Paris, maison HUGOT.

15

EAU SULFURÉE, SODIQUE ET CALCIQUE.

Eaux-Bonnes (*Basses-Pyrénées*).
SAISON DU 15 MAI AU 15 OCTOBRE

Affections chroniques de la gorge, du larynx et des bronches; asthme, pleurésies chroniques. — Prévient la *phthisie pulmonaire* et peut souvent en arrêter les progrès. — Attendu sa *double sulfuration*, privilège qui lui est exclusif, cette eau se distingue, entre toutes, par la *profondeur* et la *durée* de ses effets curatifs.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

56

Vin du docteur Forestier
TONIQUE RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE

Au Quinquina, Pyrophosphate de fer, Oranges amères et Malaga.

Voir : Traité de Thérapeutique, *Trousseau et Pidoux*. — Commentaires du Codex, *Gubler*.

Paris, ph. BOSREDON, r. des Francs-Bourgeois, 14.

54

Le phosphate monocalcique
CRISTALLISÉ DE BARBARIN

C'est le phosphate de chaux à son maximum de puissance et de pureté.

Le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.

Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. p. 30.
Vin id, id. à 1 — 60.

Paris, 163, r. de Belleville, et bonnes pharmies.

69

Rubinat, EAU MINERALE NATURELLE PURGATIVE

Supérieure à toutes les Eaux purgatives allemandes. — Effet rapide, obtenu à tres-petite dose sans irritation intestinale.

88

Capsules et saccharure
A L'EXTRAIT ÉTHÉRÉ DE CUBÈBE.

Les CAPSULES s'emploient avec succès contre : *Angines couenneuses, Blennorrhagie, Blennorrhée, Catarrhe vésical;* le SACCHARURE c. le *Croup*.

La pharmacie DELPECH, 23, r. du Bac, prépare les PRODUITS DE L'EUCALYPTUS.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Il n'est probablement pas un seul de nos lecteurs qui n'ait lu avec le même intérêt et la même satisfaction que nous l'excellent article de notre collaborateur, M. Legrand du Saulle, sur « la Folie et le Divorce ». Ils auront tous applaudi, comme nous, à ces conclusions si sages, motivées à la fois par des considérations d'ordre médical qui nous montrent combien serait mal fondée l'opinion qui considérerait l'aliénation mentale comme absolument et toujours irrémédiable, et par des considérations d'ordre social et d'ordre sentimental en vertu desquelles il ne saurait être ni permis ni moral que celui des deux époux qui a le bonheur de conserver la plénitude de sa santé et de son intelligence, pût chercher à se faire relever par le divorce du devoir d'assistance qui lui incombe à l'égard de son conjoint, alors qu'abattu par la maladie ou par le délire, cette assistance lui est plus utile et plus nécessaire que jamais.

Tout nous faisait pressentir que telle serait aussi l'opinion de ceux de nos confrères qui ont été appelés à émettre leur avis sur ce sujet devant la commission parlementaire. Nous ne nous étions point abusé à cet égard. L'un d'eux, M. Blanche, est venu communiquer hier à ses collègues de l'Académie le texte de sa réponse. Elle a été aussi formellement négative et, ajoutons, aussi fortement motivée que la conclusion de la consultation de M. Legrand du Saulle.

Des considérations relatives au divorce, en vue duquel il a passé en revue et examiné une à une toutes les formes de l'aliénation mentale, faisant ressortir avec une grande force les situations impossibles et inacceptables où pourraient se trouver placés les aliénés revenus à la santé, M. Blanche, élargissant la question, s'est élevé à des considérations non moins justes sur le mariage lui-même ; considérations qui, si elles étaient plus connues par les intéressés et plus sérieusement méditées en temps opportun, pourraient prévenir plus d'une fois les tristes éventualités en vue desquelles a été imaginé l'amendement proposé au projet de loi et heureusement rejeté. MM. Charcot et Magnan, également consultés, ont émis un avis entièrement conforme.

Le vent est à l'hygiène publique, aux réformes et aux améliorations sanitaires de toute sorte. C'est l'hygiène publique, en effet, qui a fait le sujet de la plupart des nombreuses présentations qui ont été faites au début de la séance. Nous aurons à en résumer prochainement quelques-unes.

Une élection de correspondant national dans la première classe et une lecture de M. le docteur Vérité, médecin consultant à la Bourboule, relative à un cas d'acné kéloïdique, d'un diagnostic, paraît-il, assez difficile, ont occupé le reste de cette séance, qui s'est terminée par un comité secret.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. GOSSELIN.

I. Érysipèle infectieux foudroyant. — II. Ulcérations de la verge, chancres mous ou herpès préputial, balanoposthite suppurante.

I. Nous avions ces jours derniers dans notre service, au n° 27 de la salle des hommes, un homme qui nous était arrivé avec une petite plaque rouge périarticulaire, située à la partie inférieure du genou, s'accompagnant d'un léger empâtement et dont le point de départ avait été une petite écorchure de la jambe, antérieure de trois ou quatre jours seulement.

Le lendemain de son entrée ici, je discutais si nous n'avions pas affaire là à une angioleucite, à quelque espèce qu'elle appartînt, fébrile ou non fébrile. Et, comme chez lui la fièvre était des plus modérées, je considérais l'état de ce malade comme un commencement de phlegmon diffus s'accompagnant, vu la plaque rouge précitée un peu plus étendue que la veille, d'accidents érysipélateux. En un mot nous nous croyions chez lui en présence d'une cutite et d'un commencement de phlegmon diffus.

Le lendemain, nous constations un peu d'augmentation de la rougeur et du mouvement fébrile, tandis que la partie phlegmoneuse semblait rester stationnaire. Le surlendemain, la plaque, certainement de nature érysipélateuse, remontait davantage, bien que son étendue fût peu considérable. Cependant sa teinte était d'un rouge vineux comme dans l'érysipèle grave, et, ce qui nous frappait surtout, c'était la

disproportion existant entre l'état local en réalité d'une assez faible intensité, et l'état général allant d'heure en heure, pour ainsi dire, en s'aggravant notablement. C'est ainsi que, dès le surlendemain de son entrée à l'hôpital, la température n'était pas moindre de 40 degrés, la céphalalgie était vive, il y avait du délire, de la stupeur, enfin un état général des plus graves, tel que je disais : Cet homme nous présente un érysipèle à forme typhoïde.

Bref, ce dont nous étions réellement surpris, c'était de voir un érysipèle, en apparence très-léger et bénin le premier jour, acquérir rapidement une gravité très-grande par l'apparition de phénomènes généraux d'une intensité remarquable.

Les accidents généraux se sont de plus en plus prononcés, des phénomènes d'ataxie sont survenus, et, après avoir duré quatre jours, cet homme a succombé hier.

Tout cela constitue un cas très-intéressant, mais difficile à interpréter, car il est rare de voir un érysipèle affecter une marche semblable. C'est un fait complètement insolite surtout chez un individu jeune, jusque-là toujours très-bien portant et sans antécédents aucuns.

Le cas me paraît si singulier que je me demande encore si cet homme est bien mort d'un érysipèle, ou s'il n'a pas plutôt succombé à quelque complication méconnue pendant la vie et que l'autopsie seule pourrait nous apprendre. Se serait-il surajouté une fièvre typhoïde ? Mais ce serait encore là un fait exceptionnel, car il est bien sûr que cette affection emporte les malades dans l'espace de quatre ou cinq jours.

Pour moi, je ne vois guère autre chose qu'un érysipèle infectieux devenu foudroyant, galopant, par les symptômes généraux qui se sont développés avec une intensité sans relation aucune avec l'état local.

II. Au n° 12 *bis* nous avons aussi un cas intéressant. Il s'agit d'un individu présentant des ulcérations multiples (trois ou quatre), arrondies, dont les bords ne sont pas taillés à pic, dont la base n'est pas indurée, suppurant abondamment et siégeant sur la peau de la verge, à droite et à gauche. Elles sont aussi très-peu douloureuses et ne s'accompagnent pas d'une adénite très-prononcée.

De plus nous trouvons encore des ulcérations semblables et plus nombreuses dans la cavité préputiale, ainsi qu'une balano-posthite suppurante sans phimosis.

Quand on considère l'ensemble de ces lésions multiples, la première pensée est celle d'une affection vénérienne, de chancres mous avec inflammation subaiguë, sans adénite véritable jusqu'à présent. Seulement, il ne faut jamais se hâter de se prononcer en pareils cas, sans être bien certain que l'on ait affaire à une syphilis.

Il existe en effet une affection commune, chez la femme surtout, pouvant simuler le chancre mou ; je veux parler de l'herpès des organes génitaux, herpès préputial chez l'homme, qui donne naissance à de petites érosions superficielles et multiples, comme chez le malade dont je vous entretiens en ce moment. Il n'y a aucun élément de diagnostic précis entre ces deux affections, le chancre mou et l'herpès préputial, si ce n'est l'aveu par le malade d'une contagion certaine, ou l'inoculation sur lui-même du pus recueilli sur les ulcérations du fourreau de la verge. Si l'inoculation réussit à donner une nouvelle pustule et une érosion semblable, nul doute que l'on n'ait eu affaire à un chancre mou ; si, au contraire, elle reste sans résultat, c'est que nous sommes en présence d'un herpès des organes génitaux.

Mais en réalité nous est-il bien nécessaire de le savoir d'une façon bien positive ? Du moment que les caractères de l'érosion nous garantissent contre l'existence d'un chancre infectant, nous sommes certains de n'être pas obligés de recourir à une médication spécifique générale. De plus, le traitement du chancre mou et de l'herpès préputial peut se faire localement par les mêmes moyens. Il est donc réellement inutile de recourir à une inoculation qui n'ajoutera rien à la thérapeutique à intervenir ici et n'aura d'autre avantage que de créer une nouvelle ulcération, aujourd'hui surtout que nous sommes bien fixés sur la valeur de ces faits.

Enfin est-il bien nécessaire aussi d'interroger notre malade sur les causes de son mal, sur son origine ? N'y aurait-il pas inconvénient, au contraire, à éveiller son attention sur une contagion quelconque par rapports conjugaux, cet homme étant marié ? Je le crois d'autant plus volontiers que tout ce qu'il pourrait dire à ce sujet ne saurait, je le répète, modifier notre thérapeutique.

Celle-ci doit avoir pour but en effet de faire cicatriser le plus rapidement possible les ulcérations. Pour cela nous faisons saupoudrer les érosions du fourreau de la verge avec la poudre d'iodoforme et recouvrir ensuite les parties d'un linge imbibé d'une solution phéniquée au centième. Quant aux ulcérations de la cavité préputiale et à la balano-posthite, nous ferons un pansement séparatif de façon à préserver le gland au moyen d'une bandelette de linge trempée dans l'eau blanche. Ce médicament est un de ceux qui en pareils cas conviennent le mieux. De plus ce pansement sera lui-même aussi un moyen complémentaire de diagnostic.

En effet, si nous avons affaire tout simplement à des érosions tenant à l'herpès génital, la guérison surviendra dans l'espace de deux ou trois jours, quatre au plus tard. Si ces ulcérations sont, au contraire, celles d'un chancre mou, le pansement séparatif que je viens de vous indiquer, à l'iodoforme et à l'eau blanche, en amènera la cicatrisation dans un temps un peu plus long, qui variera entre huit, dix ou quinze jours, sans dépasser cette limite.

De toutes façons, n'ayant point affaire chez notre malade à un chancre infectant, ainsi que le caractère des ulcérations et l'absence d'adénite, etc., nous le démontrent suffisamment, la guérison sera certainement prochaine par le traitement auquel j'ai recours en pareilles circonstances.

HOPITAL NECKER. — M. Potain.

Hydatides du foie et ictère catarrhal.

Un cas intéressant est celui de la malade couchée au lit n° 7 de la salle Sainte-Adélaïde, et entrée il y a cinq jours. C'est une femme de trente-six ans, dont la teinte est tellement bronzée qu'elle lui donne l'aspect d'une véritable mulâtresse.

Bien portante jusque-là, elle éprouva une telle émotion dans les derniers jours des évènements politiques de 1871 qu'elle eut bientôt une jaunisse des plus intenses, verdâtre, bronzée, accompagnée de troubles gastriques résultant d'un ictère réellement catarrhal, sans coliques hépatiques ni cal-

culs biliaires. Tel fut du moins, alors, le diagnostic porté à cet hôpital, où elle entra pour la première fois à cette époque.

Ces accidents furent longs à disparaître, et ne s'effacèrent qu'au bout de quinze mois, laissant après eux un amaigrissement excessif malgré une alimentation suffisante. L'examen des selles montra qu'elles renfermaient une grande quantité de matières grasses. C'est alors que je lui fis prendre de la pancréatine ; au bout de trois jours, les selles redevenaient normales. La malade guérissait parfaitement et reprenait même un certain embonpoint.

Quelque temps après, elle commença à toussoter de temps à autre ; en 1874, la toux devint, à un moment donné, un peu plus forte, s'accompagnant d'une certaine angoisse, d'un malaise mal défini, et la malade cracha, pendant plusieurs jours, une grande quantité de matières puriformes, mêlées à des membranes blanchâtres et à des grains blancs comme de petites groseilles, provenant d'un kyste hydatique, qui s'était évacué par les bronches.

Depuis cette époque, elle est prise de quelques accidents analogues, une ou deux fois chaque année, toussant de nouveau, et rendant par l'expectoration de petites boules ou de petites peaux blanches.

Enfin, il y a six mois, à la suite d'une colère extrêmement violente, elle a perdu l'appétit ; elle a ressenti quelques malaises, puis a jauni avec une grande rapidité; atteignant assez promptement la teinte foncée qu'elle présente actuellement. Enfin, aujourd'hui, elle nous offre un ictère bronzé, assez semblable à celui pour lequel nous l'avons soignée une première fois, il y a dix ans.

Ainsi donc, chez cette malade, nous trouvons un état complexe, caractérisé, d'une part, par une sorte d'ictère à marche chronique, de l'autre, par des hydatides évacuées, de temps à autre, par les canaux bronchiques. Aucun doute ne saurait être dans notre esprit : ces hydatides ont été examinées avec soin et parfaitement reconnues, qu'elles fussent vivantes ou mortes et plus ou moins altérées.

Mais quelle est leur origine? Poumons, plèvre ou foie? Les hydatides de la plèvre sont très-rares : pour ma part, je n'en ai jamais vu qu'une fois. Celles du poumon, rares également, sont cependant un peu plus fréquentes ; néanmoins nous ne trouvons pas ici les phénomènes auxquels leur présence pourrait donner lieu. Reste le foie, où leur présence est beaucoup plus fréquente.

L'ictère n'est pas un symptôme que l'on rencontre souvent dans les hydatides du foie, et, pour le produire, il faut autre chose. Chez notre malade, le foie est gros, et son augmentation de volume se fait surtout sentir en haut, où il remonte au-dessus du mamelon. Ce fait est très-important, car le foie s'abaisse bien plus fréquemment qu'il ne remonte, quand il se tuméfie ; si ce n'est dans le cas où sa face supérieure, convexe, est le siège de quelque tumeur.

Les tumeurs du foie, dans ce cas, sont de trois ordres : 1° purulentes, mais les abcès du foie sont rares en France ; 2° cancéreuses, il est rare également qu'elles soient assez volumineuses pour faire une saillie aussi considérable en haut; généralement elles font également saillie un peu partout; 3° hydatiques, lesquelles, si elles occupent la face supérieure ou convexe du foie, refoulent peu à peu le diaphragme, et s'élèvent plus ou moins haut au-dessus du niveau normal de l'organe.

C'est justement ce dernier cas que nous rencontrons ici, et, de plus, la malade a souvent vu, dans les matières rendues par la bouche avec les hydatides, un liquide jaune-verdâtre, ayant un goût prononcé de bile. Enfin, l'évacuation de kystes hydatiques du foie par les bronches n'est pas un fait très-rare.

Dans le cas où ces kystes s'ouvrent dans les poumons, ils s'y creusent peu à peu une cavité, ils y élisent domicile, et, soit à la suite d'un travail ulcératif, soit conséquence d'un effort un peu violent, l'évacuation se fait par la bouche. Si l'ouverture est petite, l'évacuation marche lentement, comme ici, s'accompagnant de petits accès de toux, d'une expectoration renfermant de petits œufs; la cavité suppure un peu, puis se ferme définitivement. Néanmoins la guérison se fait souvent longtemps attendre dans ces conditions, les évacuations sont intermittentes, et la cicatrisation est lente et difficile.

Quoi qu'il en soit, cette femme a eu un kyste du foie avec évacuation de la bile et des hydatides par la bouche. Ceci peut avoir des conséquences sérieuses, car, tandis qu'un épanchement de bile dans la poche kystique tue les hydatides et se trouve être, par suite, un évènement heureux, d'autre part, ce n'est pas impunément que la bile traverse le poumon. Elle peut y développer, en effet, les accidents les plus redoutables, une gangrène promptement mortelle.

Ici, l'ouverture paraît être, très-heureusement, fort petite.

Quant à l'ictère, comment un kyste hydatique aurait-il pu le produire, en raison de son siége à la partie convexe du foie? Le fait est rare. Lorsque la tumeur kystique s'étend au contraire en bas, elle peut comprimer les vaisseaux biliaires et, par là, donner lieu à des manifestations ictériques ; elle le peut encore lorsque la tumeur vient à s'ouvrir dans les canaux biliaires, ce qui est encore un fait grave, à moins qu'elle ne se vide immédiatement dans le tube digestif.

Il n'en est pas ainsi chez notre malade, et ses ictères n'ont pas eu la soudaineté de ceux qui sont dus à une obstruction biliaire absolue.

Mais l'ictère peut encore avoir pour cause une perturbation du système nerveux, telle qu'une vive émotion, une violente colère. Nous en connaissons un assez grand nombre de faits : telle est entre autres, — si toutefois elle est vraie, — l'histoire de ce jeune duelliste devenant jaune tout à coup devant l'épée de son adversaire ; telle est aussi l'observation, rapportée par M. Bouillaud, d'un homme qui, en se rasant, reçoit une lettre lui apportant une nouvelle désastreuse, et qui, lorsqu'il reprend son rasoir, s'aperçoit qu'il est absolument jaune.

Il y a dans cet ictère spasmodique un mécanisme spécial.

L'ictère survient aussi à la suite d'une émotion morale ou d'une colère, comme chez notre malade, mais il n'apparaît guère alors qu'au bout d'une dizaine de jours, et, dans cet intervalle, l'individu perd l'appétit, éprouve des malaises, il a des nausées, de la constipation, enfin il devient jaune. Tel est le début ordinaire de ce qu'on appelle l'ictère catarrhal, où il se produit dans le canal cholédoque une inflammation catarrhale analogue à ce qui se passe dans les fosses nasales sous l'influence d'un rhume de cerveau. Cet état catarrhal du foie commence quelquefois par le tube digestif, d'où il gagne les voies biliaires, et, dans ce cas, la colère ou l'émotion n'agissent plus d'une façon spasmodique, mais leur action débute par un trouble des fonctions digestives.

Les deux atteintes d'ictère ont débuté, chez notre malade, par des troubles digestifs, et n'ont pas été le résultat de la

présence des hydatides; mais il est probable que celles-ci l'ont prédisposée à la jaunisse. L'ictère présente, chez cette femme, un caractère tout particulier : je veux parler de sa durée exceptionnelle de quinze mois, car, le plus ordinairement, l'ictère catarrhal dure de douze à quinze jours. Cependant les annales scientifiques en rapportent quelques-uns dans lesquels la maladie a persisté près d'une année. Mais, je le répète, ces faits sont rares.

Il est vrai qu'ici l'état catarrhal du foie est très-probablement entretenu par un état congestif du foie, dû à la présence des hydatides. Nous avons donc ici, comme je le disais en commençant, un état complexe.

L'ictère catarrhal se termine généralement par la guérison, sauf les cas où il y a plus qu'une simple inflammation de la muqueuse, où il existe, soit de petites ulcérations, soit une adhérence des parois avec rétrécissement plus ou moins considérable du calibre des canaux biliaires. Dans ces circonstances, l'ictère devient alors chronique, et si, à un moment donné, l'évacuation de la bile se trouve complètement entravée, il peut survenir des accidents très-graves de cholémie.

Quant au traitement, il se compose de laxatifs légers, de boissons alcalines, à dose modérée, et de lavements froids, sans avoir jamais recours à aucune médication perturbatrice.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. Jules Simon

Des convulsions chez les enfants (1).

II

Après vous avoir décrit, dans notre dernière conférence, la symptomatologie des convulsions éclamptiques des jeunes enfants, il nous reste aujourd'hui à vous faire le diagnostic, le pronostic et le traitement.

Comme nous vous l'avons dit au début de cette étude, les convulsions de l'enfance doivent être classées en trois groupes correspondant à trois états pathologiques parfaitement distincts malgré les ressemblances qu'ils peuvent offrir. Ces trois états dont il nous faut faire le diagnostic sont : l'éclampsie, les convulsions épileptiques et l'épilepsie.

L'enfant éclamptique, c'est-à-dire sujet à des troubles purement nerveux, est ordinairement très-jeune, dans les environs de deux à trois ans, c'est-à-dire d'un âge où le système nerveux, très-jeune aussi, est facile à ébranler. A ce caractère particulier à l'éclampsie s'en ajoute un autre fourni par l'attaque elle-même; je veux parler de son début subit, brusque, après des prodromes à peu près insignifiants, et sous l'influence d'une cause accidentelle appréciable. De plus ces attaques sont très-irrégulières dans leur apparition et durent plus longtemps que celles des autres groupes. Elles ne reviennent pas non plus sans une nouvelle cause accidentelle quelconque. Quoique idiopathiques, elles peuvent être localisées, et c'est ainsi que nous voyons assez fréquemment les convulsions porter sur tel ou tel point du corps, ou sur un seul côté. La généralisation des convulsions n'est donc pas un caractère diagnostique de l'éclampsie.

Les attaques épileptiformes ou symptomatiques d'une lésion appartiennent à tous les âges, aux jeunes sujets, aux enfants âgés de quelques jours seulement, comme aux individus avancés en âge, c'est-à-dire tant que la lésion, cause des accidents, persiste. Ces attaques sont plus répétées, se montrant souvent plusieurs fois par jour. De plus elles peuvent se présenter sous deux formes, les grandes ou les petites attaques. L'éclampsie, au contraire, n'apparaît jamais que sous la forme d'une grande attaque. Dans les convulsions épileptiformes, les attaques s'enchevêtrent, et, lorsqu'elles sont terminées, le malade peut rester contracturé, idiot, paralysé, déprimé ou surexcité par suite de la lésion elle-même.

Quant à l'épilepsie, c'est une névrose qui ne se rencontre guère avant l'âge de quatre ou cinq ans, époque avant laquelle son entité morbide ne se présente pas avec ses allures propres.

L'âge de l'individu en proie à des convulsions est donc déjà un élément distinctif important pour le diagnostic.

Les épileptiques sont des individus nerveux chez lesquels les attaques reviennent souvent toutes les trois semaines ou tous les mois comme sous une sorte d'influence lunaire; de là le nom de lunatiques qui leur a été quelquefois donné. Les convulsions revêtent chez eux la forme de grandes ou de petites attaques. Ce qui les distingue des convulsions épileptiformes, c'est qu'elles n'entraînent, comme ces dernières, ni paralysie, ni contractures, ni troubles intellectuels apparents au début de la maladie, bien que l'enfant épileptique reste ordinairement béat, sans afféterie, qu'il se plaise à vivre dans l'isolement; mais il n'est pas idiot. L'épileptique diffère aussi de l'éclamptique en ce que ce dernier, l'attaque terminée, reprend sa vie ordinaire comme par le passé.

Le diagnostic d'après les signes cliniques ne saurait nous suffire, il nous faut aussi faire celui de la cause des convulsions.

Dans l'éclampsie la cause la plus fréquente se reconnaît dans les voies digestives; mais, si vous ne l'y rencontrez pas, cherchez-la à la surface de la peau, dans quelque affection cutanée ou dans les points où le malade accuse une certaine douleur; cherchez-la encore dans un vésicatoire, dans une brûlure, dans l'existence d'un corps étranger dans l'oreille. S'il existe quelque état fébrile, portez votre pensée vers une fièvre éruptive à sa première période ou vers une pneumonie au début. Si l'attaque d'éclampsie revêt une modalité anomale, vous en chercherez l'explication, soit dans la composition des urines, soit dans quelque empoisonnement par des parfums, des essences répandues dans une pièce occupée par l'enfant, dans une sorte d'asphyxie, ou bien encore vous la trouverez dans quelque hémorrhagie, etc.

De plus, et le fait est assez ordinaire, un enfant a des convulsions, la famille vous fait demander, et, quelque hâte que vous mettiez à vous rendre auprès du petit malade, vous arrivez lorsque l'attaque est passée. Dans ces conditions vous ne pouvez faire votre diagnostic que d'après les renseignements qui vous sont donnés par les parents ou par la nourrice. On vous dit alors que l'enfant s'est réveillé en sursaut, en poussant un cri, qu'il avait le regard inquiet, ou bien qu'il semblait sous l'influence d'une peur, d'une hallucination. Quant à des convulsions véritables, il n'en est point question, et c'est là le point capital à mettre en saillie, car en pareils cas il ne s'agit plus là d'une attaque vraie d'éclampsie, mais d'une simple hallucination.

L'attaque, au contraire, a-t-elle lieu sous vos yeux, vous examinerez si elle est partielle ou générale, si elle se reproduit

(1) Fin. — Voir le numéro du 9 mai 1882.

par une série d'accès successifs ou s'entremêlant, s'enchevêtrant. Vous reconnaîtrez enfin le moment où l'attaque cesse complètement par ce signe de la plus haute valeur que je vous ai déjà signalé dans notre première conférence sur les convulsions, signe sur lequel j'insiste tout particulièrement, je veux parler de l'émission abondante des urines. En effet, tant que celle-ci n'aura pas eu lieu, l'attaque ne sera pas finie, quelque accalmie que vous constatiez dans l'état de l'enfant. Votre pronostic relatif à la terminaison des convulsions éclamptiques peut donc se fonder sur l'analyse d'un signe, tant celui-ci est d'une grande importance.

Quant au pronostic de l'éclampsie en général, il n'est pas grave, contrairement à l'opinion des parents que les convulsions ont souvent terrifiés; il n'est pas grave, à moins cependant que ces convulsions ne se répètent par séries d'attaques survenant dans le cours de la coqueluche pendant la période asphyxique. Dans ces conditions, l'éclampsie est une complication sérieuse de la maladie primitive. Cela revient à dire, comme je vous en ai déjà parlé, que les convulsions éclamptiques doivent être considérées selon qu'elles sont initiales, c'est-à-dire survenant au début d'une maladie comme une fièvre éruptive, la pneumonie, etc., ou selon qu'elles sont terminales, apparaissant comme une complication au cours d'une autre affection avancée déjà dans son évolution. Les premières ne sont généralement pas graves, les secondes sont presque toujours fatalement mortelles. Nous devons en excepter cependant les convulsions urémiques à la fin d'une maladie, qui sont loin d'avoir la gravité des convulsions survenant chez des enfants atteints de coqueluche.

Mais je n'insiste pas davantage, et j'ai hâte d'arriver au traitement.

La thérapeutique des convulsions que nous étudions ici, il faut bien le dire, est décourageante telle qu'elle est enseignée la plupart du temps dans les livres, parce que l'on nie presque toujours toute utilité d'intervenir. Non-seulement Trousseau conseille de ne rien faire, comme je vous l'ai déjà dit, mais il ajoute encore que tout ce que l'on tentera du côté de la peau, par exemple, n'aura pour résultat que d'augmenter les convulsions. Ceci est absolument faux, car l'enfant pendant ses attaques éclamptiques ne sent absolument rien, par suite le bain sinapisé ne sera pas douloureusement senti par lui.

Aussi, loin de partager la manière de voir de Trousseau, je dis que nous devons intervenir activement, par crainte d'accidents d'apoplexie miliaire, par exemple; il faut intervenir, non pas seulement pour se donner à soi-même le bénéfice d'un rôle qui ne serait qu'apparent, pour avoir l'air de faire quelque chose, mais parce que votre intervention est utile, qu'elle est importante, qu'elle est nécessaire. Et, du moment que le petit enfant en pleine convulsion ne sent rien, vous ne devez avoir nulle crainte de réveiller sa sensibilité.

Le traitement des convulsions éclamptiques doit se diviser en traitement préventif et en traitement de l'attaque elle-même.

1° *Traitement préventif.* — L'enfant, qui jusque-là était resté ce que sont tous ceux de son âge, devient bizarre, original, dort mal et d'un sommeil agité de soubresauts nerveux; souvent même il est issu de parents également nerveux. C'est en présence d'un semblable état, que l'on pourrait appeler prodromique, qu'il est nécessaire d'intervenir activement pour empêcher les convulsions d'éclater. C'est alors que l'enfant sera tenu éloigné de sa famille, ce qui n'empêchera nullement sa mère de le surveiller avec autant de sollicitude; il sera tenu dans une sorte d'isolement, élevé à part et non plus au salon; on le reléguera dans le silence, dans son petit coin à lui, où il puisse se développer en toute liberté quant à sa structure. De plus, on surveillera avec soin l'état des voies digestives et de leurs fonctions, et l'on administrera un peu de bromure, afin de calmer sa surexcitabilité nerveuse. Point de température trop élevée dans les pièces qu'il habitera; il ne faudra pas le couvrir trop ou trop peu. Ce sont là, direz-vous, des lois d'hygiène bien connues. Je n'en disconviens pas, mais ce sont aussi des détails d'une réelle importance, si petits qu'ils puissent vous paraître, et auxquels cependant le médecin devra veiller avec attention, les mères ou les nourrices n'en comprenant pas toujours l'importance véritable.

Quant au sirop de bromure de potassium, dont chaque cuillerée à bouche — soit 15 grammes — renferme 1 gramme de bromure, on le donne, chez un enfant de deux ans, à la dose d'une petite cuillerée à café dans un peu d'eau, dès que l'enfant commence à devenir grognon, maussade ou capricieux avec de petites insomnies. On l'administre de préférence le soir avant le repas, lequel, dans ce cas, devra être très-léger. De loin en loin, à ces enfants l'on prescrira un peu de magnésie, de petits lavements. Puis on aura grand soin d'interdire les bains de mer, les bains salés et les bains sulfureux, de même que le thé, le café et surtout les liqueurs alcooliques. Voilà pour le traitement préventif.

2° *Traitement de l'attaque.* — L'attaque survient-elle, il s'agit de ne pas perdre de temps. Dès votre arrivée auprès du petit malade en proie aux convulsions éclamptiques, vous commencez, avant toute enquête, par administrer *vous-même* un lavement composé d'un verre et demi d'eau tiède et d'une cuillerée à dessert de sel, ou de trois à quatre cuillerées à bouche d'huile à manger, ou bien encore de glycérine ou de miel, toutes choses que vous avez généralement sous la main. Si je vous conseille de donner vous-même ce lavement, c'est que le plus souvent parents et nourrice ont perdu la tête. L'enfant évacue et urine un peu, l'attaque est soulagée, mais les dents sont encore serrées. Cependant, si la bouche s'entr'ouvre médiocrement, vous essaierez de titiller la luette avec les barbes d'une plume, les poils d'un pinceau, pour amener les vomissements; s'ouvre-t-elle suffisamment, vous administrerez un vomitif qui débarrassera l'estomac — le plus souvent cause des convulsions — des aliments qui n'ont pu être digérés.

Cependant l'attaque continue; ayez de l'éther ou du chloroforme, ce dernier de préférence, versez-en sur un mouchoir et faites-en respirer largement à l'enfant pour calmer son système nerveux; si la convulsion reparaît, vous y recourez de nouveau.

Les accès qui s'étaient calmés sous l'influence des moyens que je viens de vous indiquer, viendraient-ils à se répéter, préparez un bain auquel vous ajouterez de la farine de moutarde, plongez-y vous-même l'enfant, sans crainte, comme l'a dit à tort Trousseau, de rappeler les convulsions. Puis, dès que l'enfant revient à lui, vous l'essuyez rapidement et avec soin, et vous le mettez dans son lit; quitte à recourir de nouveau au chloroforme si les convulsions

réapparaissent. Le chloroforme amène souvent aussi des vomissements. Enfin je suppose que l'attaque se renouvelle après une petite accalmie, vous plongez de nouveau l'enfant dans le bain sinapisé. Puis, ne pouvant rester indéfiniment auprès de votre petit malade, vous prescrivez aux parents, tant que l'enfant n'aura pas uriné suffisamment, de donner la potion formulée ainsi qu'il suit pour un enfant de deux ans par exemple :

Eau de tilleul.	100	grammes.
Bromure de potassium . .	1	—
Musc.	de 5 à 10	centigrammes.
Sirop de codéine.	5	grammes.
Sirop de fleurs d'oranger.	30	—

Mais, diront certaines personnes, pourquoi tout ce mélange? La codéine va congestionner le cerveau. Ceci est une pure théorie; dans la pratique, il ne faut pas se laisser arrêter par une théorie, là où l'on a plusieurs éléments à considérer. Et, du reste, en réalité le cerveau de notre petit éclamptique n'est pas congestionné, il n'est qu'affolé; aussi l'opium conviendra-t-il parfaitement pour en obtenir le calme et le faire rentrer dans l'ordre.

Les résultats obtenus justifient pleinement ce traitement; vous verrez peu à peu le calme revenir, et vous pouvez être convaincu que, si la nature y a été pour quelque chose, votre traitement n'y a pas moins contribué pour une bonne part, ceci soit dit sans aucune exagération.

Enfin l'attaque est définitivement passée, les urines ont été abondantes. Pourtant, les jours suivants, l'enfant est resté nerveux, impressionnable, irritable ; là encore je vais intervenir, contrairement à l'opinion de Trousseau, en appliquant à la nuque un petit vésicatoire, long seulement de 4 centimètres sur 3 de large. Mais je ne fais cette application qu'à la condition de le laisser seulement trois heures en place et d'appliquer pendant une heure un cataplasme de fécule. Ce qui dans le vésicatoire pourrait amener les convulsions, ce serait sa durée trop longue ou ses trop grandes dimensions; hors de là n'en ayez nul souci, vous en tirerez au contraire un véritable bénéfice pour l'enfant.

Tel est le traitement des convulsions éclamptiques chez l'enfant, traitement préventif ou traitement de l'attaque, tel que je l'institue dans ma pratique de chaque jour.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 mai 1882. — Présidence de M. Gavarret.

CORRESPONDANCE

1° M. Grison adresse un pli cacheté relatif à un fait de modification physiologique dans les fonctions de la peau (accepté); 2° M. le docteur Sorel, médecin-major, adresse une note manuscrite intitulée : *Recherche de la glycosurie chez les paludiques (deuxième série de faits).*

PRÉSENTATIONS

M. Bergeron présente : 1° au nom de M. le docteur A.-J. Martin, une brochure sur l'organisation de la médecine publique en France et la création d'une direction de la santé publique; 2° au nom de M. le docteur Drouineau, un travail sur le même sujet, circonscrit aux limites d'un département.

M. Leroy de Méricourt présente, au nom de M. le docteur Corre, médecin de la marine, une brochure sur l'étiologie et la prophylaxie de la fièvre jaune.

M. Léon Colin présente, en son propre nom, une brochure intitulée : *Nouvelles études sur la fièvre typhoïde dans l'armée.*

M. Gavarret présente : 1° au nom de M. le docteur Charpentier, un volume sur l'examen de la vision au point de vue de la médecine générale; 2° au nom de M. le docteur Onimus, un Guide pratique d'électrothérapie.

M. Marjolin présente une série de rapports sur les logements insalubres de Paris, au nom de M. Dumesnil.

M. Vulpian présente, au nom de M. Arnaud (de Saint-Gilles, du Gard), une note manuscrite sur la syncope. (Comm. MM. Béclard et Vulpian.)

M. Larrey présente, au nom de M. le docteur Charles Fauvel, une observation de balle retrouvée dans le larynx dix ans après son entrée dans la tête.

M. Lasègue, au nom de M. Joal, présente une brochure sur les rapports de l'asthme et des polypes muqueux du nez.

M. Brouardel, au nom de M. le docteur Napias, présente un volume intitulé : *Manuel d'hygiène industrielle.*

ÉLECTION

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre dans la section des correspondants nationaux. La liste de présentation portait : en première ligne, M. Bourguet (d'Aix); en deuxième ligne, M. Delore (de Lyon); en troisième ligne, M. Michel (de Nancy); en quatrième ligne, M. Sarrazin (de Bourges); en cinquième ligne, M. Cazin (de Boulogne); en sixième ligne, M. Spillmann (d'Alger).

Au premier tour, sur 70 votants, majorité 36 :

M. Sarrazin obtient 30 voix, M. Bourguet 23, M. Cazin 9, M. Michel 6, M. Delore 1, et M. Spillmann 1.

Pas de majorité.

Le deuxième tour, sur 67 votants, donne à M. Sarrazin 44 voix, à M. Bourguet 19, à M. Cazin 2, et à M. Michel 1.

En conséquence, M. Sarrazin, ayant réuni la majorité, est proclamé élu.

LECTURES

La folie et le divorce. — **M. Blanche**, appelé devant la commission de la Chambre des députés chargée d'examiner la proposition de loi sur le divorce pour donner son avis sur la question de savoir si la folie doit être considérée comme une cause de divorce, a fait une réponse formellement négative.

L'aliéné incapable d'exercer ses droits et de pratiquer ses devoirs est frappé de mort morale, aussi longtemps qu'il est privé de sa raison. Si la science peut affirmer qu'il ne guérira jamais, pourquoi lui laisser dans la société une place qu'il ne pourra jamais y reprendre? Pourquoi la loi ne permettrait-elle pas de rompre de droit un lien qui est brisé de fait par la maladie? Telle était, en substance, la question qui était posée.

Ce que M. Blanche a cherché à montrer, c'est : 1° que, pour un grand nombre de ces cas, on pourrait éviter le malheur, si, dans les projets de mariage, les choses allaient moins vite qu'elles ne vont d'ordinaire, si les renseignements étaient pris plus sérieusement et si on ne se laissait pas aveugler sur les questions de santé par des considérations de nom, de position et de fortune, etc.; 2° que pour d'autres cas, également nombreux, la période de la maladie dans laquelle l'incurabilité est définitive, est relativement courte; 3° et enfin que dans les circonstances où le malheur n'a pu être prévu ni évité, les devoirs réciproques du mari envers sa femme et de la femme envers son mari, loin de pouvoir être considérés comme anéantis, deviennent, au contraire, plus grands et plus sacrés encore.

Les cas dans lesquels le malheur pourrait être évité, ce sont d'abord les affections congénitales telles que l'idiotie, l'imbécillité, la débilité intellectuelle, ce sont ensuite les affections héréditaires.

M. Blanche montre, par des exemples empruntés aux diverses catégories d'aliénation mentale, quelle extrême réserve est commandée au médecin dans le pronostic de ces affections et dans les mesures légales qu'elles peuvent nécessiter.

Examinant successivement diverses formes de maladies mentales qui sont considérées comme le plus souvent incurables, dont quelques-unes ne le sont pas nécessairement et dont d'autres ne

le deviennent souvent d'une façon définitive qu'après de nombreuses rémissions, telles que la paralysie générale, l'épilepsie avec troubles de la raison; il fait voir par des exemples que, si ces affections sont le plus souvent au-dessus des ressources de l'art, cependant il n'est pas de médecin qui n'ait obtenu de guérison.

La manie, la monomanie, la mélancolie, la lypémanie, lorsqu'elles sont passées à l'état chronique, n'offrent aussi que peu de chances de guérison. Il serait cependant téméraire de prétendre que les malades ne guérissent jamais. Témoin, entre autres, le fait d'une femme lypémaniaque qui a guéri après quinze ans de séjour dans sa maison. Tous les médecins ont observé de ces guérisons tardives et presque inespérées ; ne suffit-il pas qu'elles soient possibles pour montrer les terribles effets du divorce sur ces malades considérés comme à jamais frappés de mort morale et dont le retour à la raison serait un malheur si grand, en admettant que le divorce soit intervenu dans ces conditions, que l'on ne sait si on ne devrait pas leur souhaiter de la perdre de nouveau?

Le divorce peut être demandé d'un commun accord par les deux époux, ou par l'un d'eux seulement, l'autre y mettant opposition. Dans le premier cas, le divorce serait prononcé sans débats; dans le deuxième, il y aurait nécessairement procès et plaidoiries contradictoires. Mais l'aliéné ne peut faire un acte quelconque qui soit légalement valable. Qu'il vienne à perdre le procès engagé en son nom et que le divorce soit prononcé, s'il guérit, il se trouvera divorcé, sans même le savoir. Quelle ne sera pas sa situation !

Telles sont, entre beaucoup d'autres, les considérations principales sur lesquelles M. Blanche s'est appuyé pour combattre l'amendement qui proposait de déclarer que la folie peut être une cause de divorce. MM. Charcot et Magnan, consultés sur la même question, ont répondu dans le même sens. L'amendement a été retiré du projet de la commission.

Acné kéloïdique. — M. A. **VÉRITÉ** met sous les yeux de l'Académie le dessin d'un cas d'acné kéloïdique siégeant à la nuque.

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

— M. le professeur Gabriel de Mortillet fera sa prochaine excursion anthropologique dimanche prochain, 14 mai 1882, à Amiens (musée, collections), Saint-Acheul et Montières. Le rendez-vous est à la gare des chemins de fer du Nord, à sept heures trente du matin. On sera de retour à Paris à onze heures dix du soir. Les excursionnistes qui voudraient profiter des avantages accordés par la compagnie des chemins de fer devront se faire inscrire avant le vendredi 12 mai, cinq heures du soir, à l'École d'anthropologie. Le prix, ainsi réduit, en deuxième classe, sera de 12 fr. 50, aller et retour compris.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 12824.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8** fr. **50.** — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Un cas de lymphadénie ; quelques considérations générales sur cette affection.

Il se trouve en ce moment dans le service de clinique de M. le professeur Potain, à l'hôpital Necker, un cas de lymphadénie ou d'adénie, nom que Trousseau avait donné à cette affection à l'époque où elle était encore à peine connue comme espèce morbide spéciale, et où elle venait de faire en quelque sorte son entrée dans le champ de la pathologie. Indépendamment de l'intérêt particulier qui s'attache à ce fait, nous avons pensé être agréable à nos lecteurs en résumant ici les traits principaux de l'esquisse historique de cette affection, que M. Potain a présentée, à cette occasion, aux auditeurs de sa clinique.

Une femme de trente-quatre ans est entrée dans le service le 27 avril, atteinte d'une affection dont le début remonte à dix-huit mois ; jusque-là elle avait eu une bonne santé ; elle n'avait jamais présenté de signes de scrofule dans son enfance ; les seules maladies qu'elle a eues sont la rougeole vers l'âge de quatre ans, le choléra à huit ans. Elle a été réglée à quatorze ans et l'a toujours été régulièrement depuis. Il y a dix-huit mois, pendant la durée d'un rhume sans gravité, on constata pour la première fois l'existence d'une petite tumeur du volume d'un haricot dans la région sus-claviculaire gauche, avec de la pâleur anémique, de l'essoufflement pour la moindre cause. Un séjour de quelque temps à la campagne parut amener un rétablissement complet. Mais, six mois plus tard, cette femme éprouva une légère douleur dans l'aine gauche, où l'on remarqua une nouvelle tumeur ganglionnaire. Peu de temps après, une troisième tumeur, formée de la réunion de plusieurs ganglions, se montra au côté droit du cou. Elle fut traitée alors par des applications de teinture d'iode et par l'usage de l'iodure de potassium à l'intérieur. Enfin, il y a deux mois, elle se présenta à la consultation de l'hôpital, où l'on constata une tuméfaction indolente, mais assez considérable, des ganglions cervicaux latéraux, de chaque côté, des paquets ganglionnaires dans les deux aisselles et dans les deux aines, surtout à gauche. Le sang examiné contenait une faible quantité de globules rouges, mais sans augmentation des globules blancs (globules rouges : 2,770,000 ; globules blancs : 1,300 ; pas de petits leucocytes). L'exploration de la poitrine ne fournissait rien de notable à ce moment.

La malade étant entrée enfin dans le service, voici ce que l'on constata avec les tuméfactions ganglionnaires dont il vient d'être question : A l'examen de la poitrine, diminution légère de la sonorité au sommet droit avec quelques râles sous-crépitants limités à cette région. Point de fièvre. Les voies digestives sont en bon état ; l'appétit est conservé. Rien au cœur. Augmentation sensible du volume de la rate, qui mesure 14 centimètres de hauteur, et un peu d'augmentation de volume du foie.

Sous cette apparence bénigne se cachait une affection grave en réalité. C'est par voie d'élimination que M. Potain est arrivé à déterminer quelle était la nature de cette affection et la signification de ces engorgements ganglionnaires multiples.

On a déjà vu par les renseignements commémoratifs et l'examen actuel venait confirmer qu'il n'y avait nullement à mettre en cause la scrofule, qui s'en distingue d'ailleurs et par la coïncidence d'autres phénomènes morbides de nature scrofuleuse que l'on ne trouve pas ici, et par la tendance à l'échauffement et à la suppuration des tumeurs ganglionnaires, qui chez cette malade sont indolentes.

La syphilis ne pourrait pas davantage être suspectée. Outre qu'il n'en existe aucun signe actuel ni aucune trace, jamais dans la syphilis les ganglions n'acquièrent un pareil volume. On sait, d'ailleurs, que les ganglions symptomatiques de la syphilis constitutionnelle siègent plus spécialement à la région cervicale postérieure.

Enfin on ne pourrait davantage incriminer une diathèse cancéreuse, car on ne trouve nulle part, ni extérieurement ni dans aucun viscère, trace de cancer. D'un autre côté, le cancer ganglionnaire est très-rarement primitif, et, lorsqu'il est consécutif à un cancer viscéral, c'est dans le groupe ganglionnaire voisin de ce viscère qu'il se développe.

Avait-on affaire à un cas de leucocythémie ? Rien ne lui ressemble autant assurément que l'état de cette femme. Mais il y a dans ce cas un caractère décisif, qui distingue la leucocythémie et la différencie de tout ce qui peut symptomatiquement lui ressembler. Ce caractère est fourni par l'examen microscopique du sang, c'est l'augmentation plus

ou moins considérable de la proportion des globules blancs. Or, on l'a vu plus haut, le résultat de cet examen chez cette malade a été négatif sous ce rapport. Il n'a révélé qu'une diminution des globules rouges, mais sans augmentation des globules blancs.

C'était donc à une autre affection que la leucocythémie que l'on avait affaire, mais à une affection qui lui touche de très-près, de si près même qu'elle a été longtemps confondue avec elle : nous voulons parler de cette hypertrophie ganglionnaire idiopathique généralisée, sans leucémie, dont on a fait une espèce morbide à part, depuis l'observation restée célèbre de Bonfils, en 1856, et à laquelle on a assigné différents noms, tels que ceux de maladie d'Hodgkin, nom du médecin qui l'a le premier signalée, hypertrophie progressive multiple des ganglions (Wunderlich), adénie (Trousseau), pseudo-leucémie, anémie lymphatique (Wilks), lymphadénome (Rindfleisch), lympho-sarcome (Virchow), lymphome malin (Billroth). A ces différents noms M. Potain préfère celui de lymphadénie qui paraît avoir le plus de chance d'être généralement adopté.

On ne possède jusqu'à présent aucune donnée étiologique de cette affection. Bien qu'elle ait été observée le plus souvent chez les adultes, on l'a vue aussi chez des enfants et indifféremment dans les deux sexes. On en a attribué l'origine tantôt à la scrofule, tantôt à la syphilis, à la fièvre intermittente ou à l'alcoolisme, ou même aux émotions violentes, quelques cas ayant été observés soit coïncidemment soit à la suite de chacune de ces conditions ; mais la vérité est qu'on ne lui reconnaît encore aucune cause spéciale.

La lymphadénie a également une symptomatologie très-vague. On ne lui connaît pas de prodromes. Elle débute ordinairement par les ganglions axillaires et inguinaux, s'étendant graduellement aux autres régions du corps et aux viscères, en un mot se généralisant, pour se terminer dans un temps variable, d'une manière fatale, par la mort. Les accidents auxquels elle donne lieu pendant son cours sont le plus habituellement des accidents de compression, d'où résultent, soit de l'œdème des extrémités, de l'ascite, de la toux avec dyspnée ou même des accès de suffocation, cornage, suivant que cette compression s'exerce sur les gros troncs veineux, sur les veines abdominales, sur la trachée ou le nerf pneumogastrique. L'appétit se perd, il survient de la diarrhée et des vomissements souvent incoercibles qui amènent l'amaigrissement et une chute rapide des forces, parfois des hémorrhagies et enfin une fièvre hectique. Dans quelques circonstances la terminaison fatale est avancée par des complications intercurrentes, telles que : pleurésie, pneumonie, tuberculisation pulmonaire, diphthérie, etc. Cette femme a eu justement une de ces complications, une pleurésie dont elle n'est pas encore complètement rétablie, mais qui n'offre plus en ce moment rien de menaçant.

Ce que l'on connaît le mieux de cette affection, c'est l'anatomo-pathologie. On sait que l'hypertrophie ganglionnaire peut atteindre des degrés excessifs quant à sa généralisation et au volume des tumeurs. Dans les leçons de Trousseau sur l'adénie, on trouve un exemple d'une de ces tumeurs ganglionnaires qui avait le volume d'une tête de fœtus. Dans le fait rapporté en 1856 par Bonfils, qui le premier en France a signalé et décrit cette affection, il est question d'une tumeur pesant 2,250 grammes. M. Potain apprécie que chaque ganglion pris isolément égale quelquefois le volume d'un œuf de poule. Les glandes ainsi hypertrophiées ont en général une consistance ferme et élastique. Quelquefois cependant on les trouve molles, ce qui a fait admettre deux formes d'hypertrophie ganglionnaire, une forme dure et une forme molle, lesquelles se trouvent associées quelquefois chez le même individu. Cela diminue l'importance de cette distinction, ces deux formes n'étant d'ailleurs que deux phases diverses de l'évolution de la maladie, comme elle l'est chez la malade actuelle.

La rate est presque toujours tuméfiée. Quelquefois on trouve en même temps, dans son épaisseur, de petites tumeurs grisâtres formées de tissu lymphoïde. Dans quelques cas on a rencontré dans la muqueuse intestinale et même dans la muqueuse de l'estomac des lésions de même nature que celles que l'on trouve dans les ganglions et dans la rate, épaississement plus ou moins considérable de la muqueuse dû à l'hyperplasie du tissu lymphoïde qui entre dans la constitution de ces membranes.

Certains organes, qui normalement ne contiennent pas de tissu lymphoïde, ont présenté aussi de petites tumeurs blanchâtres, de même caractère que celles qui se rencontrent dans la rate, constituées comme elles par des cellules lymphatiques contenues dans les mailles d'un tissu conjonctif réticulé. Des néoformations de ce genre ont été trouvées dans le foie, dans le rein, dans les poumons, les plèvres, le péritoine, les ovaires, le testicule, le cerveau, etc.

Le traitement de cette affection est encore fort peu avancé. Beaucoup de moyens ont été essayés, et il en est très-peu qui aient donné jusqu'à présent des résultats satisfaisants. On a proposé d'attaquer la maladie à son début, d'enlever les ganglions à mesure qu'ils se forment et alors qu'ils sont encore isolés. Mais on a dû bientôt y renoncer en présence des insuccès constants qu'ont eus ces tentatives. Les médications qui ont été successivement essayées sont la médication mercurielle et la médication iodurée ; elles n'ont rien donné comme résultat utile. Billroth, depuis 1871, a proposé la médication arsenicale, qu'il dit avoir employée avec des résultats favorables ; elle paraît jusqu'à présent avoir produit de l'amélioration chez tous les malades qui y ont été soumis. Billroth prescrit la liqueur de Fowler à la dose de 5 gouttes par jour pour commencer, puis il augmente d'une goutte tous les jours ou tous les deux jours, jusqu'à ce qu'il arrive à l'intolérance. Cette médication paraît avoir donné également, entre les mains d'autres praticiens, des résultats satisfaisants. Dans quelques cas on aurait obtenu la disparition complète des tumeurs ganglionnaires ; dans d'autres, cette disparition n'aurait été que momentanée, les tumeurs ayant récidivé.

M. Potain se propose d'instituer cette médication chez cette malade, mais il ne la commencera que lorsque la congestion pleuro-pulmonaire, qui est survenue dans ces derniers temps, aura été dissipée. Nous nous tiendrons au courant de ce fait.

Des rapports de l'asthme et des polypes muqueux du nez.

Que des polypes du nez puissent donner lieu de temps à autre à de la gêne respiratoire, rien de plus naturel et de plus simple assurément, mais il ne viendra à l'idée de personne de confondre ces troubles respiratoires d'une origine toute mécanique avec l'asthme, affection essentiellement diathésique, et de considérer par ce fait seul et à priori

comme un asthmatique en imminence tout sujet atteint de polypes muqueux ou voire même fibreux du nez. Mais que ces polypes, lorsqu'ils surviennent chez des sujets déjà prédisposés par leur tempérament, par leurs antécédents morbides ou par l'hérédité à une manifestation ultérieure de l'affection asthmatique, puissent devenir une cause occasionnelle de sa manifestation, voilà une question qui se pose en termes véritablement médicaux et qui vaut la peine qu'on s'y arrête.

Cependant, bien que l'asthme, d'une part, soit une affection assez commune, et que les polypes, d'autre part, soient loin de constituer une rareté pathologique, il faut que les rapports qui peuvent exister entre ces deux états n'aient pas beaucoup frappé jusqu'ici les observateurs, puisque, soit dans les traités généraux de pathologie, soit dans les monographies spéciales, on trouve à peine çà et là quelques vagues indications sur ce sujet. C'est là une de ces lacunes comme on est si souvent surpris d'en rencontrer au milieu de l'abondance d'observations qui s'accumulent incessamment autour de nous.

Ce point circonscrit de l'histoire de l'asthme, si peu exploré jusqu'à présent, a fixé l'attention d'un de nos confrères pratiquant à la station thermale du Mont-Dore, M. le docteur Joal. Voici ce que nous trouvons dans la brochure que vient de publier notre confrère et que M. Lasègue présentait en son nom à la dernière séance de l'Académie.

Une première observation rapportée dans ce travail par M. Joal est l'histoire d'un homme de quarante-deux ans, vigoureusement constitué, n'ayant jamais été malade dans sa jeunesse, mais né d'une mère asthmatique et d'un père rhumatisant, ayant lui-même un tempérament arthritique. Cet homme était depuis une dizaine d'années sujet à de fréquents rhumes de cerveau, survenant aussi bien l'été que l'hiver, lorsqu'en 1876, les coryzas s'accompagnant de violents maux de tête et d'éternuements fatigants, il s'aperçut enfin qu'il avait la narine gauche à peu près obstruée. Deux ans après, en 1878, après une légère amélioration, les phénomènes du côté du nez acquirent une intensité nouvelle, à la suite d'un refroidissement; le malade ne pouvait plus respirer par le nez, il fut pris de fièvre avec courbature qui l'obligea à s'aliter, lorsque, au milieu de la nuit, il fut subitement pris d'étouffements et eut un véritable accès d'asthme qui dura plus de deux heures. Il se passa deux mois sans qu'il eût de nouvelles crises; un second accès survint, moins fort que le premier. Quelque temps après, cet homme contracta un rhume, et, pendant trois semaines, il eut de l'oppression jour et nuit, avec des paroxysmes nocturnes. Enfin, en mai 1879, il fut pris d'un coryza violent et de véritables accès d'asthme.

Lorsque le malade alla consulter M. Joal au Mont-Dore, il était dans un état de santé assez satisfaisant, gêné seulement par la difficulté de respirer par le nez, voix un peu nasonnée. Rien à l'auscultation. L'examen des fosses nasales au moyen du spéculum de Duplay fit constater une obstruction complète de la narine gauche par une masse polypeuse. A droite on voyait un petit polype implanté sur le cornet moyen.

Tout en prescrivant les pratiques thermales indiquées pour l'asthme, M. Joal procéda à l'écrasement et à l'ablation des polypes. La production morbide volumineuse du côté gauche, enlevée, laissa voir en arrière d'autres polypes plus petits, qu'il fallut enlever à leur tour. En une dizaine de séances, les fosses nasales se trouvèrent à peu près complètement nettoyées.

Pendant l'hiver 1879-1880, ce malade a eu de nombreux coryzas avec maux de tête, mais pas de crises d'asthme. Ce ne fut qu'au mois de juin suivant que, le nez s'étant de nouveau bouché, de nouvelles crises d'asthme survinrent. En août, de nombreux polypes remplissaient de nouveau les deux narines; il fallut procéder à une nouvelle extraction, suivie cette fois d'une cautérisation avec une solution concentrée de nitrate d'argent.

Ce malade, revu le 10 novembre 1881, n'avait plus de crises d'asthme, et ses coryzas avaient diminué de fréquence et d'intensité.

M. Joal rapporte dans son travail trois autres observations semblables dans lesquelles l'ablation de polypes nasaux a été suivie de la cessation d'accès d'asthme qui paraissaient s'être manifestés également sous l'influence de la production de ces végétations morbides. Il les fait suivre d'autres observations analogues qui lui ont été communiquées soit par M. le docteur Coupard, chef de clinique de M. Ch. Fauvel, soit par M. Fauvel lui-même et par d'autres confrères, en tout une dizaine environ.

Une analyse rapide de ces observations nous montre que tous ces malades, sans exception, étaient arthritiques ou herpétiques, quelques-uns arthritiques et herpétiques à la fois, la plupart héréditairement. Un simple coup d'œil fait bien vite reconnaître que chez tous la dyspnée a bien présenté les caractères de l'asthme vrai : crises de suffocation débutant brusquement la nuit, sentiment de compression et de resserrement de la poitrine, attitude caractéristique de ces sortes de malades pendant l'accès, respiration anxieuse et sifflante, cessation complète de toute oppression dans l'intervalle des accès (asthme nerveux); ou bien, chez d'autres, persistance de l'oppression dans l'intervalle des paroxysmes, respiration habituellement haletante et courte, toux avec expectoration de mucosités filantes, râles sibilants et ronflants avec emphysème. Aucun signe d'affection cardiaque chez aucun de ces malades. Il ne nous paraît pas possible, en un mot, de contester dans tous ces cas le caractère asthmatique vrai. Il n'y a pas lieu, non plus, de mettre en doute la relation qui a existé dans ces cas entre l'existence des polypes et la manifestation des accès d'asthme, qui n'ont paru chez la plupart de ces sujets qu'à la suite de ces polypes et qui ont cessé chez plusieurs après l'ablation ou la destruction de ces productions morbides.

Mais, de ce que ces faits ont bien effectivement le caractère et la signification que notre confrère leur a assignés, s'ensuit-il qu'ils suffisent pour établir en principe une relation directe, nécessaire, entre ces deux phénomènes morbides, et que les personnes atteintes de polypes du nez soient, *ipso facto*, exposées à voir survenir des accès d'asthme, à devenir, à proprement parler, des asthmatiques? En un mot, doit-on considérer les polypes comme pouvant constituer une cause directe et immédiate de l'asthme? Contre une pareille proposition, nous appellerions en témoignage tant d'asthmatiques qui n'ont jamais eu de polypes, et tant de polypeux qui n'ont jamais eu d'accès d'asthme, que l'on serait bien disposé à penser que ce sont là deux ordres de faits le plus souvent indépendants l'un de l'autre en réalité, et qui, lorsqu'ils coexistent, pourraient bien ne devoir cette coexistance qu'à une coïncidence fortuite.

Eh bien, nous n'accepterions pas plus, dans cette forme absolue, cette seconde proposition que la première. C'est

ici qu'il est nécessaire d'en venir toujours en matière d'étiologie, tant que les théories microbiennes ne nous auront pas désabusés à cet égard, à cette distinction si importante entre les causes efficientes et les causes déterminantes et occasionnelles, celles qui préparent l'évènement et celles qui le font éclore. Or les polypes nasaux, incapables assurément, à eux seuls, de faire naître de toutes pièces l'asthme chez un sujet qui n'y aurait aucune prédisposition, ont sans aucun doute leur part d'action sur la manifestation des accès lorsque ceux-ci n'ont besoin que d'une occasion pour se produire.

Ces réflexions nous venaient naturellement à l'esprit en parcourant le travail de M. Joal, lorsque, arrivant à la fin, nous avons eu la satisfaction de voir qu'il en venait lui-même à cette conclusion, savoir : que, tandis que les polypes du nez ne donneront lieu à aucun trouble respiratoire chez les sujets qui n'ont aucune prédisposition aux crises dyspnéiques, ils pourront provoquer des accès d'oppression chez les malades menacés d'asthme soit à cause de leur tempérament, soit à cause des antécédents héréditaires, ou chez lesquels l'asthme est déjà à l'état latent; qu'en un mot les polypes muqueux jouent simplement le rôle de cause occasionnelle. C'était effectivement la seule conclusion logique à tirer des observations contenues dans ce travail. Ce n'est sans doute qu'un très-petit point de l'étiologie de l'asthme; mais c'est un point qui devra trouver sa place dans l'histoire depuis si longtemps commencée, tous les jours agrandie et jamais finie, de cette affection.

LA LITHOTRITIE DOIT ÊTRE FAITE SANS TRAUMATISME.

Par M. le docteur Reliquet.

I

Dans les *Archives de médecine* de février dernier, a paru une leçon sur la *lithotritie en une seule séance* de sir H. Thompson. Nous y trouvons ce qui suit : « Si l'urèthre est violenté ou déchiré, on peut mettre à demeure une sonde en caoutchouc pendant vingt-quatre heures, mais cela n'est pas nécessaire. La vessie a momentanément perdu sa contractilité, et une sonde à demeure pendant un ou deux jours est préférable au cathétérisme répété.

« Il est certaines complications extrêmement remarquables que j'ai eu occasion d'observer un grand nombre de fois et dont, je le confesse, je ne connais pas la cause. Il arrive souvent que, pendant les trois ou quatre jours qui suivent l'opération, les malades sont absolument soulagés, les urines sont claires, la vessie en tolère une notable quantité ; on croit l'opéré convalescent. *Puis, au bout de quatre à cinq jours, une fièvre légère se montre, la vessie devient irritable, l'urine est chargée, et, en vingt-quatre heures, s'établit une cystite subaiguë qui dure une à deux semaines.* J'ai observé ces faits si souvent qu'il est impossible de ne pas les mentionner. Ils surviennent en dépit de toutes les précautions et ne sont pas les résultats d'une imprudence commise par le malade. L'indication formelle est le séjour au lit, le séjour dans une chambre chaude, et de plus il faut veiller rigoureusement sur les opérés pendant la semaine qui suit l'opération quel qu'ait été le volume de la pierre retirée. »

Sir H. Thompson a, pendant des années, pratiqué la lithotritie, en ne faisant que des séances courtes et nombreuses ; il allait même plus loin dans ce système de lenteur extrême et de précautions, dont le but était d'irriter le moins possible la vessie et l'urèthre, il ne faisait pas d'injections vésicales et surtout il ne faisait pas les injections évacuatrices par la sonde que Civiale faisait et que nous avons toujours faites et conseillées (1). Pour lui, les graviers étaient toujours très-facilement rendus avec l'urine. Partisan résolu de cette méthode, toute de douceur, pendant des années, il est tout naturel que sir H. Thompson confesse ne pas savoir la cause des accidents qu'il décrit.

Cependant Civiale, bien souvent dans ses cours, je pourrais presque dire toutes les fois qu'il parlait de la nécessité de faire des séances de lithotritie courtes, et surtout lorsqu'il racontait comment il était arrivé à renoncer tout à fait aux longues séances, parlait volontiers de ces accidents consécutifs, de ces cystites chroniques.

Du reste, dans son *Traité de la lithotritie*, 1847, page 278, Civiale dit : « Au début de ma pratique, avant que l'expérience m'eût fait connaître la conduite à tenir, je faisais des séances d'une demi-heure; mais souvent alors je voyais survenir des accidents, entre autres une augmentation considérable de la contractilité vésicale, qui durait même plusieurs jours. Je fus par là conduit à abréger la durée des séances, et dès lors l'accident diminua comme tous les autres. Depuis que j'ai réduit à cinq et à dix minutes au plus la durée de chaque opération, je n'observe que très-rarement des accès de fièvre, des douleurs consécutives, des états nerveux, des besoins fréquents d'uriner, des efforts considérables en rendant les dernières gouttes d'urine. Si la séance, ainsi abrégée, cause de l'agacement, il cesse au bout de quelques heures : rarement j'ai besoin de recourir à un traitement spécial. » Puis, après avoir cité des faits où la tolérance spéciale de la vessie a permis de faire de longues séances pour débarrasser en une seule fois la vessie, à propos de l'état consécutif des malades qui avaient été opérés de cette façon, il dit, page 281 : « On verra plus loin qu'un certain nombre de malades ont conservé après l'opération des douleurs différentes de celles qu'occasionne la pierre, mais non moins vives, des besoins fréquents d'uriner avec difficulté de les satisfaire et surtout des catarrhes de vessie fort opiniâtres. L'expérience a prouvé que ce sont là les suites ordinaires des tentatives hasardées, des manœuvres violentes, auxquelles on s'est livré en même temps qu'on faisait des séances prolongées. » A la page 318 du même ouvrage, au chapitre intitulé : « Violences exercées dans l'urèthre et au col vésical », il dit : « Je dois d'autant plus insister sur ce point, qu'ici *le mal ne se manifeste pas toujours au moment de l'opération, qu'il se décèle plus tard et que souvent alors on ne le rapporte pas à sa véritable cause.*

« *Les guérisons incomplètes dont je m'occuperai plus loin dépendent fréquemment des désordres occasionnés par la manœuvre.* »

Ainsi les accidents que décrit sir H. Thompson sont ceux que Civiale veut éviter et évite réellement en ne faisant aucune violence sur l'urèthre ou la vessie, *en ne faisant pas de traumatisme.* Du reste l'analogie en tant que marche des accidents entre le traumatisme chirurgical ordinaire et celui de l'urèthre et de la vessie est très-nette. Dans l'un et l'autre, les accidents sont ou immédiats aussitôt la lésion faite, ou consécutifs et apparaissent après ce temps de quelques jours appelé période d'incubation traumatique. Seulement les accidents locaux du traumatisme uréthro-vésical prennent les caractères spéciaux dus aux troubles fonctionnels qu'il imprime à l'appareil de la miction, à la vessie et à l'urèthre.

Tous ces accidents, pour nous dus au traumatisme, observés par sir H. Thompson après la lithotritie en une séance, ne peuvent pas être attribués à l'emploi d'instruments trop volumineux, car, dans sa communication au Congrès de Londres d'août 1881, sir H. Thompson dit en parlant des gros instruments lithotribes ou canules d'évacuateur proposés par M. Bigelow : « Un grand nombre d'urèthres peuvent admettre une bougie n° 22 à 24 filière Charrière (12 à 13 f. anglaise) sans inconvénient ; si, au contraire, on en passe une du n° 28 à 30 (16-17 des Anglais), on risque fatalement de déterminer des ruptures. La lithotritie, entrée dans une nouvelle phase, tomberait bientôt dans un complet discrédit si nous ne nous rattachions pas à cette règle pratique : il faut toujours retirer une pierre en employant les plus petites actions mécaniques possibles. J'affirme que ce résultat ne peut être atteint que par l'emploi d'instruments proportionnés à la pierre, en ayant soin de ne jamais se servir d'instruments lourds et puissants, à moins de rencontrer une pierre

(1) Reliquet. — *Traité des opérations des voies urinaires.* 1871, pages 502 et 537.

d'un volume extraordinaire. Je pense que notre art est discrédité par la négligence d'une règle si importante. »

Donc sir H. Thompson a les accidents dont il nous parle en se servant d'instruments d'un volume en rapport avec le calibre de l'urèthre; mais, en raison de la répétition prolongée des manœuvres, il arrive à violenter et à déchirer l'urèthre.

Il est bien près des accidents causés par les instruments volumineux conseillés par M. Bigelow. Si un chirurgien aussi expérimenté que sir H. Thompson, rompu à la pratique des manœuvres de la lithotritie depuis des années, en se servant d'instruments peu volumineux, dit avoir souvent des cystites chroniques consécutives durant deux semaines, — et nous verrons ce qu'il faut penser de ces cystites, dues au traumatisme, chez les sujets dont l'âge moyen est de soixante-deux ans, — il ne faut pas tenter la lithotritie en une seule séance, tout au moins avec les instruments dont se sert ce célèbre chirurgien. Tout le monde sait qu'il fait habituellement usage du lithotribe à bec plat.

Cependant, dans cette même leçon publiée en février dans les *Archives de médecine*, il dit : « Je suis heureux de vous dire que, pour opérer en une seule séance, il ne faut pas un grand changement dans l'instrumentation ; c'est presque la même chose que ce que nous avons autrefois prescrit, sauf que l'on peut attaquer des pierres plus volumineuses, en retirer des fragments plus nombreux, en un mot faire plus d'ouvrage dans le même temps ; il faut un lithotriteur plus fort, qui puisse bien mordre une pierre très-dure et la réduire en *fragments*. Ensuite, un autre lithotriteur un peu moins puissant et plus facile à manier est nécessaire pour réduire ces fragments ou débris. On est ainsi amené à se servir d'anciens instruments à mors fenêtrés qui avaient été laissés de côté comme beaucoup trop lourds. » L'auteur aurait dû nous dire de quel instrument fenêtré il se sert, car il y en a plusieurs modèles. Chacun d'eux fait plus ou moins de fragments, tous assez petits pour sortir par la sonde évacuatrice ou celle de l'évacuateur, dans le même temps.

Tout se tient pour éviter les accidents de cystite consécutive à la lithotritie : il faut opérer dans le moins de temps possible, et le brise-pierre qui fait le plus de débris, c'est-à-dire le plus de morceaux assez petits pour sortir, doit être préféré. Mais sir H. Thompson doit se servir d'un porte-à-faux dont la branche mâle a la forme d'un coin à crête légèrement dentelée, s'engageant dans la large fenêtre du bec femelle, qui ne fait que sectionner, et, après, de son brise-pierre à mors plat pour broyer. De là la nécessité d'un nombre considérable de prises, de là une cause des accidents de cystite consécutive, etc.

La présence longtemps prolongée du brise-pierre et du tube évacuateur dans l'urèthre et la vessie, et les mouvements qui leur sont imprimés, ne sont pas les seules causes d'irritation vésico-uréthrale consécutives à la lithotritie en une séance ; il y a aussi la surdistension des parois vésicales par les injections. Lorsque la tension des parois vésicales existe, que la vessie soit distendue ou que ses parois soient contractées, tout ce qui vient augmenter sa capacité, tel que l'injection de liquide, détermine la surdistension et consécutivement une irritation plus intense des parois vésicales. Après, la vessie se dilate moins et souvent sa contraction devient douloureuse. Dans mon traité *Des opérations des voies urinaires*, pages 390 et suivantes, je parle longuement des précautions à prendre pour ne pas surdistendre la vessie en injectant du liquide.

Quand, dans ce même ouvrage, je m'occupe de l'évacuation des graviers, je ne manque pas de rappeler que les injections faites par la sonde ou celles faites avec les aspirateurs ne doivent jamais forcer la paroi vésicale.

Enfin il est indiscutable qu'il ne faut pas pincer ou déchirer la muqueuse vésicale avec le lithotriteur. On peut avoir enlevé des lambeaux de muqueuse de la vessie sans qu'il en résultât des accidents, mais sûrement il n'est pas permis de conclure de là que le fait de déchirer la muqueuse vésicale est sans importance.

Tout chirurgien qui a fait beaucoup de lithotritie, qui sait combien, dans le plus grand nombre de cas, les fausses manœuvres, dans le cours de cette opération, sont suivies d'accidents locaux et généraux graves, sera surpris par ce que conseille M. Bigelow. Dans un article intitulé « Remarques sur la lithotritie moderne (1) », il décrit d'abord ses instruments ; il les veut toujours volumineux, cependant faisant une certaine concession, car en 1878 il n'employait (2) que des tubes évacuateurs du n° 27 à 31, filière Charrière, tandis qu'actuellement il admet le n° 25. Mais la question des instruments trop volumineux est une chose jugée depuis trop longtemps pour nous y arrêter ; Civiale, en 1847, dit : « Ceux qui, à l'exemple d'un de nos émules, ont voulu se servir d'instruments trop volumineux, ont fatigué l'urèthre et le col vésical et ont donné lieu à des accidents (3). » — Sir H. Thompson, dans le passage de sa communication au Congrès de Londres que je cite plus haut, ne dit-il pas « qu'on risque fatalement de déterminer des déchirures si on passe des bougies n° 28 à 30 filière française »?

Et il y a loin de l'action dilatatrice des bougies à celle du lithotribe ou des tubes d'évacuateur volumineux. Ceux-ci rectifient la courbure de l'urèthre qu'ils occupent ; dans toute la région profonde du collet du bulbe au col vésical, la dilatation réelle de l'urèthre n'est pas produite par la section transversale de l'instrument, mais par une section oblique dont un des diamètres peut être considérable, car, la prostate étant développée, la région profonde de l'urèthre plus longue est très-incurvée. Il est certain, du reste, que ces distensions provoquent facilement des prostatites : j'ai toujours entendu citer comme cause de la prostatite, même suppurée, le passage dans l'urèthre d'instruments trop volumineux.

La manœuvre d'introduction du lithotribe donnée par M. Bigelow rend encore plus dangereux l'emploi de ses instruments. Après avoir parlé de la difficulté qu'on éprouve souvent à franchir le ligament triangulaire (4), il dit : « L'orifice du ligament (triangulaire) est vraiment le point difficile du passage des instruments. Une fois franchi, le cathéter, s'il est droit, peut être poussé horizontalement à travers la portion prostatique.

« Mais un cathéter recourbé ou un lithotriteur ne *doit être abaissé qu'à 45° avec l'horizon*, si le malade est sur le dos, et alors poussé soigneusement en avant, comme un bateau sur l'eau. Le plancher du canal est déprimé par le talon de l'instrument pendant qu'il glisse, et ceci empêche l'extrémité de presser sur la paroi supérieure. » Ainsi la portion droite, le corps du brise-pierre ne doit pas être abaissé entre les jambes du sujet au-delà de 45°. Mais le plus souvent le brise-pierre est introduit dans des urèthres d'hommes âgés, dont la prostate est plus ou moins développée, dont la région profonde est d'autant plus longue et d'autant plus incurvée, dont le col vésical est d'autant plus élevé derrière le pubis que cette prostate est plus grosse. Et cette différence de niveau entre le ligament triangulaire (collet du bulbe) et l'orifice du col vésical, il ne faut pas en tenir compte, il faut abaisser toute cette région profonde de l'urèthre avec le talon du lithotribe pour ne pas incliner cet instrument au-delà de 45°. L'introduction du lithotribe avec ce degré d'inclinaison n'est possible que chez les sujets dont la prostate n'est pas développée, chez les enfants et les jeunes gens. Chez eux, le col vésical n'est pas sensiblement plus élevé que le collet du bulbe ; alors, sans force, presque sans dépression de la face inférieure de l'urèthre, l'instrument entre dans la vessie. Mais, chez les sujets dont la prostate développée diminue d'autant la souplesse de la région profonde de l'urèthre, cette manœuvre de dépression quand même de la paroi inférieure de l'urèthre ne peut se faire qu'avec une certaine force, et même, dans beaucoup de cas, ne peut pas permettre l'entrée de l'instrument dans la vessie.

A propos de l'évacuation, M. Bigelow dit : « L'évacuation est chose facile et réussit souvent, même avec un mauvais évacuateur.

(1) *Revue de chirurgie*, avril 1882.
(2) *The litholapaxy or rapide lithotrity*, 1878.
(3) *Traité de la lithotritie*, 1847, p. 320.
(4) Il s'agit ici de l'entrée du bec des instruments dans l'orifice du collet du bulbe, dans l'extrémité antérieure de la région profonde de l'urèthre.

Pour éviter que l'eau ne se répande, *je place un anneau élastique autour de la verge une fois que le cathéter est en place.* Par ce procédé, je puis me rendre compte de temps à autre de la distension de la vessie par la tension de l'urèthre en arrière du lien. »

A cette distension trop grande de la vessie, que nous savons nuisible, l'auteur ajoute la distension forcée de l'urèthre par le liquide qui est chassé de la vessie par-dessus le cathéter. Ainsi voilà un urèthre déjà distendu par le plus gros cathéter qu'il peut recevoir, en plus on en provoque la surdistension plus complète par le liquide chassé de la vessie qui s'accumule entre le cathéter et les parois du canal. Mais ce liquide peut entraîner des graviers dans l'urèthre; mais cette distension de l'urèthre par le liquide, cette injection forcée intra-uréthrale provoquent facilement la prostatite et même l'orchite. Ne voyons-nous pas des malades qui, voulant se faire eux-mêmes une injection dans la vessie, laissent imprudemment leur sonde en avant du col vésical et poussent ainsi avec une certaine violence l'injection dans l'urèthre, avoir presque immédiatement après des orchites?

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 mai 1882. — Présidence de M. Léon Labbé.

RAPPORT

Températures locales. — M. NICAISE lit un rapport sur une communication de M. Redard relative à l'étude des températures locales des articulations. M. Redard s'est servi pour ces expériences d'un appareil thermo-électrique. Il a constaté que dans l'arthrite la température locale peut s'élever de 2 et 3 degrés, mais que jamais elle n'est supérieure à la température générale. Il conclut que, dans les entorses ou les ankyloses anciennes, l'étude de la température locale peut révéler l'existence d'une inflammation qu'on pourrait croire disparue depuis longtemps.

COMMUNICATION

Opération césarienne. — M. GUICHARD (d'Angers) communique une observation d'opération césarienne qu'il a pratiquée selon le procédé de Porro. Il s'agissait d'une jeune femme de vingt-cinq ans qui, après avoir présenté pendant son enfance de nombreux caractères de scrofule, eut, à partir de douze ans, la taille complètement contrefaite. Cette déformation ne fit qu'aller en augmentant, si bien que le 6 janvier 1881, date à laquelle M. Guichard la vit pour la première fois, elle n'avait que 1m,08 de hauteur. Les membres inférieurs grêles, mais bien conformés, mesuraient 75 centimètres; le thorax, la tête et le cou ne mesuraient que 33 centimètres. Au niveau de la huitième dorsale, il y avait une cyphose extrêmement prononcée. Les organes abdominaux se trouvaient comprimés de haut en bas. Le corps de l'utérus et son contenu, à mesure qu'ils grossirent, furent entraînés en dehors de la cavité abdominale, et formaient une tumeur en bissac qui tombait sur le devant des cuisses et qu'il fallait relever pour découvrir la vulve. Il y avait un tel rétrécissement du détroit inférieur qu'un accouchement normal par les voies naturelles était matériellement impossible. L'enfant étant vivant, M. Guichard se décida, au terme de la grossesse, à pratiquer l'opération césarienne le 22 mai 1881. Après s'être entouré de toutes les précautions de la méthode antiseptique, il ouvrit l'abdomen, fit sur la ligne médiane de l'utérus une incision de 5 à 6 centimètres; il s'écoula aussitôt un flot de liquide amniotique; il alla chercher les pieds, qui se trouvaient à gauche, et put ainsi facilement extraire un enfant du sexe masculin qui pesait 2k,750 grammes, et qui, actuellement en nourrice, se porte à merveille. Il n'y eut qu'une très-petite perte de sang. L'enfant extrait, M. Guichard attira l'utérus en dehors et en pratiqua l'ablation, ainsi que des deux ovaires, après l'avoir préalablement serré à l'aide du constricteur de Cintrat; il fit ensuite la toilette du péritoine, puis la suture, en laissant le moignon utérin pédiculisé en dehors, dans l'angle inférieur de la plaie. Pansement de Lister. Badigeonnage du moignon utérin avec du perchlorure de fer. Dans les deux jours qui suivirent, la malade allait assez bien; il y avait seulement du ballonnement du ventre qui obligea à pratiquer plusieurs ponctions capillaires pour diminuer la dyspnée qui en était la conséquence. Le troisième jour, elle tomba dans le coma et succomba. L'autopsie montra qu'il n'y avait aucune trace de péritonite. M. Guichard met sous les yeux de la Société le squelette du thorax de cette malade. (Comm. : MM. Guéniot, Polaillon et Lucas-Championnière.)

Ostéotomie. — M. BEAUREGARD (du Havre) lit un travail sur l'ostéotomie du tarse dans le pied-bot varus invétéré. (Comm. : MM. Chauvel, Marchand et Polaillon.)

Fracture du crâne. — M. SCHWARTZ communique une observation de fracture du crâne au niveau de la région pariéto-occipitale, avec décollements étendus en haut et en bas, présence de matière cérébrale dans la plaie, sans phénomènes généraux les premiers jours, puis apparition d'une hyperesthésie très-marquée du côté opposé, bientôt suivie d'hémiplégie totale. M. Schwartz se décide à pratiquer la trépanation. Le malade est atteint ensuite d'une variole confluente; il semblait en voie de guérison quand il fait, de son lit, une chute qui entraîne une encéphalo-méningite avec hernie du cerveau en voie de suppuration. Mort. Autopsie. (Comm. : MM. Pozzi, Farabeuf et Chauvel.)

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1882.

150. M. Brulard. Des phlyctènes dans les fractures. — 151. M. Jette. Du traitement du prolapsus rectal par les injections hypodermiques d'ergotine. — 152. M. Dive. De la paralysie infantile et de son traitement par l'électricité. — 153. M. Dupuy. Des fractures du radius compliquant la luxation du coude en arrière. — 154. M. Dumontier. Contribution à l'étude de l'empoisonnement par l'iode. — 155. M. Groslier. Causes locales d'erreur dans le diagnostic de la péricardite. — 156. M. Simonoff. Contribution à l'étude de la néphrite parenchymateuse de nature rhumatismale. — 157. M. Battesti. De la galvano-caustique en chirurgie oculaire. — 158. M. Bonnans. Les eaux minérales du département de l'Ariège. — 159. M. Chahbazian. Des fibromes du col de l'utérus au point de vue de la grossesse et de l'accouchement.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 8 mai 1882, ont été nommés pour l'exercice 1882 :

Vice-président du conseil supérieur de l'instruction publique : M. Berthelot; secrétaire : M. Albert Dumont.

— Les épreuves d'admissibilité du concours pour la nomination à trois places de médecin du Bureau central se sont terminées hier. Sont admis à subir les épreuves définitives les dix candidats dont les noms suivent, classés par ordre de mérite : MM. les docteurs Moizard, Barth, Brissaud, Déjerine, Gombault, Barié, Letulle, Merklen, Oulmont et Renault.

— Les épreuves d'admissibilité du concours pour la nomination à quatre places d'accoucheurs des hôpitaux viennent de se terminer. Ont été admis à subir les épreuves définitives les douze candidats dont les noms suivent, classés par ordre de mérite : MM. les docteurs Budin, Porak, Pinard, Ribemont, Doléris, Champetier de Ribes, Bar, Loviot, Maygrier, Schweib, Martel et Carafi.

Les questions qui ont été données pour l'épreuve orale sont : 1° De l'accouchement dans les positions occipito-postérieures; 2° des affections abdominales qui peuvent simuler la grossesse;

3° du cancer du col utérin au point de vue de la grossesse et de l'accouchement.

Le sujet de l'épreuve, comprenant deux opérations sur le cadavre, a été : 1° Ligature de l'artère crurale au tiers supérieur de la cuisse ; 2° les articulations radio-carpiennes.

— *École de pharmacie de Paris.* — M. Leidié est chargé des fonctions de préparateur des travaux pratiques de deuxième année.

— *École de pharmacie de Nancy.* — M. Haller, agrégé, est chargé du cours de pharmacie, vacant par le décès de M. Descamps.

— M. le docteur Langlet, professeur suppléant à l'École de médecine de Reims, vient d'être nommé chef du bureau municipal d'hygiène de cette ville, emploi nouvellement créé pour la surveillance générale de tout ce qui intéresse l'hygiène publique.

— Une erreur s'est glissée dans la liste des mentions honorables, accordées par la Faculté de médecine de Paris pour les thèses de 1880-1881. Sous le n° 20 (voir notre page 207), il faut lire : M. Gourjon (Xavier-Joseph), né à Mélas-Teil (Ardèche) actuellement médecin à Tannay (Nièvre).

— *Muséum.* — M. le professeur Bouley commencera son cours de pathologie comparée le samedi 13 mai 1882, à dix heures du matin, dans l'amphithéâtre d'anatomie comparée, et le continuera les mardis et samedis suivants à la même heure. — Il traitera des maladies contagieuses dans les différentes espèces et de l'influence des travaux de laboratoire sur les progrès de la médecine d'observation.

— M. le professeur Bureau fera sa prochaine herborisation à Montmorency, le 14 mai 1882. Le rendez-vous est à la gare du Nord, à huit heures cinquante-cinq minutes du matin. Les personnes qui voudraient profiter de la réduction accordée par la compagnie du chemin de fer dans le prix des places sont priées de s'inscrire aux galeries de botanique du Muséum, de midi à quatre heures.

— M. le professeur Chatin fera sa prochaine excursion dans la forêt de l'Isle-Adam le dimanche 14 mai 1882. Le rendez-vous est à la gare du Nord, à huit heures un quart, pour prendre le train de huit heures trois quarts pour la station de Valmondois.

— M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste au Muséum, fera une excursion géologique publique le dimanche 14 mai, à Fresne, Antony, Châtenay et Sceaux.

Il suffit, pour prendre part à l'excursion, de se trouver au rendez-vous : gare de Sceaux (place Denfert-Rochereau), où l'on prendra, à dix heures, le train pour Berny. — On sera rentré à Paris à cinq heures dix du soir.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 12849.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de l'Ascension, le journal ne paraîtra pas jeudi.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

L'aphasie et les aphasiques (1).

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE. CLINIQUE. ÉTAT MENTAL. MÉDECINE LÉGALE.

VII

Je me suis attaché jusqu'à présent à étudier l'*aphasie* dans ses modalités cliniques multiples, ses conditions pathogéniques générales ou spéciales. Il est temps que je vous montre l'aphasique, c'est-à-dire le malade atteint d'aphasie, mais présentant en même temps, le plus souvent, des symptômes et des troubles variés qui tiennent pour la plupart à la diffusion de la lésion sous la dépendance de laquelle est placée la perte de la faculté du langage.

Dans cette partie de notre étude j'aurai surtout, — je pourrais dire exclusivement, — en vue les aphasiques chez lesquels les désordres cérébraux, simples ou complexes, légers ou graves, tiennent à une lésion matérielle, le plus souvent au ramollissement de l'écorce. C'est, en effet, à cette catégorie de malades que vous avez le plus fréquemment affaire ; c'est à propos de ces derniers que se poseront la plupart des questions médico-légales sur lesquelles je me propose d'appeler spécialement votre attention. Les aphasies transitoires qui tiennent à des troubles névrolytiques ou circulatoires, comme celles qu'on observe dans le cours de l'hystérie ou de la migraine, par exemple, durant les fièvres graves ou pendant la convalescence de ces dernières, ont beaucoup moins d'importance cliniquement. Je n'y reviendrai pas.

En faisant appel aux notions que les recherches relatives aux localisations cérébrales nous ont révélées, il nous sera facile de concevoir comment une même lésion, un foyer nécrobiotique par embolie ou par thrombose (ce dernier cas est le plus habituel), pourra, suivant son étendue, se traduire par une symptomatologie variable.

Lorsque l'altération intéresse exclusivement le pied de la troisième circonvolution frontale gauche, ce qui arrive rarement, l'aphasie peut alors se présenter à l'état de manifestation clinique indépendante et isolée. Il existe dans la science quelques faits de cet ordre. Il n'y a pas dans ces cas de troubles paralytiques, et quant aux désordres intellectuels, si l'on en constate, ils sont légers et placés directement sous la dépendance de la perte de la faculté du langage, dont l'intégrité, cela se conçoit, est, dans une certaine mesure, indispensable à l'accomplissement régulier des fonctions de l'intelligence.

Dans les faits les plus habituels, au contraire, où les lésions portent à la fois sur la troisième frontale et sur le système des frontale et pariétale ascendantes, c'est-à-dire sur la zone motrice, l'aphasie se complique de troubles paralytiques dans les membres du côté droit.

Enfin, si le foyer de ramollissement s'étend aux circonvolutions du lobe frontal, c'est-à-dire à celles que l'on considère comme les organes les plus importants (sinon les seuls) de l'intelligence, cette faculté sera elle-même plus ou moins atteinte.

Dès lors l'aphasique ne sera plus simplement un aphasique, ce sera à la fois un paralytique et dans une certaine mesure un dément. La plupart des malades chez lesquels vous constaterez l'aphasie appartiennent à ce groupe complexe.

Vous savez, en effet, comment se présente généralement l'aphasique en clinique.

Il s'agit d'un individu quelquefois jeune, et c'est alors le plus souvent un rhumatisant ou un syphilitique, plus communément déjà vieux, qui, à la suite d'une ou de plusieurs attaques apoplectiques, a perdu plus ou moins complètement le mouvement, la parole et l'intelligence.

Ce malade, hémiplégique à droite, est incapable de se servir du membre supérieur qui n'obéit point ou n'obéit qu'incomplètement à la volonté. La jambe droite ne peut supporter le poids du corps, ou bien le patient, si la motilité est simplement diminuée sans être totalement abolie, la traîne sur le sol en marchant. Quelquefois, surtout dans les cas récents, la face participe à la paralysie : les sillons sont effacés à droite et les traits dans leur ensemble sont tirés vers la gauche. Les membres paralysés sont flasques au début ; plus tard ils deviennent rigides et se contracturent, ordinairement le membre supérieur est en flexion, l'inférieur en extension.

(1) Suite. — Voir le numéro du 9 mai 1882.

En outre, suivant que les lésions cérébrales seront plus étendues ou plus multiples, l'intelligence sera plus ou moins atteinte. C'est sur ces modifications de l'intelligence que je me propose maintenant d''insister.

Rien n'est variable comme les désordres intellectuels qu'on observe chez les aphasiques. Tantôt, en effet, la compréhension et le raisonnement paraissent avoir conservé leur intégrité, que ne suffisent pas à dissimuler les défectuosités du langage; d'autres fois, au contraire, le souvenir des choses a disparu avec celui des signes qui les représentent, et le malade ne peut guère mieux concevoir une idée qu'il ne la peut exprimer.

Avant d'étudier en détail ces troubles variés de l'intellect qui tiennent peut-être moins à l'aphasie elle-même qu'à la diffusion des lésions au-delà de la troisième frontale, je dois agiter en quelques mots une question qui a été l'occasion de discussions nombreuses :

Est-il des aphasiques qui jouissent de leur complète intelligence en dépit des troubles plus ou moins profonds de la faculté d'expression? On peut hardiment répondre non. Et on conçoit qu'il n'en puisse être ainsi, si l'on se rappelle l'étroite dépendance qui existe entre la pensée et les signes dont nous nous servons pour la revêtir. Ceux qui ont cru à la possibilité de l'intégrité des fonctions intellectuelles dans l'aphasie (Broca, Lordat) se sont laissé illusionner par la vivacité habituelle du regard, l'animation fréquente des gestes et de la mimique des aphasiques. Or ce sont là des éléments d'appréciation insuffisants. Trousseau a fait, à cet égard, de judicieuses remarques. « Il a dû vous arriver bien souvent, dit-il, de parler à un chien et de l'interroger en quelque sorte. Vous avez certainement alors été frappés de la limpidité du regard, de la vivacité, de l'intelligence singulière qui brille dans les traits de l'animal ; des mouvements de sa tête, et souvent aussi des petits cris, des grognements accentués dont il accompagne cette mimique ; vous vous surprenez à causer avec lui, et combien de fois ne vous est-il pas arrivé de dire : Il ne lui manque que la parole ! Eh bien, appliquez cette observation au malade frappé d'aphasie, et vous vous convaincrez que, dans l'expression du visage, il a moins que le chien ; et l'on conviendra alors qu'il nous faut quelques signes de plus pour juger de l'intelligence d'un homme. » Il n'est pas douteux qu'à ne considérer que la mimique des malades on s'exposerait à prêter à ceux-ci une lucidité d'esprit qu'ils sont loin de posséder. M. J. Falret a justement fait observer que, pour comprendre combien la mimique animée peut induire en erreur, relativement au degré de l'intelligence, il suffit de se rappeler l'exemple des sourds-muets qui ne savent ni lire ni écrire et auxquels, en les voyant gesticuler avec vivacité, chacun prête une intelligence beaucoup plus développée qu'elle ne l'est réellement. L'observation attentive démontre que chez tous les aphasiques les fonctions intellectuelles sont plus ou moins affaiblies. A ce point de vue, nous possédons quelques exemples fort démonstratifs d'aphasie survenue chez des médecins qui ont su observer attentivement les phénomènes qui se passaient en eux. L'un des plus connus est celui du professeur Lordat (de Montpellier).

Lordat, en 1828, devint subitement aphasique et resta pendant plusieurs mois privé de la parole et de l'écriture. Il raconte (1), dans la relation qu'il a donnée lui-même de son cas, que, bien qu'il n'eût plus la mémoire des mots, il avait néanmoins conservé la faculté de réfléchir et de combiner des idées sans songer aux signes (parlés ou écrits) représentatifs de ces idées. Ce fait semblerait donc établir que l'intelligence était restée intacte en dépit de la perte de la faculté du langage. Mais Lordat, comme l'a fait observer Trousseau, entraîné peut-être par ses convictions philosophiques sur l'indépendance du langage et de la pensée, s'était certainement fait illusion sur le degré de conservation de ses facultés : ce qui le prouve, c'est qu'avant sa maladie il possédait un merveilleux talent d'improvisation, tandis qu'après la guérison il devint incapable, non-seulement d'improviser, mais même de professer de mémoire des leçons écrites à l'avance.

(1) Lordat. — *Analyse de la parole, etc., pour servir à l'histoire de l'alalie et de la paralalie.* — 1843.

Le docteur Spalding (de Berlin), atteint d'aphasie temporaire, constata pendant la durée de l'attaque que non-seulement il avait perdu le pouvoir de lire et d'écrire, mais qu'encore, bien qu'il se rendît dans une certaine mesure compte de ce qui se passait, ses idées étaient confuses et n'avaient plus leur netteté habituelle. Gairdner (1), Trousseau, ont rapporté un certain nombre de faits analogues dans lesquels, alors qu'il semblait y avoir chez les malades aphasiques intégrité des fonctions intellectuelles, une étude attentive démontrait cependant un affaiblissement très-réel de ces fonctions.

Il est donc établi que, chez la plupart des aphasiques et probablement chez tous, la perte ou le trouble de la faculté du langage entraîne à sa suite une débilité ou une perturbation plus ou moins profonde de l'intelligence.

Mais ce qui n'est pas moins démontré, c'est que, dans un grand nombre de cas, dans ceux où l'étendue et la complexité des lésions cérébrales ne viennent pas compliquer le tableau clinique, les désordres de l'intelligence ne sont pas en rapport avec ceux de la parole, de la lecture ou de l'écriture. Et c'est comme nous l'avons vu, dans ce singulier contraste entre l'abolition ou la perturbation profonde des procédés d'expression et l'intégrité relative et apparente de l'intellect que gît la caractéristique de l'aphasie.

Il est curieux, en effet, de voir les malades incapables de s'exprimer par la parole et même par l'écriture, ayant parfois une réelle difficulté à saisir le sens des mots qu'on prononce autour d'eux ou à lire les mots écrits, pouvoir réaliser des combinaisons d'idées et des calculs relativement complexes. Trousseau a relevé notamment que la plupart des aphasiques ont conservé l'aptitude au jeu. Il est en effet de ces malades qui continuent à faire leur partie comme par le passé, qui jouent aux cartes, aux dominos ou même aux échecs, et dans quelques cas discutent les coups douteux, et affirment ainsi, par la complexité des combinaisons auxquelles ils se livrent, la survie de l'intelligence, ou du moins d'une des formes de l'intelligence au milieu du désarroi des facultés.

En résumé, vous le voyez, et c'est là un double point sur lequel je tenais à insister : l'aphasie est compatible avec l'intelligence, mais celle-ci est toujours plus ou moins affaiblie de par le fait de la perte du langage, qui est l'un des des procédés les plus indispensables à l'accomplissement régulier et intégral des fonctions du cerveau.

D'ailleurs le degré de cet affaiblissement est très-variable, suivant que les lésions productrices de l'aphasie sont localisées ou diffuses. Insuffisant dans quelques cas pour entraver

(1) Gairdner. — *Arch. de médecine,* septembre 1866.

l'accomplissement des actes importants de la vie, il peut entraîner dans d'autres une déchéance intellectuelle assez profonde pour que le malade soit à bon droit tenu pour un *irresponsable* et un *incapable*.

Nous allons étudier par le détail les degrés divers de cette déchéance cérébrale, et les traits communs qui la constituent.

Les troubles de l'intelligence qui accompagnent avec plus ou moins de fréquence l'altération du langage sont partiels ou généraux, et je prends ici ces mots dans le sens qu'on leur attribue habituellement en aliénation mentale. Les désordres généraux consistent dans de la *dépression* ou de l'*excitation ;* les désordres partiels dans le défaut d'*attention,* l'*amnésie,* l'*incohérence* des idées, les *hallucinations* ou les *conceptions* délirantes.

Quelques détails sur chacun de ces troubles : L'*excitation* cérébrale s'observe plus rarement chez les aphasiques que la dépression, et, quand on la rencontre, elle alterne d'habitude avec l'abattement intellectuel : elle se traduit par des impatiences, des mouvements de colère. On voit les malades s'insurger contre les personnes qui les entourent et leur prodiguent des soins, refuser avec fureur les aliments et les boissons qu'on leur présente, ou, au contraire, les réclamer avec impatience ; parfois ces aphasiques exaltés font effort pour descendre de leur lit, crient et tempêtent sans motif. Mais il s'agit là d'un état habituellement passager.

Plus communément l'aphasique est abattu et *déprimé*. Indifférent à ce qui se passe autour de lui, à ses amis, à lui-même, il est sombre et taciturne ; il semble se préoccuper fort peu de la nature des aliments qu'on lui fait prendre, des vêtements dont on l'habille. A peine de loin en loin un mouvement d'impatience, une colère sans motif, vient troubler la désespérante monotonie de son caractère, et dissiper pour un instant cette navrante apathie intellectuelle.

L'un des traits les plus intéressants de l'état cérébral des aphasiques, c'est la remarquable difficulté qu'ils éprouvent à fixer, pendant quelque temps du moins, leur *attention*. Questionnez ces malades, il en est qui resteront entièrement indifférents à vos paroles ; d'autres prêteront tout d'abord l'oreille à votre discours, feront même un premier effort, souvent sans résultat, pour y répondre, puis renonceront définitivement à vous écouter. Comme l'a bien fait remarquer M. Lasègue, l'aphasique le plus souvent, loin de s'ingénier, ainsi que fait tout homme qui ne peut pas parler, à suppléer aux défectuosités de la parole par une gesticulation, un jeu de physionomie expressif et intelligent, l'aphasique, dis-je, ne fait que des gestes de mauvaise humeur que l'on peut traduire ainsi : Vous m'importunez, vous me fatiguez, laissez-moi donc en paix. M. Legroux a rapporté un exemple intéressant qui prouve jusqu'à quel point peut aller chez ces malades la paresse intellectuelle. « Une femme de soixante ans tombe dans la rue, frappée d'hémiplégie et d'aphasie. On la porte à l'hôpital. La malade appartient à une condition sociale de beaucoup supérieure à celle de ses compagnes. On attend en vain qu'elle soit réclamée, personne ne se présente ; le nom, la résidence de la malade restent ignorés ; on épuise sans succès tous les modes d'excitation, elle répond à toutes les questions : Non, je ne sais pas ; elle s'agace, puis sourit. N'avait-elle pas à son service le geste, ou au moins l'expression de la physionomie ? Il suffisait d'un propos désobligeant pour qu'elle marquât de la tristesse, et elle était hors d'état de s'attrister spontanément à l'idée de son isolement ou plutôt de son exil. »

L'*amnésie,* comme le défaut d'attention, est l'accompagnement habituel de l'aphasie. Je ne parle pas de l'amnésie des mots qui caractérise, vous l'avez vu, certaines des modalités de ce symptôme, mais de l'amnésie relative aux idées et aux faits. Vous concevrez aisément qu'il en soit ainsi, si vous réfléchissez que la mémoire est parmi nos facultés l'une de celles qui s'altèrent le plus aisément. Ne sait-on pas qu'un trouble passager de la circulation encéphalique, ou la fatigue cérébrale consécutive, par exemple, à des excès de travail, peuvent rendre momentanément les réminiscences moins vives ? D'autre part, lorsqu'on songe aux procédés variés à l'aide desquels se fixe le souvenir, on comprend que l'intégrité de la mémoire des choses soit difficilement compatible avec la perte de la mémoire des mots. « Je crois, a dit très-justement Trousseau, qu'il en est de la métaphysique comme de la géométrie, où l'on peut bien concevoir vaguement l'étendue et l'infini sans précision ni mesure ; mais où, dès qu'on veut songer aux propriétés de l'étendue, et plus particulièrement aux propriétés spéciales des figures qui limitent l'étendue, soit les sections coniques, il est impossible à l'esprit de ne pas voir aussitôt les courbes propres à la parabole, à l'hyperbole, à l'ellipse. Eh bien, ajoute le même auteur, je crois qu'en métaphysique on ne peut songer aux propriétés spéciales du beau, du juste et du vrai, je suppose, sans immédiatement matérialiser en quelque sorte sa pensée par des exemples concrets, et sans associer des mots, représentations des idées devenues concrètes, mots qui sont alors aux idées métaphysiques spécialisées ce que sont les figures aux idées géométriques déterminées. »

Il est hors de doute en effet que le souvenir est moins vivace, la mémoire moins alerte chez les aphasiques que chez ceux qui ne le sont pas. Sans doute la mémoire des choses est, en règle générale, singulièrement moins affaiblie que celle des mots, mais elle n'en est pas moins touchée. Il suffit pour s'en convaincre de questionner les aphasiques qui guérissent sur les angoisses par lesquelles ils ont passé, les souffrances qu'ils ont éprouvées. La plupart n'en ont conservé qu'un souvenir très-atténué.

LA LITHOTRITIE DOIT ÊTRE FAITE SANS TRAUMATISME (1).

Par M. le docteur Reliquet.

II

M. Bigelow, après la description de ses manœuvres, dit : « Je ne fais aucun traitement préparatoire. S'il est nécessaire, j'agrandis le méat ou je divise un rétrécissement. Le repos est indiqué après un voyage. Il faut calmer un symptôme douloureux et passager et laver la vessie avec une solution antiseptique alors qu'il y a lieu. D'ailleurs tous ces soins sont du ressort de la chirurgie générale.

« Après l'opération, les opiacés et les fomentations chaudes sont parfois très-utiles. La vessie doit être laissée vide et maintenue ainsi vide autant que possible. La rétention complète, qui est toujours possible, nécessite le secours du chirurgien. On peut laver la vessie avec de l'eau ou avec un liquide légèrement antiseptique, si l'état de l'urine l'indique. Une des complications les plus ennuyeuses est une accumulation de mucus qui donne lieu à du ténesme et refuse de passer par la sonde. Je connais quatre cas de décès survenus à la suite de blessure de la partie profonde de l'urèthre qui est beaucoup moins tolérante que ne l'est la vessie. De tels cas ne militent pas contre la lithotritie,

(1) Fin. — Voir le numéro du 13 mai 1882.

mais démontrent seulement le soin qu'il faut avoir pour passer ou pour retirer des instruments, surtout quand ils sont de gros calibre. Ceux-ci, dans les mains d'un chirurgien non spécialiste, sont plus dangereux que les petits. On ne peut pas impunément pincer toute l'épaisseur de la paroi vésicale avec les mors de l'ancien lithotriteur, mais on a arraché des lambeaux de membranes muqueuses sans grand inconvénient. »

Mais c'est vouloir à chaque instant se heurter à des difficultés. Ce traitement préalable, si admirablement décrit par Civiale dans son *Traité de la lithotritie*, qui permet de juger des susceptibilités locales et générales du sujet, de reconnaître tous les détails de l'état de l'urèthre, de la vessie et de la pierre ; qui fait que le chirurgien connaît l'urèthre, sait comment il doit y conduire ou en retirer les instruments sans faire de lésions, qui doit faire connaître le degré de dilatabilité possible de la vessie sans que les parois de cette cavité soient forcées, la disposition des parois, si elles sont unies ou à colonnes, s'il y a de grandes ou de petites loges vésicales ; qui permet de reconnaître le rapport du col avec la cavité vésicale et, par suite, de déterminer la position dans laquelle doit être mis le sujet pour que les prises de la pierre avec le lithotribe soit aussi peu irritantes que possible ; tout cela pour M. Bigelow est inutile. Je ne suis pas étonné qu'en agissant ainsi, des chirurgiens peu exercés aient fait des déchirures de la région profonde de l'urèthre, accidents de la lithotritie qui avaient disparu. Je crois qu'un chirurgien, si habile qu'il soit dans la pratique du cathétérisme, serait exposé à déchirer le col vésical en voulant introduire sans préparation antérieure les instruments volumineux que conseille M. Bigelow.

Je ne suis pas étonné non plus que M. Bigelow dise qu'on « a arraché des lambeaux de muqueuse vésicale sans grand inconvénient », car sans ce traitement préalable on ne connaît pas la vessie, de là des tatonnements pour prendre la pierre ou ses fragments ; on est même exposé à faire le broiement dans une vessie vide, et rien n'est plus facile que de déchirer la muqueuse vésicale dans ces conditions.

Dans mon *Traité des opérations des voies urinaires*, page 520, je dis : « *Résumé des soins préparatoires à la lithotritie; leurs résultats pratiques.* — Faire cesser les troubles généraux, c'est supprimer une des causes principales des accidents d'intoxication consécutifs à la séance de lithotritie. Rétablir l'état moral et agir directement contre les spasmes de l'urèthre et de la vessie, les faire disparaître, c'est obtenir la docilité complète du malade, conditions aussi favorables que possible à l'exécution des manœuvres et au succès de l'opération, la cause principale des érosions de l'urèthre et de la vessie et des fausses manœuvres n'existant plus. Donner à l'urèthre son calibre et sa souplesse normale, c'est rendre plus facile et moins douloureux le passage des instruments dans ce canal ; c'est aussi mettre le sujet à l'abri des accidents d'intoxication en éloignant une des causes d'érosion de l'urèthre. Étudier la disposition de l'urèthre et les manœuvres par lesquelles les instruments lithotriteurs franchissent sans arrêt ni tâtonnement la déviation du canal, c'est encore supprimer une des causes de l'érosion et des accidents consécutifs. Faire cesser l'altération de l'urine, c'est toujours supprimer une des causes de l'intoxication urineuse. Enfin, par l'étude du rapport qui existe entre le bec de l'instrument et la cavité de la vessie, on détermine à l'avance la position à donner au sujet pour faire la séance de lithotritie, etc. »

Je cherche par tous les moyens possibles à faire que toutes les manœuvres de la lithotritie soient exécutées sans érosion des muqueuses uréthrale et vésicale. Je suis bien loin de m'exposer à des lésions profondes, à des déchirures du col ou de la muqueuse vésicale.

Malgré toutes ces précautions, tous ces soins minutieux, si dédaignés maintenant par certains chirurgiens, on peut cependant faire de la lithotritie rapide, et c'est pour le démontrer que j'ai publié il y a quelques mois un travail sur cette question (1). Il venait d'être imprimé lorsque la leçon de sir H. Thompson a paru dans les *Archives* en février dernier. Mais je me garde bien de dire que la lithotritie doit toujours être faite en une séance. Tant que les manœuvres de cette opération peuvent être faites sans éroder ou contusionner l'urèthre et la vessie, sans surdistendre les parois vésicales, je fais le broiement et l'évacuation ; mais, dès que l'excitation uréthro-vésicale se produit, je m'arrête. J'aime mieux laisser après mon opération des graviers dans la vessie que des lésions de l'urèthre et de la vessie dont le malade peut souffrir pendant longtemps. Tous les chirurgiens habitués à la lithotritie depuis un certain temps savent très-bien qu'en faisant les manœuvres de cette opération habilement on peut laisser dans la vessie des fragments de pierre sans qu'il en résulte d'accidents, en prenant les précautions voulues en pareil cas, le malade urinant étant couché sur le dos, le rectum étant toujours vide, etc.

Il y a peu d'années, sir H. Thompson et M. F. Guyon, suivant en cela le mode de faire du premier, ainsi que le dit M. Henriet dans sa thèse (1), page 40, ne faisaient jamais l'évacuation des graviers. Le lithotribe retiré, la séance était finie. Et, en procédant ainsi malgré quelques accidents provoqués par des graviers arrêtés dans l'urèthre ou des excitations vésicales passagères, ils ont certainement eu de nombreux succès, ainsi que nous le voyons dans leurs statistiques de cette époque.

Je n'ai jamais procédé de cette façon ; j'ai toujours fait, immédiatement après le broiement, l'évacuation des graviers, soit avec les injections dans la sonde évacuatrice, soit avec les aspirateurs lorsque la vessie ne se contracte pas. Mais, malgré cela, il m'est arrivé souvent de laisser après ces manœuvres des graviers dans la vessie, sans qu'il en résultât d'accident. Civiale a démontré que, lorsqu'on opère avec les précautions voulues, le malade est le plus souvent soulagé dès la première séance et que l'amélioration augmente à mesure qu'avance l'extraction de la pierre (2). Bien des fois, comme le dit Civiale, après une première séance de broiement très-courte, en raison de l'excitation vésicale existante, nous avons vu la vessie devenir immédiatement calme, se laissant dilater, tout cela parce que les fragments de la pierre en raison de leur forme ne viennent pas au contact du col vésical, comme le faisait la pierre plus ou moins ronde, et aussi parce que les manœuvres faites, loin de léser le col vésical, ne l'ont pas irrité assez pour qu'il y est surexcitation durable de la vessie.

Je comprends M. Bigelow avec les manœuvres qu'il conseille ; il faut tout enlever, il ne faut pas laisser de fragments ou même de débris de pierre dans la vessie, car l'excitation prolongée vésico-uréthrale, provoquée sûrement par l'état dans lequel il laisse la région profonde de l'urèthre et la vessie, serait certainement aggravée par le contact des graviers sur la vessie et sur le col. Pour lui, il faut qu'il ne reste pas le plus petit morceau de pierre, mais il laisse forcément les lésions de la région profonde de l'urèthre et de la vessie.

Comme le dit avec juste raison sir H. Thompson dans sa leçon sur la lithotritie en une seule séance, l'âge moyen des malades que nous sommes appelés à débarrasser de la pierre dépassse soixante ans.

Mais chez tous ces sujets la miction est plus ou moins difficile, plus ou moins complète, la prostate est déjà volumineuse et relève le col de la vessie au-dessus de son bas-fond. La ligne de contraction des parois vésicales ne tombe plus dans le col jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de liquide dans la vessie (3). Il y a stagnation d'urine dès que la vessie n'est plus incessamment irritée par la pierre. Les parois vésicales présentent des colonnes plus ou moins développées et, par conséquent, des cavités entre ces colonnes dans lesquelles la même urine peut rester indéfiniment sans y être renouvelée à chaque miction, ce qui constitue la stagnation locale d'urine. Et c'est dans ces conditions de l'urèthre et de la vessie que, par des-

(1) *De la lithotritie rapide*, 28 figures dans le texte, par le docteur Reliquet. Chez A. Delahaye.

(1) *Étude sur le traitement des affections calculeuses chez l'homme par la lithotritie.* 1877.

(2) *La lithotritie et la taille*, p. 393, Civiale, 1870.

(3) *Leçon sur les maladies des voies urinaires*, docteur Reliquet, p. 32.

manœuvres opératoires, les partisans de la lithotritie en une seule séance provoquent cette cystite consécutive dont parle sir H. Thompson, qu'ils s'exposent à la prostatite suppurée ainsi que cela est arrivé dans le fait du professeur Le Fort publié dans la *France médicale*, n° du 17 février dernier. Mais ces accidents locaux de la prostate et de la vessie peuvent se perpétuer avec la plus grande facilité; les loges entre les colonnes peuvent devenir le siège d'une inflammation chronique, avec altération constante de l'urine qu'elles contiennent; il peut par suite se former dans ces loges des concrétions de phosphate qui, dans un temps très-court, seront des pierres de récidive.

Les lésions de la région profonde de l'urèthre et de la vessie dont M. Bigelow et sir H. Thompson parlent doivent forcément être suivies d'un écoulement de sang, pouvant très-bien être, dans certains cas, de véritables hémorrhagies, accidents dont on ne parlait plus depuis Civiale.

J'ai lu plusieurs fois le traité de la lithotritie de Civiale, je viens de le relire ainsi que l'attestent les nombreuses citations que j'en fais dans ce travail; l'idée dominante, à laquelle toute la pratique opératoire de ce grand maître français a été subordonnée, a été *de ne pas faire de lésions à l'urèthre ou à la vessie*, de ne pas faire de traumatisme sur l'urèthre et la vessie *en exécutant les manœuvres de la lithotritie*. En cela je suis son disciple.

Pour moi, toutes les manœuvres de lithotritie capables de léser l'urèthre ou la vessie doivent être absolument repoussées: la lithotritie ne doit pas laisser de traces après elle. Le sujet, dès qu'il n'a plus de pierre dans la vessie ne doit pas avoir de ces cystites durant une ou deux semaines qui préoccupent sir H. Thompson; il doit, de suite, dès que l'irritation momentanée due aux manœuvres est passée, c'est-à-dire après quelques heures, rarement deux jours, il doit ne plus souffrir.

Tout en me soumettant aux procédés de douceur si justement imposés à la pratique des opérations des voies urinaires, j'ai cherché, en perfectionnant les instruments de la lithotritie, à rendre plus rapide cette opération. Dans mon travail *sur la lithotritie rapide*, je donne la description de ces instruments, de leurs manœuvres, et les résultats que l'on obtient avec eux. Avec mon appareil pour la lithotritie, qui permet de faire tomber la pierre ou ses fragments dans le bec femelle du brise-pierre, je rends les prises très-faciles et surtout aussi peu irritantes que possible pour la vessie et même pour l'urèthre, car, le lithotriteur étant toujours maintenu dans le plan médian, on ne fait jamais de ces mouvements de circumduction qui violentent la région profonde du canal et le col.

Avec mon brise-pierre, à chaque broiement des morceaux tombent de chaque côté des becs, et il reste entre ces deux becs une tranche de pierre qui, brisée sur les dents internes du bec femelle, est réduite en fragments tous assez petits pour sortir. De plus, mon brise-pierre ne s'engorge pas, tous les fragments de la tranche de pierre qu'il broie tombent derrière le bec femelle, et il se ferme toujours complètement. De là il résulte qu'à chaque prise il agit avec toute sa puissance bruyante.

Quant à l'évacuation des graviers, si la vessie se contracte bien, elle est toujours très-rapidement faite au moyen des injections avec la sonde évacuatrice. Si la vessie ne se contracte pas ou se contracte incomplètement, l'aspirateur le plus simple, celui de M. Clover modifié par M. le professeur Nélaton et M. Colin, ou celui de sir H. Thompson, sont d'un emploi très-facile. Mais jamais dans ces manœuvres d'évacuation on ne doit surdistendre la vessie.

Grâce à ces instruments, je broie et je fais sortir, dans le même temps, beaucoup plus de pierres que ne faisait Civiale. Souvent même, en une seule séance courte, j'ai extrait complètement les pierres les plus fréquentes, celles de 2 centimètres à 2 centimètres 1/2 de diamètre, mais toujours sans faire de traumatisme.

L'anesthésie complète du sujet permet aux partisans de la lithotritie en une seule séance de continuer quand même leurs manœuvres, et cela malgré les surexcitations de la vessie, ainsi que le prouve cette pratique de M. Bigelow de mettre pendant l'évacuation des graviers un anneau élastique autour de la verge, pour retenir dans la vessie le liquide sur lequel elle se contracte violemment.

Certainement ces très-longues séances ne seraient possibles que sur très-peu de sujets sans l'anesthésie. Mais, lorsque la sensibilité générale du sujet est abolie, lorsqu'il n'y a pas perception de la douleur, la sensibilité organique de la vessie et de son col persiste. J'ai démontré cela dans mes *Leçons sur les maladies des voies urinaires*, page 137 et suivantes; et, comme je le dis dans mon travail *De la lithotritie rapide*, page 79: « Le chloroforme, quand la sensibilité organique du col et du corps vésical ne persiste pas (ne se manifeste pas) pendant la résolution complète, est utile en supprimant toutes les causes réflexes d'excitations vésicales dues à la crainte préventive, à la pusillanimité, aux efforts involontaires de l'opéré et à la douleur. » Mais, si la sensibilité organique de la vessie et de son col persiste ou se réveille dans le cours des manœuvres, si la vessie se contracture violemment, chassant le liquide qu'elle contient par-dessus l'instrument; si même cette sensibilité organique de la vessie et de son col plus développée encore provoque des mouvements réflexes généraux de tout le corps absolument inconscients pour le sujet, ainsi que nous l'avons observé, alors les manœuvres de broiement ou d'évacuation dans ces conditions ne peuvent pas être faites sans traumatisme. Si on cherche à faire des prises dans la vessie vide, on s'expose à déchirer sa muqueuse; si on fait l'aspiration, la vessie se contracturant, tout le liquide injecté est chassé par-dessus la sonde. L'anneau élastique de Bigelow, mis autour de la verge, retient le liquide; mais le liquide injecté dans la vessie, ainsi tendue par contraction, ne peut y pénétrer qu'en en forçant les parois. De là un traumatisme qui provoque la cystite consécutive.

Pour rester tout à fait soumis à la règle absolue posée par Civiale, le sujet étant anesthésié en résolution, dès que la surexcitation de la vessie se produit, j'arrête le broiement, j'évacue par la sonde évacuatrice ordinaire les débris, et je laisse dans la vessie les graviers qui ne peuvent sortir par la sonde plutôt que de faire du traumatisme uréthro-vésical.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 13 mai 1882. — Présidence de M. Paul Bert.

M. le Président remercie ses collègues des félicitations que la Société lui a fait adresser par M. le secrétaire général à l'occasion de sa récente élection à l'Académie des sciences.

J'ai été véritablement touché, dit-il, de ces marques d'estime et d'affection dont la valeur s'augmentait encore par l'éloignement et l'isolement. Élève, enfant, pour ainsi dire, de la Société de biologie, c'est auprès d'elle que j'ai fait mes premières armes, c'est devant elle que j'ai fait mes débuts il y a bientôt vingt-cinq ans; c'est elle qui a eu la primeur et le développement de tous mes travaux. Quoi qu'il advînt de cette élection à l'Académie des sciences, la Société de biologie ne pouvait que s'en louer, puisque trois des candidats sont membres de cette Société. Parmi mes honorables compétiteurs, l'un d'eux, mon collègue ici, s'est particulièrement distingué par des travaux et des découvertes considérables. Le titre de président perpétuel dont, malgré moi, vous avez voulu m'honorer, n'a pas été étranger à l'issue favorable pour moi de cette élection; aussi dois-je vous remercier doublement, à titre personnel et à titre de président.

COMMUNICATIONS

Physiologie expérimentale. — **M. Brown-Séquard** fait une nouvelle communication ayant pour but de démontrer qu'après une série de sections faites à la base de l'encéphale, l'excitation des parties du cerveau situées au-dessus de ces sections détermine des mouvements soit du côté correspondant, soit du côté opposé. Ce n'est pas seulement sous l'influence du galvanisme que se produi-

sent ces phénomènes, mais aussi sous l'influence d'une excitation quelconque.

Résorption des séquestres. — M. VRIGNAL a fait, dans le laboratoire de M. Ranvier, une série d'expériences sur la résorption des séquestres. Il est arrivé à cette conclusion qu'un séquestre enveloppé de pus ne se résorbe pas, tandis qu'un séquestre enveloppé de bourgeons se résorbe. Un fragment d'os fut implanté dans le tibia d'un lapin ; ce fragment fut presque complètement résorbé. Il s'agissait d'une cheville d'os mort.

M. PONCET fait observer que certains corps étrangers articulaires du genou, même devenus libres, continuent à vivre dans l'articulation ; d'autres sont en voie de résorption, d'autres s'entourent d'une coque fibreuse de nouvelle formation.

M. BERT fait observer que, lorsqu'on fait des expériences sur les greffes, on voit se produire des évènements très-divers ; on voit également se produire la résorption, l'élimination suppurative ou l'enkystement de la partie greffée.

Lésions cérébrales de l'idiotie. — M. BOURNEVILLE communique les pièces provenant d'une autopsie qu'il a faite le matin même. Il s'agit d'un jeune idiot âgé de cinq ans, qui présente des lésions cérébrales intéressantes. Jusqu'ici on a considéré l'idiotie comme le résultat d'un arrêt de développement du cerveau, tantôt d'une microcéphalie, tantôt d'une hydrocéphalie, ou tantôt d'une atrophie d'une partie des circonvolutions. Chez les uns on trouve de la sclérose atrophique du cerveau, chez les autres, au contraire, de la sclérose hypertrophique. Mais il y a d'autres lésions qui donnent lieu à l'idiotie, il y a la méningo-encéphalite chronique généralisée ; à voir ces cerveaux, on croirait avoir affaire à une paralysie générale. C'est un exemple de ce genre que M. Bourneville met sous les yeux de la Société. Il s'agit d'un enfant de cinq ans, né de cousins germains, mais sans antécédents héréditaires, qui jusqu'à l'âge de quatorze mois n'a rien présenté de particulier. A cet âge il a eu une première fois des convulsions, puis jusqu'à trois ans aucun accident consécutif. A trois ans et demi, nouvelles convulsions très-fortes, s'accompagnant de cyanose, puis, après cette seconde attaque convulsive, l'enfant devient idiot, ne peut plus marcher, devient gâteux. Enfin, récemment, il a une nouvelle attaque convulsive, avec cris, mâchonnement, nystagmus, etc., à laquelle il a succombé.

A l'autopsie on trouve des lésions de méningo-encéphalite sur tout l'hémisphère droit, sauf au niveau de la frontale ascendante, de la pariétale ascendante et du lobe paracentral. A gauche, les lésions sont plus accusées au niveau du lobe frontal. Il y a donc presque intégrité des couches motrices. L'encéphale pèse 810 grammes. Ce fait vient donc, après d'autres semblables, prouver que dans certains cas l'idiotie est due à des lésions de méningo-encéphalite.

Du siège cérébral des images accidentelles ou consécutives. — M. PARINAUD fait une communication sur ce sujet. (Sera publiée.)

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Labarraque fils, décédé, à l'âge de trente-six ans, à la suite d'une maladie qui, depuis assez longtemps, le tenait éloigné de sa famille. Ancien interne des hôpitaux, M. Édouard Labarraque s'était déjà fait remarquer par de sérieux travaux, en particulier par sa thèse sur l'hypertrophie mammaire.

— *Faculté de médecine de Paris.* — A partir de ce jour, les droits d'examens et autres seront reçus dans les bureaux de M. l'agent comptable (ancien cabinet du doyen, au rez-de-chaussée).

Le service des inscriptions et consignations est aussi désormais organisé de la manière suivante :

1° *Inscriptions.* — MM. les étudiants se rendront d'abord au secrétariat, où une fiche leur sera remise, indiquant l'inscription ou les inscriptions dont la validation est reconnue. Munis de cette fiche, ils se présenteront aux bureaux de l'agent comptable pour effectuer le versement des droits de bibliothèque et de travaux pratiques.

2° *Consignations pour examens.* — MM. les étudiants devront au préalable verser à la caisse (bureau de M. l'agent comptable), les droits d'examens ; ils seront inscrits le même jour au secrétariat de la Faculté pour être mis en série, sur leur demande et sur la présentation de la quittance qui leur aura été délivrée à la caisse.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Berne, professeur de pathologie externe, est autorisé à se faire suppléer par M. Vincent, agrégé.

M. Levrat, agrégé, est nommé chef des travaux de médecine opératoire en remplacement de M. Poncet, nommé professeur.

— *École de médecine de Toulouse.* — M. Toussaint, professeur de physiologie, est autorisé à se faire suppléer par M. Fontaguères, suppléant.

M. André, chef de clinique médicale, est délégué pour suppléer M. Fontaguères.

M. Jongla est délégué dans les fonctions de chef de clinique médicale pendant la délégation de M. André.

M. Brunhes, docteur ès sciences physiques, est chargé d'un cours de physique.

— *Muséum.* — MM. les docteurs en médecine Paumès (Firmin) et Retterer (Édouard) sont nommés boursiers de doctorat.

— M. le docteur Marchant, prosecteur, avec le concours de six aides d'anatomie, fera sa première démonstration (exercices opératoires), sous la direction de M. le docteur Farabeuf, chef des travaux anatomiques, le lundi 15 mai 1882, à une heure précise, dans le pavillon n° 3 de l'École pratique, et le continuera les jours suivants, à la même heure.

— *Avis.* — Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs, et à toute communication, de quelque nature qu'elle soit.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Paléontologie. De l'antiquité de l'homme dans les Alpes-Maritimes, par M. Émile RIVIÈRE. — L'ouvrage formera un beau volume in-4° d'environ 250 pages, avec 20 planches en noir ou chromolithographiées, par J. Pilloy, et 80 gravures sur bois, par Cusman, intercalées dans le texte. — Il est publié par livraisons composées chacune de trois feuilles de texte et de deux planches. — Prix de la livraison : 5 francs. — La huitième vient de paraître et la neuvième est sous presse. Il est tiré 25 exemplaires numérotés sur papier de Hollande, dont le prix est de 8 francs par livraison. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Maladies par ralentissement de la nutrition, cours de pathologie générale professé à la Faculté de médecine de Paris, par Ch. BOUCHARD, recueilli et publié par le docteur Frémy. 1 vol. gr. in-8° de 412 pages. — Prix : 10 francs. — Paris, F. Savy.

Les microbes, par John TYNDALL, traduit de l'anglais par L. Dollo. 1 vol. in-8° de 372 pages avec figures dans le texte. — Prix : 8 francs. — Paris, F. Savy.

Du traitement des déviations de la colonne vertébrale par la méthode de Sayre (auto-suspension et corset plâtré), par le docteur COULONEL. In-8° avec figures dans le

texte et une planche. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Recherches sur l'exostose sous-unguéale du gros orteil, par le docteur Pedro Osorio. In-8° de 54 pages, avec 2 planches. — Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin.

Marche de la paralysie chez les alcooliques, par le docteur Moreaux. In-8° de 90 pages. — Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin.

De l'expectation en médecine et en chirurgie, par le docteur Sorbet. In-8°. — Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 12856.

43

Eaux minérales de Vals.

Acidules, Gazeuzes, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre.	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude...	1.480	5.800	5.910	6.040	6.280
— de potasse.	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces,* essentiellement *digestives.* Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux:* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

73

Vin de G. Seguin.

« C'est un puissant tonique; pris avant le » repas, il facilite la digestion. Il est très-utile » pour empêcher le retour des fièvres intermit- » tentes sujettes à récidive. — Bouchardat. »

Paris, pharm. G. SEGUIN, 378, r. Saint-Honoré.

76

NEVRALGIES — MIGRAINES

PILULES ANTI-NÉVRALGIQUES AU

Gelsemium sempervirens

du docteur G. Fournier.

Une à cinq pilules au maximum en 24 heures.

Pharmacie de la Madeleine, 5, rue Chauveau-Lagarde, Paris.

Exiger la signature du Dr Fournier.

25

Pastilles Géraudel

agissant par inhalation et par absorption contre toutes maladies des voies respiratoires.

Seules PASTILLES DE GOUDRON *récompensées par jury international, exposit. univers.* 1878, *Paris.* — Expérimentées, par décision ministérielle, sur l'avis du Conseil de santé.

Détail : dans toutes phies; Gros : Géraudel, pharmacien de 1re cl., à Ste-Ménehould (Marne).

40

VIANDE ET QUINA.

Vin Aroud au quina

et aux principes solubles de la Viande.

MÉDICAMENT ALIMENT d'une supériorité incontestable sur tous les vins de quina et sur tous les toniques et nutritifs connus, renfermant tous les principes solubles des plus riches écorces de quina et de la viande, représentant par 30 gr., 3 gr. de quina et 27 gr. de viande.— Prix: 5 fr.

Se vend chez J. Ferré, pharm., 102, *r. Richelieu,* successeur de Aroud, Paris, *et toutes pharm. de France et de l'étranger.*

37

Névroses. — Sirop Collas

au BROMURE double de POTASSIUM et de LITHIUM.— Dose: 2 à 3 cuillerées par jour.

Le *Bromure de Lithium* est un des plus puissants sédatifs dans le traitement des maladies nerveuses, car il contient 91,95 de Brôme pour 100 parties.

Diathèse urique. Pilules Collas

au BROMURE de LITHIUM.— Dose : 4 ou 6 pilules par jour.

Le *Bromure de Lithium* est un des meilleurs modificateurs de la *diathèse urique,* puisque un gramme de ce *Bromure* neutralise quatre grammes d'acide urique.

Dépôt pharmacie Collas, 8, r. Dauphine, Paris.

56

Vin du docteur Forestier

TONIQUE RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE

Au Quinquina, Pyrophosphate de fer, Oranges amères et Malaga.

Voir : Traité de Thérapeutique, *Trousseau et Pidoux.* — Commentaires du Codex, *Gubler.*

Paris, ph. Bosredon, r. des Francs-Bourgeois, 14.

105

FIÈVRES, ANEMIE, CHLOROSE

MALADIES NERVEUSES

Vin de Bellini

(*Vin de Palerme au Quinquina et Colombo*) tonique, fortifiant, fébrifuge, contre les affections scrofuleuses et scorbutiques, les fièvres, les névroses, l'anémie, la chlorose, les diarrhées chroniques.

Adh. DETHAN, ph., r. Strasbourg, 10, Paris, et toutes pharmacies de France et de l'étranger.

Bellini

75

Préparations iodo-créosotées

et créosotées de B. Bain : VIN, HUILE et CAPSULES. — Phie, 56, rue d'Anjou-St-Honoré.

36

Vin de Baudon antimonio-phosphaté.

TONIQUE, RECONSTITUANT,

Bien supérieur à l'huile de foie de morue.

Affaiblissement général, anémie, lymphatisme, scrofule, rachitisme, affections catarrhales, phthisie et suppurations prolongées.

Utile pendant la grossesse et l'allaitement.

Ph. Baudon, 11, r. des Francs-Bourgeois, Paris.

38

Coton iodé préparé par J. THOMAS

pharmacien de 1re classe.

Le Coton iodé est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique, dont on peut graduer les effets à volonté. On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hopitaux de Paris : le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc., ont été guéris, sans lésions de la peau, en un court espace de temps.

48, avenue d'Italie, Paris, et toutes les pharm.

95

L'Acide Phénique du dr Déclat

Sirop et capsules d'**acide phénique;** sirop et capsules au **phénate d'ammoniaque;** *id.* au **sulfo-phénique;** *id.* **iodo-phénique;** huile de **morue phéniquée; glyco-phénique** à 10 0/0 pour usage externe, pansement, brûures, herpès, eczéma, maladies utérines, hémorrhoïdes, etc. *Chassaing et Cie, 6, av. Victoria, Paris.*

65

APPROUVÉES PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

Dragées de Gélis et Conté

AU LACTATE DE FER

Deux rapports académiques et de nombreuses expériences anciennes et récentes ont démontré leur supériorité sur tous les autres ferrugineux, et leur efficacité contre les *Pâles couleurs,* pour fortifier les *Constitutions lymphatiques,* et combattre toutes les maladies qui ont pour cause l'*Appauvrissement du sang.*

Dépôt général : LABÉLONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

41

Rhumatismes. Guérison par la

Flanelle et la Ouate végétale du Pin sylvestre.

REYNAUD, chemisier, rue de la Paix, 22, Paris.

22

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP de HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : cinq francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

23

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire ; apaise les douleurs des reins et de la vessie ; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boite : deux francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou, et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

7

Les Dragées Carbonel

AU PERCHLORURE DE FER PUR.

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant quatre gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon: quatre francs. — Envoi franco par la poste.

Dépôt : à Avignon, pharmacie Carbonel; à Paris, maison Hugot.

69

Rubinat, EAU MINERALE NATURELLE PURGATIVE

Supérieure à toutes les Eaux purgatives allemandes. — Effet rapide, obtenu à très-petite dose sans irritation intestinale.

53

Produits de l'Eucalyptus

par DELPECH et ARDISSON.

Les CAPSULES A L'ESSENCE PURE D'EUCALYPTUS (*Eucalyptol*), l'Alcoolature, le Sirop, le Vin, le Liniment réussissent contre : *Affections du poumon, névralgies, migraines, rhumatisme, pansement et désinfection des plaies.*

La phieDELPECH, rue du Bac, 23, prépare les **Capsules à l'Extrait éthéré de Cubèbe.**

46

AFFECTIONS UTÉRINES, CHLOROSE, ANÉMIE, ETC.

Liqueur de Laprade

à l'albuminate de fer

Spécifique de l'irrégularité de la menstruation.

134

Contrexéville

(SOURCE DU PAVILLON).

Contre la gravelle, la goutte et les maladies des voies urinaires.

ÉTABLISSEMENT OUVERT DU 15 MAI AU 15 SEPTEMBRE.

Dépôt Central : 29, rue de la Michodière, maison Adam (Paris), où l'on trouve toutes les eaux minérales, et spécialement celles étrangères.

57

Farine lactée Nestlé

Dont la base est le bon lait. 3 *Diplômes d'honneur* et 5 *Médailles d'or.* — 10 ans de succès. C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel et facilite le sevrage; avec lui, pas de diarrhée, pas de vomissements, la digestion en est facile et complète. Exiger la signature Henri NESTLÉ. — Gros : Christen frères, 16, rue du Parc-Royal. — Détail : Pharmacie Christen, 31, rue du Caire, Paris, et tous les pharmacies.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Deux communications, l'une de M. Rochard, l'autre de M. Guéniot, et une courte note de M. Gautier en réponse à M. Béchamp, ont suffi pour remplir cette séance. La communication de M. Rochard a été un complément de l'observation extrêmement curieuse de dermatose parasitaire rapportée par M. le professeur Nielly (de Brest) dans la séance du 11 avril dernier. Toutes les recherches faites, depuis, pour découvrir l'origine possible de la filaire trouvée chez le jeune mousse, sujet de cette observation, dans le milieu où il habite, ont été sans résultats. L'enfant a d'ailleurs guéri. C'est donc là un fait qui reste jusqu'à nouvel ordre dans son isolement et dans son obscurité première. L'instruction reste ouverte.

Le fait rapporté par M. Guéniot de pullulation vaccinale généralisée, qui n'est d'ailleurs pas sans précédent, mais qui n'en reste pas moins un fait rare et intéressant, a soulevé un point de pratique sur lequel il s'est produit quelqnes légères dissidences. En présence d'un enfant eczémateux, doit-on surseoir à la vaccination et attendre la guérison de son eczéma, ou doit-on, au contraire, passer outre et vacciner quand même? Et, dans ce cas, quelles précautions devra-t-on prendre pour prévenir un accident semblable à celui qui est survenu dans le cas exposé par M. Guéniot? Il est clair qu'il peut se présenter, soit dans l'état de l'enfant, soit dans les conditions de l'état sanitaire actuel par rapport à la variole, telles conditions variables qui pourraient rendre plus ou moins urgente et impérieuse l'indication de vacciner quand même ou permettre une temporisation nécessitée par l'état de l'enfant; si bien qu'en réalité la question ainsi posée pourrait bien, en somme, n'être pas susceptible d'une réponse ou d'une solution absolue. Cependant, sauf probablement de très-rares exceptions vis-à-vis desquelles le praticien resterait en définitive le dernier juge, nous croyons pouvoir affirmer d'une manière générale, vu la permanence en tout temps du danger de la variole dans le premier âge, que la ligne de conduite tracée par M. Guéniot, soutenue par M. Hervieux, est celle qui doit être suivie et qui sera certainement adoptée par la grande majorité des praticiens pour les cas de ce genre.

L'Académie s'est formée en comité secret, à quatre heures et demie, pour entendre la lecture du rapport sur les candidats à la place vacante dans la section d'anatomie et physiologie.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Jules SIMON.

De la pneumonie franche chez les enfants.

Dans un petit traité de pathologie interne, généralement bien fait cependant, et dont les auteurs sont deux anciens internes des hôpitaux, si vous arrivez au passage qui concerne le traitement de la pneumonie franche, vous y rencontrez des conseils véritablement dangereux. Vous y trouverez en effet cette phrase singulière : « Que le traitement de la pneumonie franche doit se borner à l'expectation ou seulement à la médication des symptômes. » De plus, ces deux auteurs ajoutent que l'application de vésicatoires est chose complètement inutile, attendu que ceux-ci n'ont aucune influence sur le cours de la maladie, et que leur action se borne à une irritation locale cutanée. C'est ainsi qu'ils conseillent de combattre la fièvre par les lavages froids, d'employer les bains tièdes qui soulagent, disent-ils, le malade, calment le délire, diminuent la stupeur et donnent le sommeil..... définitif, je puis ajouter, car ce traitement ou l'expectation sont des plus dangereux chez l'enfant. Voilà donc une erreur des plus graves émise par les auteurs d'un traité qui, cependant, n'est pas mal fait, je le répète, mais qui, pour la pneumonie, est absolument fautif.

J'interdis, au contraire, complètement les bains et les affusions froides chez les enfants atteints de pneumonie comme pouvant entraîner la mort. Certainement, dans le cas de convulsions, lorsque celles-ci ne sont pas le prélude de quelque affection des voies respiratoires, les bains sinapisés peuvent être d'un heureux emploi; mais, dans le cas de pneumonie, ils risquent le plus souvent de tuer l'enfant; qu'ils soient prescrits chauds ou froids, ils peuvent déterminer une double congestion pulmonaire et amener rapidement une terminaison fatale.

Ne prescrivez donc jamais de bains, jamais de boissons froides dans la pneumonie ou dans quelque affection aiguë

des voies respiratoires. Ce que j'ordonne chez les enfants atteints de pneumonie, c'est de les maintenir dans une bonne température, d'activer les fonctions de la peau, et, pour cela, je fais envelopper les membres inférieurs dans des bottes de ouate, puis je prescris l'alcool, que je préfère au chlorhydrate d'ammoniaque, conseillé par les auteurs du livre dont je vous ai parlé en commençant; je prescris, dis-je, l'alcool parce qu'il modère la fièvre. Voici pour le premier jour. Le lendemain, j'y ajoute l'application d'un petit vésicatoire volant qui présente l'avantage de calmer l'enfant loin de l'agiter, comme d'aucuns le prétendent, parce que, s'il existe un point pneumonique au sommet, il y a de la congestion, des troubles singuliers dans l'économie, du coma, des convulsions, etc. Mais je laisse mon vésicatoire en place pendant trois heures seulement, mettant ensuite un cataplasme de fécule de pommes de terre. L'enfant dort bien alors. Le résultat en est certain et des plus avantageux aussi dans la broncho-pneumonie et dans la bronchite capillaire.

Ce n'est pas qu'en repoussant complètement l'expectation et en agissant, comme je viens de le dire, j'aie la prétention d'arrêter la maladie; non, mais j'ai l'espoir, rarement déçu, d'empêcher la haute thermalité, le délire, etc.

Cela dit, je passe au diagnostic. Si le diagnostic de la pneumonie au début, chez l'enfant, est souvent difficile, c'est bien autre chose encore parfois d'en reconnaître la convalescence, et ceci n'est pas aussi banal qu'on serait tenté de le supposer.

Un jour de l'année dernière, à l'heure de ma consultation, on venait me chercher en toute hâte pour un enfant qui, disait-on, était atteint d'une affection étrange, telle, ajoutait son père, — un assez haut personnage, — qu'il était en train de mourir. Le mal était caractérisé, d'après son dire, par des convulsions, des vomissements et une diarrhée survenue subitement. Cet homme était si éploré que je quittais tout et me rendais aussitôt auprès de l'enfant. A mon arrivée, convulsions et agitation avaient cessé, le pouls était tombé, les extrémités étaient froides, le masque inerte; l'intelligence cependant était bonne, la respiration calmée. Le médecin de la famille, qui m'attendait, me fit part de ses craintes; il considérait ces convulsions comme un symptôme de fièvre intermittente déguisée, quelque peu analogue à celles qu'il avait maintes fois vues en Afrique, comme médecin militaire.

Cependant un autre confrère avait considéré l'enfant comme primitivement atteint de pneumonie. J'examine mon petit malade avec soin, et je trouve au sommet du poumon droit un noyau de pneumonie aiguë incontestable, datant de cinq à six jours environ. De plus la langue était celle d'un jeune sujet atteint d'une affection aiguë. Enfin j'apprenais bientôt que, jusqu'au moment où la crise pour laquelle on m'avait fait appeler était survenue, l'enfant s'était trouvé dans un état typhique assez prononcé, lequel avait disparu tout à coup.

C'est le fait propre en effet de la pneumonie franche aiguë chez l'enfant de cesser brusquement et non peu à peu, et c'est là-dessus que je voulais surtout attirer toute votre attention. Lors donc que cette affection cesse, l'on voit tout à coup la température diminuer, s'abaisser même au-dessous de la moyenne, tomber subitement à 36°,8 ou 36°,5.

Chez l'enfant dont je viens de vous tracer l'histoire en quelques mots, une diarrhée critique s'était déclarée, qui avait amené une surprise du système nerveux, et c'est devant ce grand appareil que j'ai pu dire à ses parents consternés que l'enfant qu'ils regardaient comme perdu entrait en convalescence. Ce diagnostic fut assez mal reçu, et nul d'entre eux ne voulait y croire; chacun, au contraire, me laissait entrevoir combien mon dire était peu accepté. Néanmoins, huit ou dix jours plus tard, l'enfant était complètement guéri, et, reconnaissant la justesse de mon pronostic, les parents venaient quelques jours après confesser leurs torts et me remercier.

Il y a donc, vous le voyez, quelque chose de spécial dans la pneumonie des enfants, maladie qui, chez eux, cesse brusquement, se terminant parfois par une diarrhée critique, mais surtout par une chute rapide du pouls et de la température. C'est alors, comme chez le petit malade dont je vous ai parlé, que, par du bouillon, une alimentation sagement graduée, on favorise le retour à la santé. Il faut, du reste, soutenir les malades jusqu'au cinquième ou au sixième jour, et s'attendre, à ce moment-là, à quelque surprise, puis avoir recours à une alimentation réparatrice et tonique.

Le traitement de la pneumonie est pour moi à peu près le même que pour la bronchite capillaire et la broncho-pneumonie, c'est-à-dire les toniques, maintenir une bonne chaleur, et les révulsifs. Bien que la mode ne soit plus guère aux vésicatoires dans la pneumonie, je les recommande cependant, mais à la condition, comme je vous l'ai dit aussi, de savoir s'en servir, de ne les laisser en place que pendant une courte durée, trois heures environ. Je ne prescris pas de vomitifs : ceux-ci n'ont d'autre résultat que de déprimer le sujet, par suite d'être dangereux. Pas de kermès, pas d'opium non plus.

Si, au déclin de la maladie, la fièvre a totalement disparu, s'il y a peu d'oppression, s'il ne reste plus qu'une sécrétion catarrhale des voies aériennes, alors seulement je conseille une ou deux cuillerées d'un mélange de sirop et de poudre d'ipécacuanha pour faire vomir et faciliter l'hématose. Mais, je le répète avec insistance, ce n'est qu'à cette époque de la maladie que je permets un vomitif.

Le diagnostic de la pneumonie peut rester quelquefois pendant deux ou trois jours hésitant; j'ajouterai que tout enfant chez lequel la fièvre ne trouve son explication ni dans une maladie éruptive, ni dans un état viscéral quelconque, doit attirer l'attention du médecin vers une affection de la gorge; cependant, si rien n'existe non plus de ce côté, vous devrez alors chercher de nouveau avec le plus grand soin dans la poitrine, et il est bien rare qu'au sommet du poumon vous ne découvriez pas quelque chose, ne serait-ce qu'un murmure respiratoire plus faible au début. Il faut aussi vous rappeler que la pneumonie du sommet chez l'enfant est beaucoup plus fréquente que la pneumonie de la base, quoi qu'on en ait dit.

Le premier jour, la percussion ne vous donnera pas grand'-chose; l'auscultation vous indiquera seulement un peu de faiblesse du murmure respiratoire. Le deuxième jour, vous aurez le plus souvent une apnée absolue, un petit bruit de détente à l'expiration, celle-ci étant un peu soufflante. Le troisième jour, vous entendrez du souffle; le quatrième jour, du souffle et des râles. Le cinquième jour, la fièvre tombera, tandis que le souffle sera plus prononcé, que la percussion vous donnera une certaine matité, que vous aurez du retentissement de la voix ou des cris, du gargouillement même. Les sixième, septième et huitième jours, la fièvre est à peu près nulle, mais tous ces derniers symptô-

mes persistent avec la même intensité pour se dissiper brusquement au neuvième jour, et la lésion pulmonaire disparaît longtemps après la chute de la fièvre.

Tel est, en résumé, le tableau symptomatique de la pneumonie franche aiguë chez l'enfant, très-différent de celui que l'on constate chez l'adulte.

DU SIÈGE CÉRÉBRAL DES IMAGES ACCIDENTELLES OU CONSÉCUTIVES.

Par M. le docteur PARINAUD.

Dans la séance du 22 avril dernier, M. Pouchet a fait à la Société de biologie une intéressante communication « sur une espèce particulière d'images consécutives d'origine cérébrale ». Il a eu soin de distinguer le phénomène en question des images consécutives ordinaires bien connues des physiologistes.

Je rappelle que les images consécutives ou accidentelles qui succèdent, sinon instantanément, du moins d'une manière très-immédiate, à l'impression d'un objet, ont été distinguées en positives et en négatives. L'image positive nous donne la représentation de l'objet tel qu'il est, avec conservation de l'intensité lumineuse relative des différentes parties.

Dans l'image négative, tout est renversé, comme dans l'épreuve négative d'une photographie. Les parties claires sont obscures, et inversement. Si l'objet est coloré, l'image positive offre d'ordinaire la même teinte plus ou moins atténuée, l'image négative la teinte complémentaire. Ces images accidentelles sont localisées dans la rétine par tous les physiologistes et, si je ne me trompe, par M. Pouchet lui-même. Plateau (1) les explique par une série d'oscillations que la lumière développe dans la rétine et qui la font passer alternativement par des états opposés avant d'arriver au repos. Il admet une activité propre de la rétine dans le phénomène, pour expliquer certaines particularités. D'après Fechner (2), tous les phénomènes des images accidentelles trouvent leur explication en partie dans une excitation persistante de la rétine, en partie dans une diminution de l'excitabilité. Helmholtz (3) accepte et développe les idées de Fechner en les rattachant à la théorie de Young sur les couleurs et en attribuant un rôle important à ce qu'il appelle la lumière propre de la rétine. Dans son récent ouvrage, Giraud-Teulon (4) propose une nouvelle explication basée sur la fluorescence des milieux de l'œil et les propriétés du pourpre visuel.

Aucun de ces éminents physiologistes ne semble avoir admis la possibilité d'un siège cérébral pour ces images. Voici les faits qui établissent que c'est dans le cerveau et non dans la rétine qu'il faut les localiser.

A. *Une image accidentelle produite par l'impression d'un seul œil peut être extériorée par l'autre.* — M. Charcot, qui m'a suggéré l'idée de ces recherches, m'a en même temps signalé une expérience peu connue, qui est décrite en ces termes dans le traité de M. Béclard : « L'impression d'une couleur sur une rétine éveille sur le point identique de l'autre rétine l'impression de la couleur complémentaire. Exemple : fermez l'un des yeux, fixez avec l'œil ouvert et pendant longtemps un cercle rouge ; puis fermez cet œil, ouvrez celui qui était fermé, vous verrez apparaître une auréole verte. » (P. 863, édit. de 1866.)

Ainsi présentée, cette expérience prête à la critique ; sa formule énonce même une erreur ; mais, ramenée à sa véritable signification, elle renferme la démonstration de la proposition que je viens d'émettre.

(1) *Essai d'une théorie générale comprenant l'ensemble des apparences visuelles qui succèdent à la contemplation d'un objet coloré.* Bruxelles, 1834.

(2) *Pogg. Ann.*, XLIV, XLIX, L.

(3) *Optique physiologique*, pages 471, 508. Édition française.

(4) *La vision et ses anomalies*, pages 266, 297.

Pour bien nous rendre compte de la nature de la sensation développée dans l'œil qui n'a pas été impressionné, voyons d'abord ce qui se passe dans l'œil qui reçoit l'impression.

Fermant l'œil gauche, pour le moment exclu de l'expérience, nous fixons un cercle rouge sur une feuille de papier blanc, ou mieux un point tracé au centre du cercle afin de mieux immobiliser l'œil. Après quelques secondes, le fond blanc perd de son intensité et la couleur elle-même s'obscurcit. Retirant le cercle rouge sans cesser de fixer le même point, nous voyons apparaître sur le papier l'image du cercle colorée en vert et plus claire que le fond : c'est l'*image négative*. Ferme-t-on l'œil, après avoir disparu un instant l'image se reproduit avec les mêmes caractères.

Répétons maintenant l'expérience de Béclard, c'est-à-dire, au moment où nous retirons le cercle, fermons l'œil droit impressionné et ouvrons l'œil gauche en fixant toujours le papier. L'image du cercle n'apparaît pas immédiatement. Le blanc du papier s'obscurcit tout d'abord, et c'est seulement alors que l'image se dessine colorée en vert et plus claire que le fond. C'est la même *image négative*, extériorée par l'œil gauche non impressionné, avec les mêmes caractères que nous lui avons reconnus dans l'œil droit qui a reçu l'impression.

M. Giraud-Teulon, qui a répété cette expérience, est arrivé à des conclusions semblables. (Note inédite remise à M. Charcot.)

On peut produire le même *transfert* avec l'image positive en variant les conditions de l'expérience.

L'extérioration de l'image accidentelle par l'œil qui n'a pas reçu l'impression implique forcément l'intervention du cerveau et, avec une grande probabilité, le siège cérébral de l'image elle-même. Je ne parle que de probabilité, car, avec M. Béclard, on peut admettre par hypothèse une modification de la rétine non impressionnée par une sorte d'action réflexe partant de l'œil opposé. L'hypothèse serait fausse, ainsi que le démontrent les expériences suivantes.

B. *Les images accidentelles qui suivent les mouvements intentionnels de l'œil ne se déplacent pas quand on dévie l'axe optique par pression du globe.* — Une des raisons qui ont sans doute le plus contribué à la localisation des images consécutives dans la rétine, c'est que, si l'on promène le regard sur un fond uni, gris de préférence, les images se déplacent avec l'œil, traduisant avec une grande précision ses moindres mouvements. (Ruete, Donders, Giraud-Teulon, ont pu ainsi les utiliser pour une étude très-délicate des mouvements oculaires.)

Mais, par un contraste bien remarquable, ces images ne se déplacent plus dans les mouvements non intentionnels du globe, lorsque par exemple on déplace l'axe optique à l'aide du doigt. Si l'image est extériorée sur un fond, elle paraît bien se mouvoir au premier abord, mais il est facile de se convaincre que c'est l'effet d'une illusion. C'est le fond et non l'image consécutive qui se déplace si l'écran est assez étendu pour embrasser tout le champ visuel et assez uni pour que l'on n'ait pas la sensation de son déplacement ; l'image accidentelle reste immobile. Une épreuve non moins concluante résulte de l'impossibilité de produire le dédoublement de l'image lorsque les deux yeux ont été impressionnés et que l'on dévie l'un d'eux à l'aide du doigt, de manière à produire la diplopie des objets extérieurs. Enfin, si, au lieu de projeter l'image accidentelle sur un écran, on l'observe les yeux étant fermés, on remarque encore qu'elle se déplace dans la direction intentionnelle du regard, mais nullement dans les mouvements imprimés artificiellement au globe de l'œil. Est-il nécessaire de faire remarquer que, si l'image avait un siège périphérique sur la rétine, cette différence dans les résultats obtenus par les deux espèces de mouvements n'existerait pas ? Une image persistante de la rétine doit se déplacer dans la déviation mécanique du globe aussi bien que dans les mouvements intentionnels, au même titre qu'un scotome produit par une lésion de la macula.

Les images accidentelles ont donc un siège cérébral. Dans le jeu normal des organes, elles sont entraînées par les points de la rétine qui ont reçu l'impression. Grâce à cette propriété, indispensable pour que le sensorium ait la notion exacte de la fonction des

objets dans l'espace, elles se comportent comme des images rétiniennes.

Quels rapports existent entre les images accidentelles ordinaires, dont je viens de parler, et celles dont M. Pouchet a entretenu la Société de biologie?

Plusieurs jours après des examens microscopiques prolongés portant sur le même sujet, M. Pouchet voit apparaître dans son champ visuel l'image de ses préparations se superposant aux objets extérieurs. Ce fait n'est pas sans analogie avec celui de Newton, qui pouvait évoquer l'image du soleil observé plusieurs semaines auparavant (1).

Il est évident que la cause principale, sinon exclusive, du phénomène, réside dans une impression visuelle trop vive ou trop prolongée. Mais là s'arrête l'analogie entre ces images apparaissant longtemps après l'impression et d'une manière très-exceptionnelle et celles qui succèdent immédiatement à l'impression, se produisant d'une manière en quelque sorte fatale, comme une réaction photographique, lorsque l'on réalise les conditions nécessaires.

Avec beaucoup de justesse, M. Pouchet a remarqué que, si ses préparations portaient sur le même sujet, elles n'étaient cependant pas identiques entre elles. Les images qu'il a observées sur lui-même impliquent un travail de synthèse et par suite l'intervention active du sensorium. Par ce caractère, cette variété d'images consécutives se rapproche de l'hallucination. L'observation de M. Pouchet ne me paraît pas différer essentiellement de celle d'Andral, qu'il raconte lui-même en ces termes : « Au début de mes études, je fus vivement frappé de voir dans une des cours des salles de dissection le cadavre d'un enfant à demi rongé par les vers. Le lendemain matin, en me levant et m'approchant de la cheminée pour rallumer mon feu, je revis ce cadavre, il était bien là. Je sentais son odeur infecte, et j'avais beau me dire qu'il était impossible qu'il en fût ainsi, cette hallucination dura un quart d'heure (2). »

J'ai observé, il y a deux ans, un fait qui touche déjà à la pathologie, mais qu'il n'est pas sans intérêt de rapprocher des précédents. Une dame vient me consulter pour une thrombose de l'artère centrale de la rétine. Elle ne tarda pas à être prise de symptômes de ramollissement cérébral sénile, imputables à la même cause que les accidents oculaires. Un jour, elle voit dans l'encadrement de sa fenêtre une branche de lilas. Elle s'approche, croyant que quelqu'un au dehors tenait cette branche, mais elle disparaît aussitôt. Elle comprit son erreur et vint me raconter le fait comme une chose extraordinaire qui l'avait vivement étonnée. Mais elle ajoute que cette branche de lilas n'était pas fleurie ; elle était seulement ornée de bourgeons entr'ouverts. Or l'on était précisément dans les premiers jours d'avril, à l'époque où cette plante commence à bourgeonner. Sans nul doute l'hallucination n'était que l'extérioration d'une image cérébrale antérieurement reçue.

(1) Newton. *Lettre à Locke*, in : *Vie de Locke*, par lord King. Londres, 1830.

(2) Andral. *Pathologie interne*, t. III, p. 184.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 mai 1882. — Présidence de M. Gavarret.

CORRESPONDANCE

M. le Ministre de l'instruction publique demande à l'Académie de désigner des délégués pour assister au quatrième congrès international d'hygiène qui doit s'ouvrir à Genève au mois de septembre prochain.

La correspondance manuscrite comprend : 1° une note de M. le docteur Levieux (de Bordeaux), avec plans et rapports à l'appui, sur les progrès réalisés dans cette ville au point de vue de l'isolement des malades atteints de maladies contagieuses ; 2° une lettre de remerciements de M. Sarazin (de Bourges), récemment élu membre correspondant ; 3° un pli cacheté déposé par MM. Dumas et Burquier (de Montpellier), accepté ; 4° une lettre de M. le docteur Lubelski (de Varsovie), qui, à l'occasion de la demande faite par M. le Ministre de l'instruction publique sur le temps pendant lequel un élève des lycées atteint de maladie contagieuse doit être tenu éloigné de ses camarades, rappelle qu'il s'est toujours bien trouvé de l'application du système quarantenaire préconisé par Franck et institué pour la première fois à Dijon par un arrêté en date du 25 septembre 1779.

M. le Président informe l'Académie qu'il y a lieu de déclarer deux places vacantes, l'une dans la section de pathologie médicale, en remplacement de M. Bouillaud, l'autre dans la section de physique et de chimie médicale, en remplacement de M. Briquet.

COMMUNICATIONS

M. Gautier, à l'occasion du procès-verbal, présente quelques nouvelles observations en réponse à la dernière communication de M. Béchamp. Il persiste à considérer que M. Béchamp n'a donné aucune preuve expérimentale de l'existence des microzymas et du rôle physiologique qu'il leur attribue. Il reproche ensuite à M. Béchamp de lui avoir attribué des opinions qui ne sont pas les siennes, notamment d'avoir généralisé des granulations insolubles retirées de la pepsine et des glandes pepsigènes aux granulations moléculaires dont il n'a jamais parlé.

Dermatose parasitaire. — **M. J. Rochard** rappelle l'objet de la communication que M. le docteur Nielly, professeur à l'École de médecine navale de Brest, a faite à l'Académie dans la séance du 11 avril dernier. Il vient faire connaître le complément de l'observation et les résultats des expériences entreprises pour la recherche de filaires semblables à celles qui ont été trouvées sur cet enfant, soit dans le sang, soit dans les eaux potables de la contrée, ou chez les personnes de son entourage.

L'enfant a été promptement et facilement guéri de son éruption par l'emploi de bains gélatineux et de bains savonneux alternés et d'onctions avec un glycérolé au tannin. De retour à Brest, il est devenu de plus en plus difficile de trouver des parasites dans les pustules ; le 19, M. Nielly en a découvert encore un à la cuisse gauche ; c'était le dernier. Le 30, l'enfant est sorti guéri de l'hôpital.

L'examen du sang fait chaque jour, du 14 au 25 avril, a toujours fourni des résultats négatifs. Il n'a jamais rencontré de filaires ni dans les selles, ni dans les urines, ni dans les crachats, ce qui paraît confirmer l'opinion qu'il a émise et d'après laquelle l'éruption cutanée ne serait que le mode d'élimination de ces nématoïdes ingérés à l'état d'œufs ou d'embryons, se développant dans le torrent circulatoire et venant mourir dans les vésicules à un état de développement moyen.

Pour confirmer cette manière de voir, il fallait rechercher ces embryons dans le pays même où l'enfant avait contracté la maladie. C'est ce qu'a fait M. Nielly. Il a visité tout le personnel de la maison dans laquelle l'enfant avait vécu. Aucun ne lui a offert de traces d'une éruption analogue. Il a porté ensuite son attention sur l'eau des puits, sur les végétaux qui en tapissent les parois. L'eau des puits lui a paru pure ; on n'y a trouvé rien de suspect.

En somme, on n'a pas pu découvrir la source à laquelle le petit malade a puisé ses filaires.

Quoi qu'il en soit, on doit considérer comme démontrée sur un point du Finistère l'existence d'une maladie cutanée spéciale d'origine parasitaire, analogue au « craw-craw » de la côte d'Afrique, et il est probable qu'on la retrouvera dans d'autres localités. Cette maladie, à laquelle M. Nielly propose de donner le nom de « papulose filarienne », a pour caractère l'apparition de papules siégeant principalement sur les membres et se transformant promptement en vésiculo-pustules au sein de chacune desquelles se montrent un ou plusieurs filaires. Elle n'est pas transmissible, le parasite mourant promptement après avoir été retiré de son milieu.

Pullulation vaccinale généralisée. — M. GUÉNIOT rapporte l'observation qu'il a eu l'occasion de faire tout récemment d'un cas d'auto-inoculation ou plutôt de pullulation vaccinale généralisée. Une petite fille de cinq mois lui fut amenée pour être vaccinée ; elle présentait de l'eczéma à la face et aux parties supérieures du tronc. Une première vaccination ayant échoué, M. Guéniot en pratiqua une autre quelques jours après de bras à bras. Il fit sept inoculations, quatre sur un bras, trois sur l'autre, et vers la fin du troisième jour il se développa sur les points d'insertion du vaccin de petites papules normales. Dès le quatrième jour les boutons étaient déjà larges aplatis, ombiliqués et contenaient une grande quantité de liquide. Le septième jour, il se développa une multitude de petites papules tout à fait semblables aux premières sur les bras, sur les épaules et sur la poitrine. Le neuvième jour, M. Guéniot, ayant été appelé, fut stupéfait de voir de véritables tumeurs formées par des papules accumulées. Il y avait quatre-vingts grosses pustules sur les bras seulement, une centaine sur la poitrine. En tout il a pu compter de deux cent soixante à deux cent quatre-vingts boutons énormes. L'état général de l'enfant paraissant sérieux, fièvre, insomnie, etc., M. Guéniot prescrivit quelques grammes de sirop diacode pour diminuer la sensibilité et provoquer un peu de sommeil ; il fit saupoudrer les boutons avec de la poudre d'amidon et recouvrir les parties les plus irritées de cataplasmes.

Dès le onzième jour il survint une amélioration d'abord très-légère ; le quatorzième jour, les croûtes formaient une véritable carapace sur la poitrine. Le dix-septième jour les croûtes commençaient à se détacher en grande partie ; mais elles laissaient après leur chute des surfaces suintantes, par lesquelles il se faisait une sécrétion tout à fait insolite.

Quelle avait pu être la cause d'une pareille éruption généralisée ? Il a paru à M. Guéniot qu'il y avait là deux influences principales : d'abord une réceptivité extraordinaire de l'enfant pour le vaccin, en second lieu la multiplicité des voies d'absorption de ce vaccin par le fait de l'eczéma.

M. Guéniot s'est demandé ensuite quelle conséquence pratique on pourrait tirer de ce fait. Instruit par ce qui s'est passé dans ce cas, en présence d'un eczéma semblable à celui dont cet enfant était atteint, devra-t-on surseoir à la vaccination?

Pour lui, il ne le pense pas, le danger qu'une pareille pustulation pourrait produire n'étant en aucun cas aussi grave que celui que ferait courir la variole. Seulement il se bornerait en pareil cas à un très-petit nombre d'inoculations, deux piqûres seulement, qu'il ferait sur les points du corps les plus éloignés du siège habituel de l'eczéma, c'est-à-dire sur leur partie externe.

DISCUSSION

M. BLOT émet quelques doutes sur la nature vaccinale de l'éruption observée par M. Guéniot. Il ajoute qu'il est indiqué de s'abstenir de pratiquer la vaccination chez des individus en puissance d'eczéma, à moins que ces individus ne se trouvent dans un endroit où règne une épidémie de variole.

M. HERVIEUX signale plusieurs faits analogues à celui que vient de communiquer M. Guéniot, entre autres quatre faits signalés par M. Cain, un fait observé par MM. Lereboullet et Marrotte, un fait présenté le 24 avril 1880 à la Société médicale des hôpitaux par M. Besnier (v. *Gazette des hôpitaux*), un fait publié dans la *Gazette des hôpitaux* (nº du 4 mai 1880) par M. le docteur Padieu (d'Amiens). Il semble résulter de tous ces faits que l'eczéma prédispose aux éruptions vaccinales généralisées. Toutefois, sur plus de quinze mille vaccinations qu'il a pratiquées à l'Académie, M. Hervieux n'en a jamais constaté de semblables, bien qu'il ait vacciné un grand nombre d'enfants atteints d'eczéma impétigineux. Une seule fois, il a vu, chez un enfant placé dans des conditions hygiéniques déplorables, se développer des pustules vaccinales ulcérées impétigineuses Malgré ces faits, M. Hervieux, d'accord avec M. Guéniot, et contrairement à M. Blot, est d'avis qu'il ne faut pas s'abstenir de pratiquer la vaccination chez ces enfants, ces éruptions vaccinales étant très-rares, n'étant jamais mortelles, tandis que la variole peut l'être. Entre deux maux, il faut savoir choisir le moindre.

M. MARROTTE pense, comme M. Blot, qu'il vaut mieux s'abstenir, surtout chez les petites filles, sur la face desquelles ces éruptions vaccinales généralisées peuvent laisser des traces.

M. COLIN a vacciné à l'école d'Alfort quatre taureaux ; avec ce vaccin, on a vacciné tous les élèves de l'école, plusieurs pensionnats et toute la garnison. Ces vaccinations ont été pratiquées par M. le docteur Marchand et M. Colin. Chez un élève âgé de vingt ans s'est produite une éruption vaccinale généralisée qui a inspiré de sérieuses inquiétudes.

M. GUÉNIOT répond à M. Blot qu'il ne peut exister aucun doute sur la nature vaccinale de l'éruption qu'il a observée. Il persiste à maintenir l'opinion qu'il a émise relativement à l'utilité de pratiquer la vaccination chez les enfants atteints d'eczéma comme chez les autres.

A quatre heures et demie l'Académie se forme en comité.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 mai 1882. — Présidence de M. MILLARD.

COMMUNICATIONS

Œdème du bras. — M. GUYOT présente une malade âgée de soixante ans qui, depuis quatre ans, est atteinte d'un œdème de l'avant-bras droit assez considérable, survenu sans cause appréciable. Il y deux ans, elle a eu une hémiplégie du même côté dont elle est aujourd'hui guérie. Il n'y a aucun trouble de la circulation, aucun trouble de sensibilité ni de motricité. Cet œdème a résisté à tous les traitements. Il est impossible d'en reconnaître la cause et la nature.

Maladie de Bright. — M. DIEULAFOY désire appeler l'attention sur quelques troubles peu connus de la maladie de Bright. Il y a d'abord des troubles urineux, en particulier une fréquence excessive des envies d'uriner. On voit ainsi des malades uriner douze ou quinze fois par nuit, ce qui devient pour eux une cause réelle de fatigue et d'insomnie. Cette fréquence de la miction n'est pas fatalement associée à la polyurie. De même qu'il y a très-souvent de la polyurie sans ces envies fréquentes d'uriner, de même celles-ci existent sans polyurie. Ce sont là deux symptômes indépendants ; cette distinction a bien été signalée par les auteurs, mais ces deux troubles, le trouble de sécrétion ou la polyurie et le trouble d'excrétion ou ces envies fréquentes d'uriner, ont été jusqu'ici décrits sous le seul et même nom de polyurie. C'est pourquoi M. Dieulafoy propose de laisser le nom de *polyurie* au premier de ces symptômes, au trouble de la sécrétion, et de donner au second, au trouble d'excrétion, le nom de *pollakiurie*. C'est particulièrement sur ce dernier symptôme qu'il veut appeler aujourd'hui l'attention de ses collègues.

Il distingue trois variétés de pollakiurie : 1º celle qui est précoce et apparaît dès le début de la maladie ; 2º celle qui est tardive ou apparaît dans le cours même ou à une période avancée de la maladie ; 3º celle qui est extrêmement douloureuse. M. Dieulafoy communique plusieurs observations qui sont des exemples de chacune de ces trois variétés. Il cite, entre autres, l'exemple d'un jeune homme de vingt-huit ans qui se plaignait de céphalalgie, avait eu de légères épistaxis et, depuis plusieurs semaines, était tourmenté par de fréquentes envies d'uriner sans qu'il y eût chez lui de polyurie. Il y a deux ans, il avait présenté, à peu de chose près, les mêmes phénomènes. Le début de la maladie de Bright datait donc de cette époque, et la pollakiurie en fut même pendant assez longtemps le seul signe. M. Dieulafoy cite plusieurs cas analogues. Il rapporte de même plusieurs exemples de pollakiuries tardives et de pollakiuries très-douloureuses, sans que, dans un cas comme dans l'autre, il y ait eu de polyurie. Dans ces cas, la maladie de Bright se confirmait plus tard par l'albuminurie.

Un autre symptôme du début de la maladie de Bright consiste dans les démangeaisons : tantôt c'est un fourmillement analogue à celui que produirait la présence d'un ou de plusieurs cheveux dans le dos ou sur la poitrine ; tantôt c'est une autre variété de démangeaisons consistant dans une sensation de fourmis dans les jambes. Ces diverses variétés de démangeaisons se rencontrent, dans un tiers des cas, au début de la maladie de Bright.

Enfin un troisième symptôme peu connu de cette maladie est la sensation de doigt mort. Les malades commencent par ressentir des crampes, des douleurs, des fourmillements dans les doigts, jamais ou presque jamais dans les orteils. Tantôt il n'y a qu'un seul doigt de pris, tantôt tous les doigts d'une seule main, tantôt les deux doigts symétriques de chaque main. L'extrémité de ces doigts, ainsi atteints, devient pâle, exsangue ; ces phénomènes apparaissent et disparaissent sous forme de crises. Ces cas sont à rapprocher de l'observation de gangrène symétrique des extrémités, publiée par M. Debove et appartenant à un cas de maladie de Bright. Quelle que soit la pathogénie de ce trouble, il existe et doit être pris en considération.

Les débuts de la maladie de Bright sont donc entourés encore de beaucoup d'obscurité. Dans bon nombre de cas ces débuts sont insidieux. En 1827, Bright basait le diagnostic sur ces deux symptômes : les œdèmes et les urines coagulables. Nous ne pouvons plus aujourd'hui nous en rapporter uniquement à ces deux symptômes pour formuler le diagnostic de la maladie de Brihgt, attendu qu'il y a des malades chez lesquels ces œdèmes ne se produisent pas ou n'apparaissent que tardivement, qu'il y en a d'autres qui n'ont pas ou presque pas d'albuminurie, ou chez lesquels celle-ci est intermittente ou n'apparaît aussi que très-tardivement.

Il faut donc faire le diagnostic de cette maladie à une époque aussi rapprochée que possible de son début ; or, très-souvent, à son début, elle ne se caractérise que par l'un des symptômes sur lesquels M. Dieulafoy appelle aujourd'hui plus particulièrement l'attention. Il importe de savoir qu'en dehors de ces symptômes la pollakiurie, les démangeaisons, la sensation de doigt mort, bien des céphalalgies, bien des accès d'asthme, des épistaxis, des douleurs lointaines, des bourdonnements d'oreilles, ne sont autre chose que des symptômes ou des prodromes de la maladie de Bright. Nos efforts doivent donc tendre cliniquement à dépister dès son début cette maladie, car le traitement est d'autant plus efficace qu'il est appliqué à une époque plus rapprochée de ce début.

Chute des ongles dans l'ataxie locomotrice. — M. ROQUES communique l'observation d'un homme de quarante-cinq ans qui, il y a un an, a été pris de douleurs dans le bras et le côté gauches ; ces douleurs n'avaient pas le caractère des douleurs fulgurantes ; il n'y en avait pas dans les membres inférieurs. Ce malade avait, en outre, des douleurs vésicales, de la dysurie et des troubles de la vue. Bientôt apparut de l'anesthésie des membres inférieurs ; le malade croyait marcher sur du velours ou sur des tapis ; il y eut aussi diminution de la sensibilité thermique, suppression des réflexes rotuliens et plantaires, surtout à gauche.

Les troubles de la vue, apparus il y a six mois, consistèrent dans de l'amblyopie ; l'œil gauche étant faible, la pupille du même côté était plus dilatée que l'autre.

Dans le décubitus dorsal, les mouvements se font très-bien ; quand le malade est debout, il n'y a pas non plus de troubles d'incoordination. La démarche n'est nullement modifiée par l'occlusion des yeux. La force musculaire est normale.

Malgré l'irrégularité de ces symptômes et l'absence de plusieurs autres, M. Roques n'hésite pas à porter le diagnostic d'ataxie locomotrice.

Il y a peu de temps, ce malade ressentit des fourmillements aux deux ongles des deux gros orteils ; il éprouvait la sensation de doigt mort. Une coloration noirâtre se développant graduellement indiquait une ecchymose sous-unguéale. La chute de l'ongle est prochaine. Ce phénomène est plus marqué à gauche qu'à droite.

Ce sont là des faits peu connus. Cependant M. Joffroy et M. Pitres ont publié des cas analogues. Toutefois, dans le cas de M. Roques, la lésion a marché beaucoup plus lentement. L'explication de ces faits est encore à trouver.

M. JOFFROY, quand il a signalé la chute de l'ongle chez un ataxique, pensait qu'il s'agissait d'un fait unique et qu'il y avait entre l'ataxie et ce phénomène une relation de cause à effet.

Il se basait, pour admettre cette opinion, sur ce fait que ces troubles remplaçaient les douleurs fulgurantes et sur la symétrie des symptômes. Or les observations montrent qu'il n'en est rien. Dans le cas que j'avais observé, il y avait eu, comme dans le cas de M. Roques avant la chute de l'ongle, une ecchymose sous-unguéale. J'avais pensé dès lors que cette effusion sanguine avait pu décoller l'ongle et être la cause de sa chute. Mais, dans le cas observé par M. Pitres, il n'y a pas eu préalablement à la chute de l'ongle d'ecchymose sous-unguéale. Celle-ci n'existe donc pas toujours, et n'est certainement pas la cause de la chute de l'ongle qui doit dès lors être rapprochée des troubles trophiques si communs dans l'ataxie locomotrice.

Jusqu'ici il semblait que cette chute de l'ongle ne s'observait que dans l'ataxie. Une récente observation de M. Rendu prouve qu'elle peut s'observer dans d'autres cas pathologiques. Il rapporte l'observation d'un homme de quarante-quatre ans qui, à la suite d'une violente émotion, fut pris d'une sorte d'attaque de délire. De cette attaque il resta un symptôme constant et une douleur très-intense dans les orteils de la jambe gauche ; un an après, il y eut de la raideur et il survint un équinisme tel que le talon se trouvait soulevé à 8 centimètres au-dessus du sol. En même temps existait une trépidation épileptoïde, les réflexes tendineux étaient exagérés ; la chute des ongles ne tarda pas à se produire, bien qu'il n'y eût pas d'ataxie. On l'a aussi constatée dans le cours du diabète.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'Association des médecins de la Seine a tenu, le 23 avril dernier son assemblée annuelle, sous la présidence de M. le professeur Béclard, doyen de la Faculté.

En l'absence de M. Orfila, indisposé, M. H. Barth, secrétaire-général adjoint, a présenté le compte-rendu pour l'année 1881 et a donné sur la marche et les progrès de l'œuvre les détails les plus satisfaisants. L'Association a reçu l'année dernière un legs de 10,000 francs de M. le docteur Duparque, et un grand nombre de dons, parmi lesquels nous remarquons ceux de MM. Laloy, 800 fr.; G. Jaulin, 500 fr.; Besnier, 100 fr.; Lannelongue, 300 fr.; Rotureau, 500 fr.; Mlle Piédagnel, 1,000 fr.; la Société médicale du neuvième arrondissement, 100 fr.; la Société médicale du huitième arrondissement, 400 fr.

Le total des dons et legs s'est élevé à plus de 15,000 francs, qui ont servi à grossir le capital de l'Association; ce capital dépasse aujourd'hui 800,000 francs. Le nombre des sociétaires est de 760.

Malgré la modicité de la cotisation annuelle, fixée à 20 francs, l'Association, grâce au revenu de son patrimoine, est en état de répondre à toutes les demandes, et de soulager efficacement tous ceux de ses membres qui en ont besoin. L'année dernière, 32,000 francs environ ont été distribués en secours; une pension viagère de 1,200 francs a été assignée à un sociétaire âgé et infirme.

M. Barth a terminé son compte-rendu par un chaleureux appel à tous les médecins du département de la Seine qui n'appartiennent pas encore à l'Association. (A ceux qui objecteraient qu'ils font partie de l'Association générale, on peut répondre que le cumul n'est pas interdit, au contraire.)

L'Association a réélu, à l'unanimité des votants, les membres sortants du bureau, savoir : président, M. Béclard; vice-présidents, MM. N. Gueneau de Mussy et Richet; trésorier, M. Genouville.

— M. le professeur Baillon fera sa prochaine herborisation à Bouray-Lardy, le dimanche 21 mai 1882. Le départ aura lieu à sept heures cinq minutes du matin, à la gare du chemin de fer d'Orléans pour la station de Bouray.

— M. le professeur Bureau fera une herborisation publique, le dimanche 21 mai 1882, à Mantes. Le rendez-vous est fixé à l'arrivée du train partant de la gare Saint-Lazare à huit heures dix minutes du matin. Les personnes qui voudraient profiter de la réduction sur le prix des places accordée par la compagnie des chemins de fer de l'Ouest sont invitées à se faire inscrire aux galeries de botanique du Muséum d'histoire naturelle tous les jours, de midi à cinq heures.

— M. le professeur Chatin fera sa prochaine herborisation publique, le dimanche 21 mai 1882, dans les bois de Saint-Cloud et de Versailles. Le rendez-vous est à la gare Montparnasse, à dix heures et demie du matin, pour le train partant à onze heures pour la station de Sèvres. Rendez-vous général aux cascades du parc de Saint-Cloud à midi et demi.

— M. Stanislas Meunier, aide naturaliste au Muséum d'histoire naturelle, fera une excursion géologique publique, le dimanche 21 mai 1882, à Carnetin, Thorigny et Annet. Il suffit, pour prendre part à l'excursion, de se trouver au rendez-vous, gare de l'Est, où l'on prendra, à neuf heures quarante-cinq minutes du matin, le train pour Lagny. On sera rentré à Paris à six heures quarante-deux minutes du soir.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 12865.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOTEL-DIEU. — M. Richet.

I. Cancroïdes de la face : 1° épithélial; 2° papillaire, ou papillome; 3° glandulaire. — II. Tumeur fibreuse du sourcil.

I. Nous avons à faire aujourd'hui trois opérations, dont deux doivent avoir lieu sur des malades atteints de cancroïde de la face, cancroïde de nature différente chez chacun d'eux.

Vous savez en effet que les cancroïdes se divisent en trois classes distinctes qui sont : 1° les cancroïdes épithéliaux, 2° les cancroïdes papillaires, et 3° les cancroïdes glandulaires.

A. *Cancroïde épithélial.* — Le cancroïde épithélial se développe à la surface de la peau sous forme de plaques écailleuses, furfuracées et grisâtres. Il est bien peu de personnes arrivées à un certain âge qui n'aient en un point quelconque de la face quelqu'une de ces plaques écailleuses, tout au moins en miniature, petite lésion épithéliale qui ne se fâche pas, qui reste à l'état pour ainsi dire embryonnaire, qui ne se développe point, si l'on a soin de n'y pas toucher. On peut dire de ces petites plaques que ce sont des *noli me tangere,* car, pour peu qu'on les irrite d'une façon quelconque, elles se fâchent, se fissurent, se déchirent et s'ulcèrent, et constituent ce qu'on appelle l'épithéliome en plaques du visage ou cancroïde épithélial.

Mais ce n'est point là la forme que nous observons chez les deux malades que nous avons opérés.

B. *Cancroïde papillaire, ou papillome.* — Cette seconde forme des tumeurs cancroïdales, forme dont nous avons un exemple très-net sous les yeux chez l'un des deux malades qui vont monter dans quelques instants à l'amphithéâtre, — un vieillard d'une soixantaine d'années, — est caractérisée par un état particulier des papilles du derme qui s'allongent, se tassent les unes contre les autres et s'infiltrent de matière épithéliale. Selon que la lésion en est arrivée à une période plus ou moins avancée de son développement, on observe en certains points des déchirures, dans d'autres de petits sillons, dans d'autres encore des ulcérations plus ou moins considérables, plus ou moins profondes et pouvant se prolonger jusqu'à la base sur laquelle ces papilles sont ulcérées. Enfin on aperçoit aussi des points où les papilles présentent seulement un aspect acuminé.

Cette forme, comme vous le voyez, est donc très-différente de la précédente, c'est-à-dire du cancroïde épithélial.

Chez notre vieillard, le cancroïde papillaire siège à la lèvre inférieure et s'est développé par suite de l'abus du tabac ou mieux par suite de l'usage excessif d'une pipe écourtée appelée brûle-gueule, dont le tuyau, d'une température élevée, était constamment en contact avec la lèvre inférieure. C'est ainsi que le tabac agit, en pareil cas, non pas directement, mais par la présence d'un corps étranger qui irrite constamment les papilles de la lèvre chez un sujet, bien entendu, prédisposé à cette affection.

Cette action de la pipe et du tabac ne saurait être contestée d'une façon sérieuse, surtout lorsque nous voyons le cancroïde papillaire de la lèvre se développer exclusivement chez l'homme, tandis que les lèvres de la femme en sont absolument indemnes, à moins que la passion du tabac, — pipes ou cigarettes, — ne s'empare d'elle également comme on l'observe dans certaines parties de la Bretagne, où les femmes fument la pipe ou le brûle-gueule comme les hommes. Aussi voit-on se développer chez elles, aussi fréquemment que chez l'homme, le papillome de la lèvre inférieure.

Nous ajouterons encore, comme preuve à l'appui de notre opinion, qu'autrefois, avant l'introduction du tabac, le papillome de la lèvre inférieure était une maladie fort rare.

Quoi qu'il en soit, l'opération que nous allons pratiquer chez cet homme va consister dans l'ablation de la portion malade de la lèvre inférieure, ablation en V, suivie de la réunion immédiate. L'opération me paraît d'autant mieux devoir réussir que l'on ne constate encore aucun des ganglions situés sous la mâchoire qui soit atteint.

Ce sont là, du reste, — je parle des papillomes, — des cancers externes qui marchent ordinairement de la périphérie au centre.

C. *Cancroïde glandulaire.* — Quant à la malade du n° 12 de notre salle des femmes, elle nous présente à étudier la

troisième forme de cancroïde, connue sous le nom de cancroïde glandulaire. Cette affection a été décrite pour la première fois par mon collègue des hôpitaux et de la Faculté, M. Verneuil. Elle peut se rencontrer dans les glandes pileuses, dans les glandes sébacées ou dans les glandes sudoripares.

La lésion est caractérisée anatomiquement par la formation de petites granulations serrées les unes contre les autres, ayant l'aspect de petites perles recouvertes par l'épiderme et reposant sur une base plus ou moins indurée. Cet épiderme est quelquefois aussi intéressé, ulcéré, et donne lieu à un véritable suintement.

De ces trois formes, le cancroïde glandulaire est le plus rare, puis vient le cancroïde épithélial, et en dernier lieu le papillome, lequel est le plus fréquemment observé.

Le siège que le cancroïde glandulaire occupe chez notre malade va exiger une opération assez délicate; il s'est développé, en effet, sur la paupière inférieure. Aussi la perte de substance que son ablation nécessite entraînerait un ectropion cicatriciel, non-seulement des plus désagréables, mais encore des plus néfastes pour le globe oculaire. D'abord il laisserait les larmes s'écouler constamment le long de la joue, puis la paupière, se trouvant attirée en bas, laisserait constamment à découvert une grande partie de la cornée, laquelle ne tarderait pas à s'exulcérer, d'où, à un moment donné, la perte inévitable de l'œil du côté atteint par le cancroïde glandulaire.

Pour éviter pareils accidents, nous aurons recours à une autre opération qu'à l'ablation simple. Nous ferons une triple incision circonscrivant un triangle dont la base sera en haut et longera le bord de la paupière, tandis que le sommet sera dirigé en bas vers la joue. La surface circonscrite par les trois côtés du triangle comprendra toute la tumeur glandulaire. Il nous suffira ensuite de réunir la plaie du sommet à la base, de telle sorte que la paupière, au lieu d'être entraînée en bas et de donner lieu à l'ectropion cicatriciel, dont je viens de vous parler, se trouvera au contraire relevée et tendra plutôt à diminuer l'ouverture intra-palpébrale.

II. La troisième opération que nous aurons ensuite à pratiquer est pour une tumeur du sourcil chez un homme d'une pusillanimité telle que, pour éviter toute intervention chirurgicale, il s'est confié aux mains absolument inexpérimentées d'une femme qui a voulu le guérir par l'application d'une ligature avec un fil de soie. Cette ligature a été si mal posée que, au lieu de comprendre toute la tumeur, elle l'a divisée en deux parties et a entamé la peau, donnant lieu à des douleurs fort vives. Le remède a été pour ainsi dire pire que le mal, ou tout au moins plus douloureux que la petite opération que cette tumeur nécessite.

Il s'agit, selon toutes probabilités et autant que l'examen extérieur de la tumeur nous permet de nous prononcer, d'une tumeur fibreuse de la peau. Je dis, selon toutes probabilités, car le malade, dont je vous ai fait remarquer la pusillanimité, pousse de tels cris dès qu'on cherche à palper la tumeur, que l'étude sur place en est assez difficile.

Cette tumeur me paraît être superficielle; nous allons l'enlever avec le bistouri et rapprocher ensuite les lèvres de la plaie avec des aiguilles.

HOPITAL NECKER. — M. Potain.

Kystes hydatiques, pleurésie par propagation, accidents sympathiques du côté des bronches.

Au n° 9 de la salle Sainte-Adélaïde se trouve une jeune fille qui, très-bien portante jusque-là, commençait, il y a quatre mois, à souffrir de douleurs vives dans le dos et dans le côté. Ces douleurs allèrent rapidement en augmentant, au point de l'empêcher bientôt de se coucher sur le dos. En même temps, il lui semblait que sa colonne vertébrale se déviait.

Elle vint alors à l'hôpital, se plaignant de douleurs intenses le long du rachis avec légère saillie de deux ou trois vertèbres dorsales et légère déviation latérale. Au même niveau, la pression était douloureuse, sensation qui se propageait au côté droit. La cavité thoracique était saine.

Quelques pointes de feu appliquées en cet endroit amenèrent un soulagement notable, la déviation sembla disparaître, et la malade, se croyant guérie, quitta l'hôpital.

Rien depuis lors n'était survenu, lorsque, il y a deux mois, elle ressentit une très-vive émotion; elle éprouva bientôt de grands malaises, perdit l'appétit, commença à tousser et rentra enfin dans le service au bout d'un certain temps.

A son arrivée, nous constatons qu'elle tousse encore un peu, que la déviation du rachis a disparu, sauf une très-légère saillie des vertèbres inférieures, du reste pas de douleurs. Hier nous entendons des râles nombreux dans le côté droit de la poitrine et en haut. Aujourd'hui l'auscultation nous donne des signes différents, pas de râles, mais un murmure vésiculaire faible, un bruit skodique à la partie supérieure et en avant. Dans tout le tiers inférieur de la poitrine, matité à la percussion, égophonie. Nous diagnostiquons un épanchement pleural.

Le ventre est un peu volumineux, du côté droit surtout; le flanc droit est très-douloureux à la palpation. A gauche, au contraire, la palpation est facile, les viscères de ce côté ne présentent rien de particulier. Le foie présente un bord mince et tranchant, tandis que sa partie supérieure s'élève un peu plus haut que d'habitude, c'est-à-dire au-dessus du mamelon.

L'appétit est médiocre, les digestions sont assez bonnes, il n'y a pas de diarrhée. Les règles ont manqué la dernière fois. Chez une jeune fille maigre et chétive comme celle-ci, notre première pensée avait été qu'elle était tuberculeuse. Mais l'examen de ce matin infirme notre premier diagnostic, les sommets du poumon sont sonores des deux côtés. Il reste donc pour la poitrine un léger épanchement pleural.

Mais, du côté droit de la cavité abdominale, à quoi avons-nous affaire? Les tumeurs de cette région peuvent appartenir soit au rein, soit au foie, soit à la fosse iliaque ou à la colonne vertébrale. Du côté du rein, serait-ce une hydronéphrose? de la fosse iliaque, quelques abcès par congestion de la colonne vertébrale? ou quelque tumeur du foie?

Les abcès de la colonne vertébrale seraient possibles en raison des antécédents de cette malade, je veux parler des phénomènes qu'elle a présentés il y a quatre mois. Mais la tuméfaction du ventre n'est pas molle, elle est résistante; ses limites sont très-tranchées, et de plus toute affection vertébrale paraît avoir disparu. Ce n'est donc pas à cela que nous devons nous arrêter.

Ce n'est pas non plus une hydronéphrose, car la tumeur est ferme, elle n'est plus élastique, on ne sent aucun frémissement hydatique, enfin il n'existe aucun trouble urinaire.

Reste donc le foie. Ce que nous sentons, c'est bien, du reste, le foie lui-même avec sa forme ordinaire, son bord mince et tranchant; mais l'organe est déplacé en ce sens qu'il occupe tout le flanc droit, et son lobe droit est augmenté de volume. Ce n'est point une hypertrophie pure et simple, ce n'est point une sclérose : elle porterait sur tout l'organe et non sur un seul de ses lobes.

Serait-ce un cancer? Il est très-rare avant quarante ans, et exceptionnel avant vingt ans, même quand il est secondaire. Or notre jeune fille n'a que dix-sept ans. De plus, l'altération de sa santé est récente, il n'existe aucun état cachectique profond, enfin le cancer du foie forme des tumeurs bosselées, ce que nous ne rencontrons pas ainsi.

Nous devons donc repousser également cette supposition.

Quant à la stéatose du foie, je n'en dirai que peu de chose, car elle suppose soit une maladie déjà ancienne, soit la phthisie, soit une longue suppuration. Ici encore rien de semblable.

Après avoir ainsi éliminé successivement ces différents états de l'organe hépatique, nous arrivons aux kystes du foie. Ici les signes directs ne nous apprennent rien, la tumeur n'est pas molle, elle n'est pas élastique, on ne sent aucun frémissement hydatique. Il faut, du reste, pour que ces phénomènes puissent être constatés, que les kystes soient superficiels et pour ainsi dire sous la main de l'observateur, tandis que, si la lésion occupe la face profonde, ces kystes peuvent rester longtemps méconnus. Nous n'avons donc comme élément de diagnostic que le volume du foie, mais ce volume s'accuse surtout au niveau du bord supérieur de l'organe qui s'élève, comme nous l'avons déjà dit, au-dessus de son niveau normal. Or l'affection kystique de la partie supérieure du foie est la seule qui l'élève ainsi, tandis que toutes les autres affections du foie l'abaissent.

Il s'agit donc bien pour nous, dans le cas présent, de kystes profondément placés.

Si à cela nous ajoutons que la pleurite est souvent une des conséquences de ces kystes par irritation de voisinage, les accidents pleuraux de notre malade s'expliqueront aisément.

Les kystes hydatiques retentissent de deux façons sur les poumons : 1° par propagation et par rupture, comme nous en avons vu dernièrement un exemple; 2° par des relations sympathiques très-étroites entre le poumon et le foie et leurs rapports fonctionnels. On connaît, à ce sujet, l'ictère de la pneumonie qui n'est souvent qu'un ictère sympathique, que ce soit le poumon droit ou gauche qui soit atteint. Il en est de même de l'influence du foie sur le poumon qui donne lieu parfois à des affections pulmonaires.

J'ai vu ainsi un malade fatigué par une toux excessive, chez lequel le foie seul était malade, sa partie supérieure renfermant des kystes hydatiques, tandis que le poumon était sain. Cet état morbide par sympathie put être seulement calmé par des injections hypodermiques.

Je crois donc raisonnable de supposer chez notre malade des kystes hydatiques du foie retentissant par sympathie sur les bronches et donnant lieu à de la toux, retentissant aussi par propagation sur la plèvre et donnant lieu à l'épanchement pleurétique que nous avons constaté.

Quant au pronostic, il est essentiellement variable, certains individus pouvant vivre ainsi très-longtemps, tandis que d'autres succomberont rapidement. Il est d'autant moins grave que la lésion superficielle permet de ponctionner la tumeur; mais il est beaucoup plus sérieux si celle-ci occupe la face supérieure du foie à cause des accidents de pleurésie suraiguë qui peuvent se manifester, ou de suffocation rapide. De plus les hydatides peuvent se créer une issue par les bronches, issue qui peut amener la guérison tout aussi bien qu'elle peut entraîner la mort. Par toutes ces considérations, notre pronostic restera donc réservé.

La thérapeutique est également embarrassée, car il n'est pas possible de dire le point où siège la tumeur kystique, pour aller la ponctionner. Aussi, tant que la maladie reste tranquille, mieux vaut ne rien faire que de risquer d'augmenter les accidents. Dans les conditions où se trouve actuellement notre malade, je crois donc prudent de rester dans l'expectation et de n'intervenir par une ponction que si les accidents augmentaient et que la tumeur fît saillie en un point déterminé du foie.

DE L'ACTION TÉTANISANTE ET PARALYSANTE DU CHLORURE DE SODIUM.

Par M. le docteur Ch. Richet,

professeur agrégé près la Faculté de médecine de Paris.

Tous les auteurs qui ont expérimenté avec le chlorure de sodium ont constaté l'innocuité relative de cette substance. Cependant, si l'on fait des injections dépassant 2 grammes de sel par kilogramme de l'animal, on voit survenir des phénomènes intéressants.

Pour les constater avec netteté, il faut ouvrir la trachée et faire rigoureusement la respiration artificielle. Cette respiration artificielle agit de manière à permettre la survie prolongée de l'animal. Il est probable qu'elle empêche la tétanisation convulsive et asphyxiante des muscles thoraciques.

Comme cette communication n'est que préalable, j'insiste seulement sur les phénomènes fondamentaux de l'intoxication par le sel marin.

Quand la dose injectée a atteint 4 grammes de sel par kilogramme du poids de l'animal, on voit survenir des attaques tétaniques d'une énergie extraordinaire, qui ne le cèdent en violence ni à l'attaque strychnique, ni à l'attaque absinthique, à laquelle elles ressemblent d'une manière remarquable.

Cette période tétanique peut être très-prolongée si l'on fait rigoureusement la respiration artificielle.

A une dose un peu plus forte, 5 grammes par kilogramme environ, les attaques cessent et sont remplacées par une série de secousses choréiformes tout à fait analogues à ce que l'on constate dans l'empoisonnement par la strychnine. J'ai indiqué en effet que, dans l'empoisonnement par la strychnine, on distingue une période tétanique, une période choréique et une période de résolution. Il en est de même dans l'empoisonnement par le chlorure de sodium. A la période convulsive extrêmement violente succède une période choréiforme. A ce moment il n'y a plus de réflexes. Le cœur bat avec force; le sang est très-rouge.

La respiration volontaire n'est pas supprimée. Il y a des inspirations régulières, mais peu efficaces; et c'est peut-être ce qui nécessite le secours de la respiration artificielle sans laquelle l'animal ne pourrait pas hématoser son sang.

A une dose plus forte encore, les respirations spontanées s'arrêtent, les nerfs n'excitent plus les muscles. Les muscles eux-mêmes deviennent moins excitables, et se rigidifient, alors que le cœur continue encore à battre.

On voit ainsi, dans l'empoisonnement par le sel marin, se succéder avec une régularité remarquable les phases de toute intoxication, excitation puis paralysie.

Avec la même substance, on produit, selon la dose, les phénomènes qu'on observe dans l'empoisonnement par la strychnine, le chloroforme, le curare.

Pour constater cette progression dans l'action du poison, il importe que l'injection de sel soit faite lentement, et que la solution injectée ne soit pas très-concentrée (soit d'environ 75 grammes par litre). En effet, à concentration plus grande, le cœur bat mal, et, la circulation étant altérée, les phénomènes nerveux sont moins nets que quand elle est intacte.

Je me propose de revenir sur ces expériences, et j'espère que je pourrai établir une comparaison entre les chlorures des métaux alcalins.

Il me suffira de constater que le chlorure de lithium est assez toxique, et qu'il paraît, à poids égal de métal, être dix fois plus toxique que le sodium.

DU VERTIGE.

Par M. le docteur Leven.

Le vertige consiste dans un trouble de la sensibilité musculaire dû à l'irritation du noyau encéphalique où se groupent toutes les sensations des muscles. La condition de l'équilibre de l'homme est la même que celle auxquels sont soumis tous les corps en général. Il faut qu'il soit soutenu par son centre de gravité.

Ce centre de gravité varie à chaque instant, dans tous les mouvements que nous faisons, dans les déplacements du corps, dans la marche. Il varie à l'état de repos, qu'il soit assis, qu'il se penche d'un côté et de l'autre, la condition pour qu'il soit en équilibre, c'est, dis-je, que son centre de gravité soit toujours assuré.

Or le centre de gravité n'est fixé que grâce aux contractions musculaires. Ce sont les groupes musculaires dont la contraction doit être mesurée, appropriée aux différentes positions qu'il prend. La contraction des muscles est toujours réglée par l'esprit, par la conscience qui est en rapport avec la partie de l'encéphale où aboutissent toutes les sensations musculaires.

C'est l'esprit qui réglemente le noyau encéphalique dont le rôle est d'innerver le système musculaire.

Si nous supposons que ce noyau soit irrité par des impressions quelconques, toutes les sensations musculaires sont confusément accueillies et transmises confusément au moi, et de là il ne résulte qu'un désordre musculaire généralisé.

Ce sont là les faits physiologiques qui peuvent servir à expliquer le vertige.

Ce noyau encéphalique, que nous ne connaissons pas, mais qui existe certainement et qui est le siège de ce que Charles Bell appelait le sens musculaire, peut être irrité directement, rester pendant des mois et des années en état d'irritation, ou bien l'irritation est transmise, indirectement, par des impressions morbides que transmettent les organes.

Un premier fait nous donnera un exemple d'irritation produite directement par les fatigues d'un travail intellectuel excessif.

Mme S., professeur de musique, qui donne des leçons de 8 à 9 heures par jour, est affectée de vertige depuis 5 ans, lequel a résisté à tous les traitements, aux douches, aux eaux de Ragatz et de Plombières, à l'hydrothérapie, à l'électricité, aux préparations ferrugineuses bromurées. Voici comment il s'est produit.

Il y a cinq ans, elle se sent faiblir sur les jambes un matin, ne voit pas pendant deux ou trois secondes, et depuis ce jour le vertige a débuté; il est continuel.

Elle ne peut se tenir debout sans s'appuyer, elle ne peut rester assise, si elle n'a un poids sur ses genoux pour maintenir ses muscles au repos, et, sans cette précaution, elle tomberait de sa chaise. Elle n'a pas la sensation de tournoiement. Les facultés intellectuelles sont intactes, et de plus elle a du gonflement de l'estomac, des fringales, rend des gaz toute la journée. Elle a le foie très-gonflé.

Elle a en résumé ce que j'ai appelé la maladie cérébro-gastrique; mais ce qu'elle présente de particulier, c'est que les facultés de l'esprit ne sont pas atteintes, sauf seulement le noyau encéphalique, siège du sens musculaire. Ces cas de vertige chronique sont rares, le vertige produit par une irritation directe du cerveau.

Ce qui est le plus fréquent, c'est le vertige déterminé indirectement par les impressions transmises par l'estomac malade. Il est extrêmement fréquent; peu de dyspeptiques, dont la maladie dure un certain temps, échappent à ce symptôme.

Il dure quelques secondes ou quelques minutes. L'individu se lève, flageole un instant sur les jambes, s'accroche à un objet parce qu'il est menacé de tomber et reste immobile jusqu'à ce que le phénomène ait disparu et recommence à marcher.

Il peut durer plusieurs heures ou plusieurs jours et être précédé d'une sensation violente dans le cerveau, ou d'une sensation de vide ou d'une sensation de cercle de fer qui étreint les deux tempes. Mais ce ne sont là que des sensations accessoires qui ne font pas partie intégrante du vertige. L'individu n'ose plus sortir pendant plusieurs jours, il n'ose plus se tenir debout. Il reste couché de peur de tomber.

Il en est qui tombent par terre et prévoient leur chute qu'ils ne peuvent prévenir.

Tantôt ils roulent sur eux-mêmes, le plus souvent ils sont entraînés à droite.

Il en est qui tombent en avant, d'autres en arrière, mais ces diverses espèces de chutes dont on a fait des variétés de vertiges titubans, vertige gyrosa, etc., n'ont point d'intérêt.

Le phénomène peut ne se produire que dans les muscles de la tête, dans les muscles des jambes, etc. Ce qui le caractérise, c'est le défaut de contractions réglées dans une partie du système musculaire, ou dans le système musculaire tout entier.

C'est là le vertige simple, caractérisé par les désordres des muscles; si à ce fait s'ajoute un désordre des facultés durant quelques secondes, la difficulté de penser, de vouloir, et une menace de perdre connaissance, on doit dire qu'il ne s'agit plus d'un vertige simple, et qu'au vertige s'ajoute l'étourdissement.

L'étourdissement se complique souvent de troubles de la vue, de pâleurs de la face, de la chute du pouls. C'est là alors une vraie commotion cérébrale incomplète; elle est quelquefois complète, le vertigineux tombe par terre après avoir perdu tout à fait connaissance.

Enfin au vertige s'ajoutent encore des hallucinations. Les malades croient s'effondrer dans un précipice, dans un gouffre, ou bien il en est qui ont la sensation d'anéantissement ou de mort imminente.

C'est la dyspepsie qui le détermine le plus souvent. Il paraît à des heures quelconques du jour ou de la nuit. La nuit, le dyspeptique se réveille en sursaut, s'assoit sur son lit et balance. Il a même peur d'être jeté hors de son lit.

Toutes les fois que le centre cérébral, siège du centre musculaire, est excité directement ou indirectement, toutes les impressions morales, les fatigues physiques ou autres, les organes des sens peuvent le susciter.

Une mauvaise nouvelle le réveille.

Une lumière vive, la traversée d'une grande place, la vue d'un grand nombre d'individus, d'un grand nombre d'objets, l'excite, et il peut s'accompagner d'hallucinations, de visions, de rayons lumineux, de feux. Les objets peuvent perdre leur couleur et leur forme, danser au-devant des yeux, tourner.

Quand ce dernier fait se produit, il est probable que le système musculaire de l'œil participe à l'agitation qui affecte tous les muscles.

Les uns calment le vertige en fermant les yeux. Pour d'autres, au contraire, l'obscurité profonde aggrave le vertige, les épouvante, et ils sont forcés de tenir un flambeau allumé même quand ils dorment.

Enfin il en est, et j'en ai observé plusieurs cas, chez qui un œil seulement est capable de déterminer le vertige.

Un son intense, une odeur vive, une température élevée, suffisent à déterminer le phénomène.

Physiologie pathologique. — Il ne peut être expliqué par l'ané-

mie cérébrale, car, parmi les vertigineux, les uns font cesser le phénomène par la position verticale, les autres par la position horizontale. Il ne paraît pas soumis directement aux influences de la circulation, mais dû, ainsi que le démontre ma première observation, à un état d'irritation du noyau encéphalique. S'il est si commun chez les dyspeptiques, ce n'est pas, comme on le répète journellement, parce que la dyspepsie a créé l'anémie; dans le plus grand nombre des cas, les dyspeptiques ne sont pas anémiques, mais l'estomac irrité impressionne jour et nuit l'encéphale, et finit par l'irriter dans le noyau qui doit recevoir les sensations musculaires.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 20 mai 1882. — Présidence de M. LABORDE.

COMMUNICATIONS

Action physiologique du chlorure de sodium. — M. CH. RICHET fait sur ce sujet une communication. (Voir plus haut.)

Du vertige. — M. LEVEN fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut.)

DISCUSSION

M. MATHIAS DUVAL rappelle, au sujet de la communication de M. Leven, les expériences faites par M. Laborde sur la lésion expérimentalement limitée à l'un des canaux semi-circulaires, ainsi que les travaux qui ont été publiés sur ce que l'on a appelé le sens de l'espace, et qui lui semblent expliquer nettement plusieurs points relatifs à l'étude du vertige. Dans l'intéressante observation relatée par M. Leven, et qui a trait à l'histoire d'une musicienne, n'y aurait-il pas lieu de faire intervenir chez elle un trouble du sens de l'ouïe pour expliquer le vertige, bien plutôt que des troubles stomacaux?

M. LABORDE croit qu'il faut d'abord bien s'entendre sur le véritable sens du mot vertige. On a créé beaucoup trop de sens divers, tels que le sens musculaire, le sens épileptique et le sens de l'espace, création d'outre-Rhin qu'il est regrettable de voir importer chez nous. M. Laborde reviendra ultérieurement sur ce sujet et fera connaître toute l'importance des lésions expérimentales produites soit sur les canaux semi-circulaires, soit sur le corps restiforme pour expliquer ce curieux phénomène du vertige.

M. LEVEN demande si, par l'expérimentation physiologique, on peut déterminer chez les animaux exactement ce que nous sommes convenus d'appeler le vertige.

M. LABORDE répond affirmativement à cette question, et s'engage à le prouver par la relation détaillée qu'il fera prochainement des expériences dont il a déjà parlé.

M. RICHET pense qu'il faut faire intervenir dans la question le vertige toxique, le vertige produit par l'ingestion de l'alcool, de l'éther ou du haschisch.

M. LABORDE fait observer qu'il en est de même du vertige quinique et du vertige cinchonique, que l'on peut également produire chez les animaux.

Lésions expérimentales des valvules du cœur.—M. FRANCK fait une communication sur les lésions de la valvule tricuspide produites expérimentalement chez le chien. Par une ouverture faite à la jugulaire droite, on introduit dans le ventricule droit une sorte de polypotome, c'est-à-dire un instrument à lame cachée, à l'aide duquel on peut très-exactement limiter la lésion à la valvule tricuspide. Il montre un chien qui a déjà subi cette opération, et qui, outre un souffle extrêmement intense, a présenté et présente tous les phénomènes cliniquement connus comme étant symptomatiques des lésions tricuspidiennes.

Il est donc possible de pratiquer chez les animaux des lésions valvulaires bien déterminées, de conserver ces animaux, de suivre chez eux toute l'évolution des phénomènes produits par ces lésions, et plus tard de les autopsier.

PRÉSENTATION

M. FRANCK offre en hommage, de la part de M. le docteur René (de Nancy) un travail extrait de la *Gazette des hôpitaux*, sur la *Vitesse des transmissions nerveuses.* (Voyez numéros des 23 et 25 mars, 1er, 20 et 22 avril 1882.)

La séance est levée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 mai 1882. — Présidence de M. Léon LABBÉ.

COMMUNICATIONS

Résorption des séquestres. — M. LANNELONGUE fait connaître les expériences qu'il a faites avec M. Vrignal sur la question de savoir si les séquestres sont résorbés ou non (Voy. *Gazette des hôpitaux*, numéro du 16 mars 1882). Plusieurs chirurgiens étrangers, entre autres Billroth, Langenbeck, Virchow, Stanley, ont introduit des chevilles d'ivoire dans des os humains, pour maintenir les fragments en place. Ils sont arrivés à cette conclusion que l'ivoire est susceptible de résorption. Ils pensaient à plus forte raison que les séquestres sont résorbés.

MM. Lannelongue et Vrignal ont pris un morceau d'humérus qui depuis dix ans servait aux démonstrations de l'école pratique; ils ont fait une cheville osseuse de 6 millimètres de long sur 3 d'épaisseur, et, après l'avoir trempée dans une solution phéniquée au vingtième, l'ont introduite dans un tibia de lapin adulte qu'ils avaient préalablement trépané. Dans l'autre tibia du même animal, ils ont introduit une cheville d'ivoire. L'opération a été faite avec les précautions de la méthode antiseptique. Après deux mois et trois jours, l'animal ayant été sacrifié, ils ont constaté que presque toute la cheville d'os avait disparu et qu'il s'était formé de l'os nouveau autour. Au microscope on put voir que ce qui restait de cette cheville avait les canaux de Havers remplis de cellules embryonnaires et de vaisseaux. On aurait dit avoir affaire à de l'ostéite. Il y a de l'ostéite productive d'une part et destructive de l'autre. Il n'en était pas de même pour l'ivoire dont une très-petite partie seulement avait été résorbée. M. Lannelonge termine par les conclusions suivantes :

La résorption des séquestres est un fait qui se démontre par l'expérimentation. La suppuration dans la capsule séquestrale autour du séquestre lui-même est un obstacle à cette résorption, mais la suppuration peut n'avoir qu'une durée temporaire, et, s'il lui succède une végétation embryonnaire, les bourgeons charnus accolés au séquestre s'engagent dans les anfractuosités même les plus minimes qu'il présente, produisant sa résorption par un mécanisme dont on suit les phases expérimentalement. La résorption de l'os mort a lieu plus facilement et plus promptement que celle de l'ivoire, de plus elle est suivie de la formation d'un os nouveau. Aussi doit-on préférer l'os à l'ivoire dans la pratique des résections pour assurer le maintien des fragments.

M. TRÉLAT fait observer que la communication de M. Lannelongue a l'avantage de présenter les caractères d'une démonstration expérimentale. Mais des faits cliniques viennent à l'appui de cette manière de voir; en particulier dans l'ostéomyélite à marche aiguë, s'il se forme des séquestres, on voit l'exécution naturelle des phénomènes observés par M. Lannelongue.

Opération de Porro. — M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE fait un rapport sur l'observation présentée dans la dernière séance par M. Guichard (d'Angers). (Voy. *Gazette des hôpitaux*, numéro du 14 mai 1882.)

M. Lucas-Championnière fait suivre la relation de cette observation de quelques réflexions. Il compare les résultats de la céphalothripsie avec ceux de l'opération césarienne. Cette dernière,

avec les procédés actuels de pansements, donne plus de chances que par le passé. Quoi qu'il en soit, la résection de l'utérus, et surtout d'un utérus gravide, est toujours grave. M. Lucas-Championnière a opéré une malade chez laquelle il a enlevé l'utérus, ses annexes et le fond de la vessie; elle a très-bien guéri; une autre a présenté des phénomènes hystériques à la suite de l'opération.

L'un des dangers de l'opération césarienne est l'hémorrhagie. Dans ce cas l'hystérectomie s'impose.

Dans l'opération de Porro, M. Lucas conseille d'enlever le moins possible de l'utérus, de morceler le pédicule pour mieux en assurer la striction, de ne pas le rentrer dans le ventre, à cause des lochies dont il doit être le siège, de réduire le plus possible son volume, de retarder le premier pansement, question capitale pour la guérison. M. le rapporteur repousse le procédé de Müller. Il regarde le passage préalable d'un lien élastique autour du col comme inutile; il accepte l'achèvement de l'incision utérine par déchirure proposée par M. Tarnier, bien que cela retarde un peu l'opération. Il regarde l'emploi de la méthode antiseptique comme indispensable. Il insiste sur les difficultés de la confection du pédicule. Cette opération exige, dit-il, une grande habitude des opérations abdominales. Il approuve, en terminant, la conduite de M. Guichard.

M. THÉOPHILE ANGER, se rappelant les phénomènes présentés par la malade de M. Guichard, ces accidents nerveux difficiles à expliquer, cette apnée, ces sueurs, ces urines noires, croit, dans ce cas, à la possibilité d'un empoisonnement par l'acide phénique.

M. POLAILLON ne partage pas cette opinion. Dans les cas d'empoisonnement par l'acide phénique, le pouls est lent, il y a de l'adynamie, la respiration est ralentie, la température abaissée. Il ne croit donc pas que les phénomènes présentés par la malade de M. Guichard soient des accidents d'intoxication phéniquée. Dans les ovariotomies et les hystérotomies qu'il a pratiquées en suivant toujours les règles de la méthode antiseptique, M. Polaillon n'a jamais vu se produire les urines noires ni aucun phénomène d'intoxication phéniquée. Il croit donc, comme M. Lucas-Championnière, que la malade de M. Guichard a succombé à ces phénomènes nerveux qu'on observe souvent après l'hystérotomie ou même seulement après l'ovariotomie compliquée d'une hystérotomie partielle. Il cite plusieurs exemples dans lesquels les malades sont morts le troisième ou le quatrième jour après l'opération, sans aucune trace de péritonite appréciable à l'autopsie; dans ces cas, c'est à des accidents nerveux de ce genre qu'il faut attribuer la mort.

M. ANGER fait observer que dans l'intoxication par l'acide phénique la température baisse, mais que le pouls s'élève. Il a fait récemment une hystérotomie à la suite de laquelle, malgré une constriction très-énergique du pédicule, la malade a succombé le surlendemain à une hémorrhagie. Il faudrait trouver de meilleurs moyens d'hémostase que ceux que l'on possède actuellement pour ces cas.

M. MARC SÉE fait observer qu'un bon moyen de prévenir ces hémorrhagies, c'est de faire sur l'utérus une incision cunéiforme, d'évider les parties latérales et de les réunir par une suture. Ce procédé a l'avantage de fermer complètement ce qui reste de la cavité utérine et d'empêcher les hémorrhagies dans le péritoine.

M. MARCHAND a pratiqué tout récemment une opération de Porro pour un fœtus passé dans le péritoine par suite d'une rupture spontanée de l'utérus. Une partie du fœtus semblant être encore dans l'utérus, M. Marchand essaya d'appliquer le forceps, mais l'instrument dérapa et le fœtus tout entier passa dans le péritoine. Il fit l'ouverture du ventre et trouva la cavité péritonéale remplie de sang; il pratiqua l'extraction du fœtus et du placenta qui s'y trouvaient. Sur la face antérieure de l'utérus existait une vaste déchirure transversale. M. Marchand crut donc devoir réséquer cet utérus. Pour faire le pédicule, il se servit de l'écraseur de Chassaignac. Il n'y eut pas d'hémorrhagie, mais la malade succomba le soir même à un commencement de péritonite.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE répond à M. Anger qu'il ne croit pas, dans le cas de M. Guichard, à un empoisonnement par l'acide phénique.

La pédiculisation de l'utérus est une grave question sur laquelle il y aura lieu de revenir.

M. Lucas-Championnière dit à M. Marchand qu'il a bien fait de se servir de l'écraseur de Chassaignac, mais que son emploi, en pareil cas, est déjà connu.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel en date du 20 mai 1882, il sera ouvert à Paris, en 1882-83, des concours pour 49 places d'agrégés, à répartir de la manière suivante entre les Facultés de l'État.

Section de médecine (pathologie interne et médecine légale). 11 places. — Paris, 4. — Bordeaux, 2. — Lille, 1. — Lyon, 1. — Montpellier, 2. — Nancy, 1.

Section de chirurgie et accouchements. 14 places dont 13 pour la pathologie externe et 1 pour les accouchements. — 1° *Pathologie externe :* Paris, 3. — Bordeaux, 2. — Lille, 2. — Lyon, 3. — Montpellier, 1. — Nancy, 2. — 2° *accouchements :* Paris, 1.

Section des sciences anatomiques et physiologiques. 13 places, dont 9 pour l'anatomie et physiologie et 4 pour l'histoire naturelle. — 1° *anatomie et physiologie :* Paris, 1. — Bordeaux, 1. — Lille, 2. — Lyon, 2. — Montpellier, 1. — Nancy, 2. — 2° *Histoire naturelle :* Paris, 1. — Lyon, 1. — Montpellier, 1. — Nancy, 1.

Section des sciences physiques. 10 places dont 5 pour la physique et 5 pour la chimie et toxicologie. — 1° *Physique.* 1 place pour chacune des 6 facultés. — 2° *Chimie et toxicologie :* Paris, 1. — Bordeaux, 1. — Lyon, 2. — Montpellier, 1.

En résumé. 12 places pour Paris, 7 pour Bordeaux, 6 pour Lille, 10 pour Lyon, 7 pour Montpellier et 7 pour Nancy.

Ces concours s'ouvriront à Paris, savoir :

Le 1er décembre 1882, pour la section de médecine; — le 1er mars 1883, pour la section de chirurgie et accouchements; — le 1er juin 1883, pour la section des sciences anatomiques et physiologiques et pour la section des sciences physiques.

Les candidats s'inscriront chacun d'une manière spéciale, pour l'une des places mises au concours dans chaque faculté. Ils pourront s'inscrire subsidiairement pour plusieurs places.

— Les candidats qui se sont fait inscrire au concours pour la nomination à deux places de médecins du Bureau central qui doit s'ouvrir le jeudi 1er juin 1882, sont au nombre de 41. Ce sont : MM. les docteurs Ballet, Barié, Barth, Benoist, Béringier, Bourceret, Brault, Brissaud, Buzot, Cadiat, Carrière, Chauffard, Chouppe, de Beurmann, Decaisne, Déjerine, Dreyfous, Éloy, Gombault, Hirtz (Edgard), Hirtz (Hippolyte), Jean, Josias, Lataste, Leduc, Legendre, Leroux (Charles), Leroux (Henri-Marie), Letulle, Lorey, Lucas-Championnière, Martin, Merklen, Moizard, Muselier, Oulmont, Renault, Rivet, Robin (Laurent), Talamon et Tapret.

Les noms des membres du jury de ce concours ont été tirés au sort. Ce sont MM. Berger, Cazalis, Grancher, Hillairet, Luys, Moissenet et Triboulet.

— Le Conseil municipal de Paris a voté, dans sa dernière séance et sur le rapport de M. le docteur Dubois, une somme de 4,500 francs pour la construction du piédestal de la statue destinée à Philippe Pinel.

— *Hôpitaux de Bordeaux* — Un concours pour deux places de 1er et 2e élèves internes s'ouvrira le 12 juillet prochain, à l'hôpital Saint-Jean. — Pour les conditions s'adresser au secrétariat des hôpitaux et hospices de Bordeaux.

— MM. Duhamet, aide médecin, et Aubry, médecin de 2e classe de la marine, viennent de donner leur démission.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Rabat, aide médecin de la marine.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le docteur Jarjavay a fait sa première démonstration de médecine opératoire avec l'aide de six aides d'anatomie et sous la direction de M. Farabeuf, chef des travaux anatomiques, le 19 mai 1882, à une heure précise, dans le pavillon n° 7 de l'école pratique, et les continuera les jours suivants à la même heure.

M. le professeur Trélat reprendra, à l'hôpital Necker, ses leçons de clinique chirurgicale, le mardi 23 mai 1882, à dix heures précises, et les continuera les jeudis et mardis suivants, à la même heure.

M. Budin, professeur agrégé, commencera le cours auxiliaire d'accouchements le mardi 23 mai 1882, à deux heures, dans l'amphithéâtre Laennec, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure. Le cours aura pour sujet la thérapeutique obstétricale.

— M. le docteur Dubuc, ancien interne des hôpitaux, commencera, le mercredi 24 mai, à quatre heures, amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, son cours de chirurgie de l'appareil urinaire, et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure. — Il traitera de l'affection calculeuse, de la lithotritie et des différents procédés de taille.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 12889.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Deux rapports, l'un de M. Woillez sur des points relatifs à la respiration soit normale, soit artificielle, dont les conclusions ont été adoptées sans discussion, et un rapport de M. Lagneau sur la statistique médicale appliquée au recrutement, dont les conclusions ont donné lieu à un commencement de discussion qui a motivé le renvoi du vote à la séance prochaine ; tel a été, avec une élection et un comité secret, le contingent de cette séance.

L'élection, qui avait pour objet le remplacement de M. Armand Moreau dans la section d'anatomie et de physiologie, a donné, au premier tour de scrutin, une très-belle majorité à M. Mathias Duval, porté le premier sur la liste et dont tout le monde connaît les titres à cet honneur.

Tandis que M. Mathias Duval, obtenait 50 suffrages, MM. Charles Richet et Laborde voyaient, le premier 15 suffrages, le second 9 suffrages, se réunir sur leur nom — honorables et sympathiques promesses pour l'avenir. M. Farabeuf avait 2 suffrages.

HOPITAL NECKER. — M. TRÉLAT.

I. Lymphadénome sous-maxillaire. — II. Cancer du rectum.

I. Parmi les malades qui sont entrés récemment dans notre service, nous avons, au lit n° 40 de la salle des hommes, un garçon de dix-sept ans, Breton, qui est arrivé des Côtes-du-Nord à Paris il y a six mois environ. Il est blond, bien constitué, sans aucune altération pathologique, ni scrofule ni vérole, sans aucun antécédent héréditaire ou personnel.

Il est venu pour une grosseur de la région maxillaire du côté gauche. En effet, au niveau de l'angle de la mâchoire inférieure de ce côté, on trouve une tumeur isolée, sans aucun retentissement sur la peau.

Cette tumeur est apparue, nous dit-il, depuis trois ou quatre mois ; grosse d'abord comme un petit noyau de cerise, elle a aujourd'hui 25 millimètres de diamètre ; elle est hémisphérique, très-régulière, mobile, et glisse sous la peau et sur les parties profondes. Elle est homogène, uniforme, sans lobulation ni dureté. Aussi n'est-ce, pour le dire tout de suite, ni un lipome, ni un néoplasme avec ses cloisons de tissu conjonctif, ni un enchondrome.

Elle avait pu paraître fluctuante, mais elle ne l'est pas. La fluctuation, dans une semblable tumeur mobile, petite, arrondie et reposant sur un plan ferme, est toujours assez difficile à rechercher. La tumeur est donc solide, elle est aussi rénitente, c'est-à-dire qu'elle fait effort contre la pression que l'on exerce sur elle pour reprendre sa position première. Elle n'est douloureuse ni spontanément, ni à la pression.

De plus, lorsqu'on examine avec soin les parties environnantes, on trouve en arrière et en bas sous l'angle de la mâchoire, dans la région carotidienne, une seconde tumeur, en contact avec la première, bien qu'elle en soit parfaitement distincte. Cette seconde tumeur est moins ferme, moins rénitente, moins volumineuse ; mais elle présente les mêmes caractères que la précédente. Enfin, au-dessous de ces deux tumeurs, on en trouve une troisième un peu plus allongée et même une quatrième un peu plus petite, qui offrent toutes deux encore les mêmes caractères que les deux que nous venons de décrire.

Ces quatre tumeurs se sont développées dans les ganglions lymphatiques de la région qu'elles occupent. Mais de quelle nature sont-elles ? C'est ce qu'il nous faut examiner maintenant. Constituent-elles une adénite chronique ? Non, parce qu'elles ne sont pas douloureuses, parce qu'elles n'ont jamais eu de marche inflammatoire, parce qu'il n'existe aucune cause originelle d'adénite, rien sur le cuir chevelu, rien sur les téguments. Une seule chose pourrait être en suspicion chez lui : ce serait la dentition, qui, à la mâchoire supérieure, est constituée par quatorze dents, les deux dernières molaires faisant défaut, et à la mâchoire inférieure par un nombre moindre encore, par douze dents seulement. Trouverions-nous une cause d'adénite dans l'une des grosses molaires cariée à la mâchoire inférieure ? Y aurait-il une périostite alvéolo-dentaire ? Non, il n'a pas eu de dents de sagesse, et il n'existe à leur niveau ni tuméfaction, ni douleur. Donc nul trouble à invoquer dans

l'apparition de ces dents. Enfin ce garçon n'est pas scrofuleux.

Ces tumeurs n'appartiennent donc pas à une de ces adénites aiguës, subaiguës ou chroniques, dont le processus manque absolument.

Serait-ce une adénie, la maladie décrite par Trousseau ?

Non, car il n'en a ni l'âge ni les symptômes. Nous devons éliminer aussi la scrofulose ganglionnaire par l'absence de tous phénomènes inflammatoires, ramollissement caséeux, abscès, fistules, etc.

En résumé, nous nous trouvons ici en présence d'un lymphadénome simple, affection qui réclame l'intervention chirurgicale, d'autant mieux qu'aujourd'hui, grâce aux pansements antiseptiques, l'ablation de ces tumeurs est à peu près complètement inoffensive. De plus, elle laissera une cicatrice que, chez un garçon, la barbe masquera facilement.

Autrefois on se refusait à pratiquer l'ablation de ces tumeurs, à cause des accidents opératoires de tout genre que l'on redoutait, et on laissait ces bosselures acquérir souvent des dimensions énormes.

Si, au lieu de lymphadénomes, nous avions eu affaire à une adénite, on se fut borné à l'application de cataplasmes et de pommades résolutives ; si enfin c'eût été une scrofulose ganglionnaire, l'indication thérapeutique eût été dans l'emploi de l'huile de foie de morue, l'envoi du malade aux bains de mer, etc.

Quant à l'anatomie macroscopique de ces lymphadénomes, elle est caractérisée généralement par une coloration rosée à peu près normale du ganglion, par une vascularisation un peu plus considérable que d'habitude, enfin, mais quelquefois seulement, par un petit point central présentant un commencement de ramollissement caséeux.

II. Le second malade que je vais opérer est cet homme dont je vous ai déjà dit quelques mots dans une précédente leçon, en vous parlant des phlegmons péri-rectaux.

Il est atteint d'un cancer du rectum dont l'opération a été retardée par la formation d'un de ces phlegmons que nous avons ouvert il y a une quinzaine de jours. L'incision que nous avons pratiquée à cette époque a produit une grande amélioration dans l'état général du malade. Il est sorti des lambeaux gangrenés considérables, et les deux fosses ischio-rectales se sont vidées presque complètement.

Si l'on pratique, aujourd'hui que toute tuméfaction phlegmoneuse a disparu, le toucher rectal, tout d'abord on ne trouve rien à l'anus même, mais un peu au-dessus, en avant et à droite, on sent un petit noyau dont la présence m'inquiète un peu. Plus haut le doigt, enfoncé profondément dans le rectum, rencontre une tumeur cancéreuse, tumeur qu'il dépasse à droite, tandis qu'à gauche il arrive jusqu'à son sommet. Nous sommes donc juste sur la limite opératoire d'une tumeur qui s'élève un peu plus d'un côté que de l'autre. Nous nous servirons du bistouri et du thermocautère, circonscrivant l'anus en arrière par une incision que nous prolongerons le plus loin possible vers le coccyx, afin d'aller dénuder le rectum en remontant en arrière, puis je passerai la chaîne de l'écraseur, au moyen d'une aiguille, au-dessus de la tumeur pour pratiquer la division longitudinale de la paroi rectale en avant des néoplasmes, et faire le sectionnement de la tumeur.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. DESCROIZILLES.

I. Rhumatisme articulaire subaigu sans manifestations cardiaques. — II. Bronchite aiguë et coqueluche ou tuberculose.— III. Leucocythémie probable chez un garçon de quatorze ans.

I. Un jeune garçon de neuf ans, aux chairs pâles, décolorées, amené ces jours derniers à la consultation, est entré dans nos salles pour un rhumatisme articulaire subaigu, accompagné de phénomènes fébriles légers. Les articulations fluxionnées étaient celle du coude gauche, celle du genou du même côté et l'articulation tibio-tarsienne gauche également. Le cœur était parfaitement sain, parfaitement indemne de toute lésion.

Cet enfant, malade depuis huit jours environ, ne présentait aucun antécédent héréditaire ni personnel; mais il habitait, depuis un certain temps déjà, un logement humide.

Nous étions donc en présence d'un rhumatisme articulaire aigu, modéré, à sa première attaque, sans manifestations cardiaques d'aucune nature, du moins à son entrée dans nos salles, rhumatisme subaigu à fluxions circonscrites peu considérables, sans fièvre intense.

Néanmoins notre pronostic a été réservé, le cœur pouvant toujours se prendre à un moment donné, les autres articulations pouvant être atteintes à leur tour, et la maladie se généraliser, enfin les phénomènes généraux pouvant revêtir un caractère d'une certaine intensité.

Cependant, selon toutes probabilités, la maladie ne semble pas devoir augmenter, et cela en raison même du traitement auquel nous avons eu immédiatement recours, ainsi qu'aux conditions hygiéniques meilleures dans lesquelles l'enfant est actuellement placé. Du reste, en général, le rhumatisme est peu périlleux à cet âge, il est seulement un antécédent fâcheux prédisposant par la suite à d'autres attaques.

Comme traitement, en pareils cas, on emploie localement les embrocations d'huile de camomille camphrée ou de jusquiame, ou bien encore de baume Opodeldoch et de laudanum, et l'on enveloppe les articulations de nombreuses cardes de ouate. Quant à la médication générale, je prescris ordinairement, soit le sulfate de quinine à la dose, suivant l'âge des enfants, de 30, 40 ou 50 centigrammes, pour neuf ans, ce dernier chiffre convient très-bien, soit le salicylate de soude qui est aussi très-efficace chez les enfants, surtout si on l'emploie de bonne heure. M. Archambault, mon collègue de cet hôpital, le préconise assez vivement, et le donne à la dose de 6, 8 et 10 grammes par jour. Ces chiffres me paraissent trop élevés, et je préfère l'administrer à 2, 3 et 4 grammes seulement par jour. J'abaisse même encore ces chiffres pour commencer, surtout chez les enfants lymphatiques, et je ne le leur donne qu'à la dose de 1 gramme et demi, 2 ou 3 grammes au plus.

M. Archambault prétend que le salicylate de soude a surtout pour effet d'empêcher le développement d'une affection cardiaque chez les rhumatisants. Je ne partage pas complètement, à ce sujet, sa manière de voir, et le fait ne me paraît pas démontré. Néanmoins c'est un bon médicament contre les douleurs articulaires.

La teinture de colchique est recommandée depuis longues années par M. Roger, qui la fait prendre à la dose de 5, 8, 10 et 12 gouttes par jour. C'est aussi un médicament com-

mode qui a l'avantage de ne donner ni bourdonnements d'oreilles ni vertiges.

En résumé, le rhumatisme articulaire chez l'enfant est généralement subaigu, rarement chronique, et le plus souvent peu grave; mais il s'accompagne fréquemment de manifestations morbides du côté du cœur, 30 ou 35 fois sur 40 d'après les auteurs.

II. Une petite fille de sept ans et demi est entrée, il y a deux jours, en proie à un malaise général, à une fièvre assez intense (100 à 110 pulsations). Sa mère, qui nous l'amenait, parlait d'un rhume très-sérieux de date ancienne déjà, qui, d'après son médecin, aurait tourné à la pneumonie.

En examinant la petite malade, nous avons trouvé partout une sonorité normale de la poitrine, ainsi que de nombreux rhonchus humides, sibilants, signes d'une bronchite intense. Puis, tandis que nous l'auscultions, elle a été prise d'une toux coqueluchoïde dont la forme quinteuse, nous dit sa mère, serait toute récente.

Le diagnostic était assez difficile. S'agissait-il d'une bronchite intense récente, en tous cas non capillaire, car il n'existait ni dyspnée, ni râles fins, ou bien d'une coqueluche au début, ou bien encore d'une toux dont les premiers accès remonteraient, selon la mère de l'enfant, à une année? Dans cette dernière hypothèse, les nombreux râles humides que l'on percevait masqueraient une tuberculose; dans la première supposition, au contraire, les phénomènes que nous constations seraient les préliminaires d'une coqueluche, affection dont les prodromes peuvent durer de deux à quatre semaines.

Nous nous trouvions donc en face, soit d'une bronchite chronique, d'une tuberculose avec toux spasmodique résultant de quelque adénopathie bronchique, soit d'une coqueluche à sa période initiale dite catarrhale.

En tous cas, le pronostic nous a paru sérieux et l'avenir plein d'appréhensions, car, s'il s'agissait simplement d'une coqueluche, elle promettrait chez cette enfant d'être d'une grande intensité, le catarrhe étant lui-même, dès maintenant, très-prononcé.

En pareille occurrence, que faire? La meilleure médication consistera en petits vésicatoires répétés pendant plusieurs semaines sur la poitrine et appliqués successivement un peu partout, en haut et en bas, à droite et à gauche, en avant et en arrière; elle consistera aussi en frictions avec la teinture d'iode ou avec l'huile de croton. Comme médication interne, on aura recours, dès le début, à des vomitifs composés de :

Ipéca	1 gramme.
Tartre stibié.	1 à 12 centigrammes.

en trois paquets.

On emploiera aussi les laxatifs avec le sulfate de soude, la magnésie, la manne, ou l'huile de ricin, à la dose de 10 à 12 grammes, tous les deux ou trois jours. On prescrira une potion au kermès ou à l'oxyde blanc d'antimoine; comme tisanes, du lichen ou du lierre terrestre.

Enfin, si la coqueluche se dessine bien, on ordonnera du sirop de belladone ou d'aconit, ou de la teinture d'aconit, ou celle de belladone à la dose de 20 à 30 centigrammes, dans une potion. De plus, on recommandera l'huile de foie de morue, ainsi qu'une alimentation tonique.

III. Nous avons aussi à vous dire quelques mots d'un garçon de quatorze ans, très-pâle, très-anémié, qui présente, dans l'aisselle du côté gauche, un chapelet de ganglions considérables ayant le volume d'un gros œuf de pigeon. De plus, la rate est fort volumineuse.

S'agit-il là d'un cas de leucocythémie, affection moins rare chez l'enfant que chez l'adulte, affection caractérisée par une décoloration profonde et générale des tissus, par une anémie excessive, par un état tel enfin que la proportion des globules blancs, comparée à celle des globules rouges, au lieu d'être de 1 pour 400, chiffres normaux chez un individu bien portant, peut s'élever à 1 pour 20, voire même parfois à 1 pour 3?

Chez ce jeune garçon, nous ne trouvons aucun fait ancien ou récent d'intoxication paludéenne, et les quelques accès de fièvre auxquels il est parfois sujet sont toujours très-faibles et n'ont aucun caractère intermittent, rien de paludéen. Aussi sommes-nous, en ce moment encore, assez embarrassés pour nous prononcer quant à un diagnostic absolu. En tous cas, son état morbide actuel demande à être soigné sérieusement, à être surveillé avec suite, car le pronostic me paraît assez fâcheux. En effet la leucocythémie ne pardonne pas, et les malades finissent par succomber à une cachexie véritable des plus prononcées.

Le traitement se composera des ferrugineux, de l'huile de foie de morue, de douches froides, de bains sulfureux, d'un séjour maritime tel, par exemple, que celui de Berck-sur-Mer; enfin on emploiera les frictions avec la pommade à l'iodure de plomb contre les ganglions de la région axillaire.

HOPITAL DU MIDI. — M. Charles Mauriac.

Des syphilides.

I

Parmi les nombreuses déterminations de la syphilis, celles qui s'effectuent sur la peau et sur les muqueuses sont non-seulement les premières en date, mais peut-être les plus importantes. En effet, par leur nombre et par leur fréquence, par la variété de leurs formes et par leur aptitude à se développer sous des modes multiples, depuis le début de la maladie jusqu'à ses périodes ultimes, elles surpassent toutes les autres manifestations. La spécificité de leurs lésions les plus légères ou les plus graves se révèle presque toujours par des particularités morphologiques, des groupements, des localisations si caractéristiques, qu'un simple coup d'œil suffit souvent pour les reconnaître. Aussi, grâce à leur coexistence avec des altérations plus profondes et de même origine, mais moins tranchées dans leurs symptômes et plus inaccessibles à nos moyens d'investigation, nous sont-elles maintes fois d'un grand secours pour le diagnostic de la syphilis viscérale. Dans le champ si vaste et trop fécond de cette diathèse, vous verrez les syphilides pousser en toute saison et sur tous les points. Et ce n'est pas d'aujourd'hui qu'il en est ainsi : les contemporains de l'endo-épidémie syphilitique du quinzième siècle décrivirent tous la maladie nouvelle comme ayant pour symptômes principaux des éruptions cutanées qu'ils appelaient *pustules*. Sous ce nom de pustules, ils englobaient les formes d'éruptions dissemblables, même les formes sèches. Néanmoins, à cette époque, les syphilides ulcéreuses et destructives étaient prédominantes et elles ne commencèrent à perdre de leur malignité qu'à partir de la vingtième année de l'endo-épidémie.

Je ne vous décrirai point les phases successives par lesquelles a passé la dermatologie syphilitique. Ce serait une étude inutile et fastidieuse. Il y a régné pendant longtemps une exubérance si encombrante, que nous devons nous efforcer d'élaguer et de simplifier. C'est ce que j'ai déjà tenté de faire dans mes premières leçons sur la pathologie générale des maladies vénériennes. Je vous disais que la description des syphilides, tant de fois faite depuis le seizième siècle, laissait maintenant peu à désirer, qu'elle était même trop surchargée parce que, sans motifs cliniques sérieux, on avait multiplié les divisions et les subdivisions. Je vous ai proposé la classification suivante que je reproduis ici, sans vous exposer de nouveau les raisons qui la justifient.

Toutes les éruptions syphilitiques cutanées et muqueuses peuvent être ramenées aux quatre types fondamentaux suivants :

1° Le type érythémateux ;
2° Le type papuleux ;
3° Le type pustulo-ulcéreux ;
4° Le type tuberculo-gommeux.

Ces quatre types forment deux grands groupes. Le premier comprend les types érythémateux et papuleux, le deuxième les types pustulo-ulcéreux et tuberculo-gommeux. Les syphilides du premier groupe, qui sont les plus communes, ont pour caractères principaux d'être précoces, superficielles, généralisées, diffuses et résolutives. Elles occupent une place chronologique fixe, c'est-à-dire qu'elles surviennent après la lésion initiale, se reproduisent par poussées successives, puis disparaissent pour toujours au bout de trois ou quatre ans. Quelques-unes de leurs variétés, les papuleuses érosives ou ulcéreuses, sont les plus tardives; elles possèdent certaines propriétés du second groupe et servent comme de transition entre lui et le premier, entre les accidents secondaires et les tertiaires. — Les syphilides du deuxième groupe ont pour caractères principaux d'être tardives, c'est-à-dire de ne se montrer en général que trois ou quatre ans après le chancre ou beaucoup plus tard ; d'être profondes, c'est-à-dire d'intéresser une partie considérable ou la totalité du derme cutané et muqueux ; de ne point disparaître sans laisser de cicatrice, par conséquent d'être destructives ; enfin de ne se montrer, sauf dans les formes précoces et malignes, que successivement, sur des points circonscrits du tégument. C'est dans ces dermatopathies qu'on observe toutes les variétés et tous les degrés du phagédénisme syphilitique et qu'on trouve cet état d'imminence morbide insidieuse, illimitée, indéfinie, qui appartient à toutes les lésions de l'ordre tertiaire.

Entre ces deux groupes de syphilides, il faut placer les formes vésiculeuses et bulleuses. Je n'en fais point un type distinct parce qu'il est fort rare de les trouver à l'état de pureté. La vésicule et la bulle ne sont en effet, la plupart du temps, qu'un élément surajouté à la lésion génératrice, papule ou pustule, par conséquent accessoire et toujours éphémère. Du reste, ces formes sont exceptionnelles, et il y a tout avantage à annexer les vésiculeuses au groupe érythémato-papuleux, les bulleuses au groupe ulcéro-gommeux.

Tout en restant le même dans ce qu'il a de fondamental, l'élément générateur de chaque type présente fréquemment des variétés de formes, de groupement, de processus et de terminaison qui permettent de créer des subdivisions. Là aussi on les a multipliées sans nécessité. Il faut en être sobre et n'admettre que celles qui reposent sur des différences tranchées et durables. Le type papuleux, qui embrasse une si grande étendue de la dermatopathie syphilitique, se prête mieux que les autres à ces subdivisions, et vous verrez que là elles sont indispensables. Pour ne vous en donner qu'une preuve, remarquez quelles modifications subit la papule sur les muqueuses et sur les parties fines et humides de la peau pour devenir la plaque muqueuse qui est, après le chancre, la lésion la plus spécifique de la syphilis et qui caractérise toute sa phase virulente. Outre cette cause intrinsèque de diversité pour les syphilides, il y en a d'autres qui expliquent pourquoi la physionomie de ces éruptions est si multiple malgré la permanence des mêmes éléments générateurs. Parmi ces causes, une des plus communes, c'est la combinaison de deux types différents, tels que le papuleux, par exemple, et l'érythémateux; une autre, c'est leur juxtaposition, leur simultanéité; une troisième, c'est leur fusion. Ai-je besoin d'entrer à ce sujet dans de grands développements? Le nom même que je donne à ces causes n'explique-t-il pas leur mode d'action et les conséquences qui en peuvent résulter? Il ne faut pas, du reste, enfermer toutes ces variétés dans le cadre étroit d'une classification systématique. Les nuances si nombreuses, les transitions d'une forme à une autre, les particularités infinies de la morphologie dermatopathique, perdent plus qu'elles ne gagnent à être exprimées par les traits rigides d'une nomenclature invariable. J'ai toujours trouvé dans ces vieux procédés dogmatiques une telle sécheresse et une si ennuyeuse monotonie que je veux vous en éviter les inconvénients. Je m'en tiens donc à ce que je viens de vous dire sur les divisions et subdivisions des syphilides, me réservant d'y revenir et de le compléter dans les descriptions particulières.

Vous venez de voir quelles sont les principales déterminations de la syphilis sur la peau et sur les muqueuses, comment elles se groupent et à quelle date de l'évolution diathésique elles se produisent. Étudions maintenant, dans ce qu'elles ont de plus général, les questions qui se rapportent à l'étiologie, aux symptômes, au processus, à l'anatomie pathologique, au diagnostic, au pronostic et au traitement de ces manifestations.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 mai 1882. — Présidence de M. Gavarret.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend deux lettres de candidature de MM. Javal et Gariel pour la place vacante dans la section de physique et chimie médicales.

PRÉSENTATIONS

M. GIRAUD-TEULON présente un ouvrage de MM. Héron de Villefosse et Thédenat intitulé : *Cachets d'oculistes romains*.

M. CHATIN présente, au nom de M. Charles Brame (de Tours), une brochure intitulée : *Revision semestrielle du formulaire inséré dans la Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*.

M. LÉON COLIN signale l'importance et la priorité de certains travaux de M. le docteur Netter relativement aux rapports qui existent entre le typhus, d'une part, le scorbut et la misère, de l'autre. Il cite en particulier le passage suivant d'un mémoire publié par M. Netter en 1863 dans la *Gazette des hôpitaux :*

« Quand une population est en proie à une extrême misère, comme en temps de famine ou de constitution scorbutique, alors les émanations humaines acquièrent un caractère de perniciosité particulière qui se révèle par une odeur horriblement fétide. Si,

dans ces conditions, la malpropreté existe en même temps, les produits des émanations humaines s'accumulent dans les vêtements, sur la peau, dans la literie, et, de là, une sorte de marais spécial où s'empoisonnent non-seulement les individus qui ont donné lieu à sa formation, mais encore les personnes étrangères, aisées, n'ayant pas souffert de la misère, mais que leurs fonctions appellent dans ces milieux, telles que médecins, sœurs, infirmiers. »

ÉLECTION

L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre titulaire dans la section d'anatomie et de physiologie, en remplacement de M. A. Moreau.

La liste de présentation porte :

En première ligne, M. Mathias Duval.

En deuxième ligne, M. Charles Richet.

En troisième ligne, M. Laborde.

En quatrième ligne, M. Farabeuf.

Sur 76 votants, majorité 39.

M. Mathias Duval obtient	50	suffrages.
M. Charles Richet	15	—
M. Laborde	9	—
M. Farabeuf	2	—

M. Mathias Duval, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé élu.

RAPPORTS

Mécanisme de la respiration par le nez et par la bouche. — M. WOILLEZ, en son nom et au nom de M. Vulpian, lit un premier rapport sur un résumé de quelques expériences de M. Smetter sur le mécanisme de la respiration par le nez et par la bouche.

L'explication donnée par l'auteur de la respiration par le nez et par la bouche exclusivement est basée sur ce fait que des contractions musculaires spéciales, constatées par lui *de visu*, obstruent le parcours buccal ou nasal pour isoler la circulation de l'air par la voie laissée libre.

M. le rapporteur trouve que le fait de l'isolement constant de la respiration par le nez ou par la bouche, lorsque les deux voies restent ouvertes, est trop exclusif. Il est d'avis qu'il y a des exceptions à la formule de M. Smetter, et il en cite des exemples. Les exceptions de ce genre, ajoute-t-il, semblent conduire à se demander si l'expérimentateur s'est mis dans des conditions physiologiques convenables, lorsqu'il a cherché à faire respirer par le nez et par la bouche à l'aide des tubes aboutissant à des flacons.

Malgré les quelques remarques critiques présentées par M. le rapporteur, le travail de M. Smetter ne lui en paraît pas moins intéressant; il a fourni à l'auteur des applications pratiques ingénieuses sur les injections liquides dans les fosses nasales ne suspendant pas la respiration par la bouche, sur les inhalations d'oxygène qui peuvent se faire par un tube dans la bouche sans l'emploi du masque de Waldenberg, et enfin sur les inhalations de chloroforme. A propos de ces indications, M. le rapporteur fait observer qu'il se rencontre d'autres conditions dans lesquelles il y a aussi un intérêt pratique à bien connaître la théorie du mécanisme de la respiration. L'état de mort apparente par syncope ou asphyxie est la plus importante de ces conditions. L'emploi de la respiration artificielle, quel que soit son mode d'application, sera modifié suivant l'idée que l'on pourra se faire de l'acte respiratoire physiologique. Mais ici il est clair qu'il n'y a pas lieu de se préoccuper de l'indépendance de la respiration nasale ou buccale, car tous les muscles sont inertes, et leur contraction ne peut pas, par conséquent, obstruer l'une des deux voies à parcourir par l'air. De là l'indication de faciliter autant que possible la pénétration de l'air par la bouche et par les cavités nasales à la fois.

M. Woillez termine son rapport en engageant M. Smetter à poursuivre ses intéressantes recherches et en proposant à l'Académie de lui adresser des remerciements et de déposer sa note dans les archives. (Adopté.)

Nouveau mode de respiration artificielle. — M. WOILLEZ lit un deuxième rapport, fait en commun avec M. Brouardel, sur un mémoire de M. le docteur de Chilly (de Vaucouleurs), relatif à un nouveau procédé de secours aux asphyxiés par causes diverses.

Le procédé proposé par M. de Chilly est un moyen mécanique pour faire immédiatement respirer un asphyxié à pleins poumons; il consiste à convertir la loge thoracique en un soufflet dont les fausses côtes constituent les ailes. Pour obtenir ce résultat, il suffit que, le sujet étant couché sur le dos et sur un plan incliné, l'opérateur, placé à l'un de ses côtés et la face tournée vers les pieds, enfonce les quatre derniers doigts fléchis de chaque main, et le plus haut possible, sous les fausses côtes, de chaque côté et derrière elles, en refoulant fortement la peau et en les serrant entre les extrémités des doigts et la paume de la main. Cette préhension doit se faire sur les points où la paroi thoracique fait la plus grande saillie en bas. Alors l'opérateur exécute des mouvements alternatifs d'élévation et d'abaissement qui donnent à la poitrine toute son ampleur ou toute sa dépression, car le mouvement imprimé aux fosses côtes se propage à toute l'étendue des parois thoraciques.

Examinant les avantages et les inconvénients de cette méthode, M. le rapporteur signale, parmi les avantages, celui de ne point nécessiter d'engins particuliers.

Suivant l'auteur, sa méthode a pour effet de faire respirer l'asphyxié à pleins poumons. Malheureusement, dit M. le rapporteur, on ne peut lui concéder cette supériorité. Sans vouloir nier que la dilatation du thorax soit ici la conséquence de l'écartement des côtes, on se demande dans quelle mesure la pénétration de l'air peut s'effectuer. Cette dilatation est moindre de bas en haut, aussi ne peut-on admettre que la respiration ait lieu à pleins poumons. D'un autre côté, le diaphragme reste inerte comme les autres muscles. La dilatation obtenue est par conséquent contrariée et amoindrie par cette ascension du diaphragme. On conçoit donc difficilement que la respiration puisse avoir lieu très-largement.

Quant aux résultats pratiques de l'emploi de ce procédé, il faudrait l'avoir expérimenté plusieurs fois pour les formuler. M. de Chilly ne donne pas des preuves suffisantes pour démontrer la supériorité de sa méthode.

Le résultat n'en est pas moins digne d'être noté. En conséquence, M. le rapporteur propose d'adresser des félicitations à M. de Chilly pour son intéressante communication et de déposer honorablement son travail aux Archives. (Adopté.)

Études statistiques sur le recrutement. — M. LAGNEAU lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Antony, médecin-major au 123e régiment de ligne, intitulé : *Études statistiques et médicales sur le recrutement dans le département de la Marne.*

M. le rapporteur termine son rapport en proposant les conclusions suivantes : 1° Renvoyer au comité de publication le mémoire de M. Antony ;

2° Demander au ministre de la guerre de vouloir bien charger le Conseil de santé des armées de faire rassembler et coordonner par cantons tous les documents statistiques recueillis lors des opérations du recrutement.

Une discussion s'engage sur cette deuxième conclusion entre MM. Larrey, Perrin et le rapporteur.

Vu l'heure avancée, le vote des conclusions est renvoyé à la séance prochaine. M. le rapporteur est invité à s'entendre avec ses collègues pour une nouvelle rédaction de la deuxième conclusion.

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture d'un rapport de M. Chatin sur les candidats à une place de correspondant vacante dans la troisième division des correspondants nationaux.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1882.

160. M. Poingt. Contribution à l'étude du traitement des fistules à l'anus. — 161. M. Dumez. Des ruptures de l'intestin grêle par traumatisme. — 162. M. Germaix. Étude de l'ergot du diss. — 163. M. Billet. Du mal vertébral: essai pathogénique. — 164. M. E. Huc. Essai sur les tumeurs du nerf optique. — 165. M. Prunieras. Indications du traitement de la fistule à l'anus. — 166. M. Bonnemaison. Des différents procédés chirurgicaux pour le traitement du strabisme monolatéral excessif. — 167. M. Dève. Étude sur la tuberculose des prisonniers.— 168. M. Marcel Liébault. Du volvulus de l'S iliaque du colon. — 169. M. Treillet. Du cancer du pavillon de l'oreille. — 170. M. Bonnamy. Contribution à l'étude de la séméiologie des écoulements uréthraux. — 171. M. Aumaitre. Des pansements antiseptiques chez les anciens et chez les modernes. — 172. M. Bonnans. Eaux minérales du département de l'Ariège. — 173. M. de Mangell. Des injections sous-cutanées de peptone mercurique ammonique dans le traitement de la syphilis. — 174. M. Lidin. Coup d'œil sur la climatologie et la pathogénie du Sénégal. — 175. M. Rousseau. Essai sur la péricardite tuberculeuse. — 176. M. Stevenel. Contribution à l'étude de la myocardite interstitielle et de l'abcès du cœur. — 177. M. Gleise. Étude sur les fistules du sinus maxillaire.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — Les questions données aux différentes épreuves du concours pour la nomination à huit places d'aides d'anatomie sont :

A. Épreuve écrite. — Le bulbe rachidien, anatomie et physiologie ;

B. Épreuve orale d'anatomie. — 1° Corps des vertèbres, ligaments qui les unissent; 2° les métacarpiens et les muscles interosseux ;

C. Épreuve de dissection. — 1° Le nerf grand hypoglosse à sa sortie du crâne et le plexus cervical profond ; 2° le nerf maxillaire inférieur.

— Par décret en date du 16 mai 1882, ont été promus dans le corps de santé militaire :

Au grade de médecin principal de première classe : MM. Mathieu et Spillmann ;

Au grade de médecin principal de deuxième classe : MM. Debaussaux, Pernod et Lévy ;

Au grade de médecin-major de première classe : MM. Nicol, Charton, Blaise, Talloir, Boncour, Scovazzo et Buez ;

Au grade de pharmacien principal de première classe : M. Marty ;

Au grade de pharmacien principal de deuxième classe : M. Warnier ;

Au grade de pharmacien-major de première classe : M. Balland.

— *Corps de santé militaire.* — L'inspection médicale comprendra sept arrondissements composés et répartis ainsi qu'il suit :

Premier arrondissement : M. Legouest, médecin inspecteur général, président du conseil de santé des armées (gouvernements de Paris et de Lyon). — *Deuxième arrondissement :* M. Baizeau, médecin inspecteur, membre du conseil de santé des armées (4e, 6e, 10e et 11e corps d'armée). — *Troisième arrondissement :* M. Perrin, médecin inspecteur, membre du conseil de santé des armées (5e, 9e, 12e et 13e corps d'armée). — *Quatrième arrondissement :* M. Champenois, médecin inspecteur, disponible (1er, 2e, 3e et 18e corps d'armée). — *Cinquième arrondissement.* — M. Colin, médecin inspecteur, disponible (7e, 8e, 16e et 17e corps d'armée). — *Sixième arrondissement :* M. Daga, médecin inspecteur, disponible (14e, 15e corps d'armée, et division d'Oran). — *Septième arrondissement :* M. Beaudoin, médecin inspecteur, disponible (division d'Alger, de Constantine et corps d'occupation en Tunisie).

L'inspection pharmaceutique sera faite aux hôpitaux des divisions d'Alger, d'Oran, de Constantine, et aux hôpitaux et ambulances du corps d'occupation en Tunisie, par M. Coulier, pharmacien inspecteur, membre du conseil de santé des armées.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Bachelot, décédé à Loué (Sarthe), à la suite d'un accident. Notre malheureux confrère, qui avait su conquérir les sympathies de tous, avait également, par son activité extraordinaire, pu concilier ses devoirs de médecin avec ses fonctions administratives. Le docteur Bachelot était maire de Loué et conseiller d'arrondissement de ce canton.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le médecin aide-major de 1re classe Génie, de M. Strohl, pharmacien principal de 1re classe, et de M. Bonnard, médecin major de 1re classe, en retraite.

— Dans sa séance solennelle du dimanche 11 mai, la Société nationale d'encouragement au bien a décerné une médaille d'honneur et un diplôme à M. Lassègue (Louis), élève au Val-de-Grâce et à M. Bataillard (André), étudiant en médecine, qui ont donné leur sang pour une opération de transfusion récemment pratiquée à l'hôpital Cochin.

Les mêmes récompenses ont été accordées à MM. les docteurs Brame, Duchaussoy, Grellety, Huguet, Lafage, Lucciardi et Noskowski.

— La *Gazzetta degli Ospitali* (Milano) nous apprend que, dans les quatre premiers mois de cette année, le service médical de nuit, dont nous devons la très-heureuse création à notre excellent confrère le docteur Passant, a permis de donner des soins à 209 malades.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les démonstrations générales concernant les manœuvres obstétricales seront faites par M. le docteur Budin, professeur agrégé, au grand amphithéâtre de l'École pratique. Les répétitions auront lieu au pavillon n° 6. MM. les Élèves qui se sont fait inscrire au bureau du chef du matériel pour prendre part aux manœuvres obstétricales, devront se trouver réunis au grand amphithéâtre de l'École pratique, le mardi 30 mai 1882, à trois heures.

— *Faculté des sciences de Paris.* — A l'occasion des fêtes de la Pentecôte, les cours et les conférences seront suspendus les lundis 29 et mardi 30 mai 1882.

— M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle, fera une excursion géologique publique, le dimanche 28 mai 1882, à Nanteuil-le-Haudouin, Rozières et Montépilloy.

Il suffit, pour prendre part à la course, de se trouver au rendez-vous, gare du Nord, où l'on prendra, à sept heures trente minutes du matin, le train pour Nanteuil. On sera rentré à Paris à six heures quarante-cinq minutes du soir. — Pour profiter de la réduction de 50 p. 100 sur le prix des places du chemin de fer, il est indispensable de s'inscrire au laboratoire de géologie du Muséum, avant samedi 27, à trois heures et demie.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité pratique des maladies du larynx, du pharynx et de la trachée, par Morell Mackenzie, médecin en chef de l'hôpital des maladies de la gorge et de la poitrine, à Londres,

professeur de laryngologie au « London Hospital ». Traduit de l'anglais et annoté par MM. les docteurs E.-J. Moure et F. Berthier. 1 beau vol. in-8° de 820 pages avec 127 figures dans le texte. — Prix : 13 francs. — Paris. O. Doin.

Dictionnaire de thérapeutique, de matière médicale, de pharmacologie, de toxicologie et des eaux minérales, par le docteur Dujardin-Beaumetz, membre de l'Académie de médecine et du Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. Avec de nombreuses figures dans le texte. Premier fascicule : petit in-4° de 180 pages, imprimé à deux colonnes. — Prix : 5 francs. — L'ouvrage sera complet en 12 fascicules qui paraîtront de quatre en quatre mois très-régulièrement. — Paris, O. Doin.

De l'étiologie et de la prophylaxie de la fièvre jaune par le docteur Corré, médecin de 1re classe de la marine, professeur agrégé à l'École de médecine navale de Brest. 1 vol. in-8°, avec une planche en couleur. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Essai sur la pathogénie de l'ulcère simple de l'estomac, par le docteur Galliard, ancien interne en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Paris ; médaille de bronze de l'Assistance publique. In-8° de 50 pages. — Prix : 2 fr. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 12893.

94

Médaille d'or de la Société de pharmacie de Paris.

Ergotine. Dragées d'ergotine
de BONJEAN.

La solution d'*Ergotine* est, d'après les plus illustres médecins, un des meilleurs hémostatiques (Ergotine, 10 gr.; eau, 100 gr.); pour injection hypodermique l'addition de 20 centigr. acide salicylique assure la conservation de cette solution. — Les DRAGÉES D'ERGOTINE BONJEAN sont employées avec le plus grand succès pour *faciliter le travail de l'accouchement*, arrêter les *hémorrhagies* de toute nature (crachements, pertes de sang, etc.), contre les *dysenteries* et *diarrhées chroniques*, et enfin pour combattre la *phthisie pulmonaire* et enrayer sa marche.

Dépôt général : LABÉLONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

127

LA PLUS PURGATIVE DES EAUX MINÉRALES.

Pullna (Bohême). GRANDS PRIX : Philadelphie 1876, Paris 1878, Sidney 1879, Melbourne 1880, Londres 1881. — A. ULBRICH.

63

AFFECTIONS DES BRONCHES ET DE LA GORGE

Une petite mesure (12 centigr.) de

Sulfureux Pouillet

dans un verre d'eau donne de suite une Eau sulfureuse incolore et d'une conservation parfaite.

Marallin Pouillet — Fl. pr 10 litres d'eau. 2f,50
Fl. pour un bain. . 1 fr.

Donc, **économie** et **préparation** toujours **identique**.

Approuvé par l'Académie de médecine.

CLERMONT, 112, rue du Bac, Paris.

13

Goudron Freyssinge

LIQUEUR NORMALE CONCENTRÉE ET TITRÉE NON ALCALINE. — La seule pouvant reproduire l'eau de goudron du Codex.

Le flacon : 2 francs, 97, rue de Rennes, et toutes les pharmacies. — C. Freyssinge

73

Vin de G. Seguin.

« C'est un puissant tonique; pris avant le » repas, il facilite la digestion. Il est très-utile » pour empêcher le retour des fièvres intermittentes sujettes à récidive. — BOUCHARDAT. » Paris, pharm. G. SEGUIN, 378, r. Saint-Honoré.

72

Bains d'eaux-mères

De Salies-de-Béarn (Basses-Pyrénées).

Eaux-mères chlorurées sodiques bromo-iodurées et sels concentrés d'eaux-mères pour bains chez soi. Un litre pour un bain. Flacon : 1 fr. 50.

Rachitisme, lymphatisme, scrofules, nécroses.

Paris, Pharmacie centrale et principales phies.

25

Officiellement adoptées dans les hôpitaux de Paris.

Peptones de Catillon

Solution contenant 3 parties de viande. Lavement nutritif : 2 *cuillerées*, 125 *eau*, 3 *gouttes laudanum*, 0,30 *bicarbonate de soude*.

Poudre : Peptone pure à l'état sec, — pas de dilution, contrôle facile, plus d'équivoque dans le dosage. 1 cuillerée à café représente 45gr de viande.

Cachets contenant 1gr et 2gr de poudre.

Sirop : agréable au goût, préféré pour la bouche. 1 cuillerée contient 30gr de viande.

Vin : utile complément de nutrition. 1 verre à madère contient 30gr de viande.

Elixir, très-agréable. Dose, 1 verre à liqueur.

Chocolat, en CROQUETTES contenant 8gr de viande et 0gr,25 *phosphate de chaux*; en TABLETTES contenant 20gr de viande pour 1 déjeuner.

Rue Fontaine-St-Georges, 1, Paris, et pharmies.

134

Contrexéville
(SOURCE DU PAVILLON).

Contre la gravelle, la goutte et les maladies des voies urinaires.

ÉTABLISSEMENT OUVERT DU 15 MAI AU 15 SEPTEMBRE.

DÉPÔT CENTRAL : 29, rue de la Michodière, maison ADAM (Paris), où l'on trouve toutes les eaux minérales, et spécialement celles étrangères.

38

Saint-Raphaël, Vin tannique,

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

DOSE : Un petit verre après les principaux repas.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

76

NÉVRALGIES — MIGRAINES

PILULES ANTI-NÉVRALGIQUES AU

Gelsemium sempervirens

du docteur G. FOURNIER.

Une à cinq pilules au maximum en 24 heures.

Pharmacie de la Madeleine, 5, rue Chauveau-Lagarde, Paris.

Exiger la signature du Dr FOURNIER.

74

Pansement antiseptique

Méthode LISTER.

MM. DESNOIX et Cie, pharmaciens, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, préparent, depuis plusieurs années déjà, toutes les pièces nécessaires au pansement antiseptique par la méthode Lister et les tiennent à la disposition des médecins et chirurgiens qui désirent employer ce mode de pansement.

62

Vin Defresne à la Peptone,

Admise première, après concours, dans les hôpitaux de Paris.

Seule récompensée dans la section française en 1878.

Dose : 1/2 verre à madère après le repas; 4 fr. 40gr viande assimilable;
0,45 lactophosphate de chaux organisé;
0,04 phosphate de fer hématique.

Ce nutriment agréable et reconstituant se prend après le repas, à la dose de deux cuillerées à bouche.

ÉLIXIR DEFRESNE à la PEPTONE, 5 fr.

PEPTONE DEFRESNE : contient le double de son poids de viande toute préparée pour l'absorption ; 4 p. 100 d'azote. — Dose : deux cuillerées à la fois dans du bouillon ou vin généreux. — 5 fr.

Inappétence, Convalescence, Maladies de poitrine, de l'Estomac et des Intestins.

DEFRESNE, auteur de la **Pancréatine,** Paris.

1

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.

Orezza, EAU MINÉRALE FERRUGINEUSE ACIDULE

la plus riche en fer et acide carbonique.

Cette eau n'a pas de rivale pour la guérison des GASTRALGIES, FIÈVRES, CHLOROSE, ANÉMIE,

et toutes les maladies provenant de

L'APPAUVRISSEMENT DU SANG.

77

Maltine Gerbay,

Vérit. spécifique des Dyspepsies amylacées

TITRÉE PAR LE Dr COUTARET,

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a subi l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon, Académie des sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liége, etc.

GUÉRISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

GROS : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

75

Préparations iodo-créosotées

et créosotées de B. BAIN : VIN, HUILE et CAPSULES. — Phie, 56, rue d'Anjou-St-Honoré.

109

Capsules Thévenot au Goudron, le fl. 1f20; *id.* à la térébentine de Venise, le fl. 1f50; *id.* à l'Apiol, le fl. 4 fr.; *id.* à l'éther, le flac. 1f50. — Se trouvent dans toutes les pharmacies.

22

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

23

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire ; apaise les douleurs des reins et de la vessie ; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

7

Les Dragées Carbonel

AU PERCHLORURE DE FER PUR.

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant quatre gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE francs. — Envoi franco par la poste.

Dépôt : à Avignon, pharmacie CARBONEL; à Paris, maison HUGOT.

15

EAU SULFURÉE, SODIQUE ET CALCIQUE.

Eaux-Bonnes (*Basses-Pyrénées*).

SAISON DU 15 MAI AU 15 OCTOBRE

Affections chroniques de la gorge, du larynx et des bronches; asthme, pleurésies chroniques. — Prévient la *phthisie pulmonaire* et peut souvent en arrêter les progrès. — Attendu sa *double sulfuration*, privilège qui lui est exclusif, cette eau se distingue, entre toutes, par la *profondeur* et la *durée* de ses effets curatifs.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

93

Dragées et Sirop dépuratifs

DU DOCTEUR GIBERT,

Ancien secrétaire de l'Académie de médecine, ancien médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Ces deux préparations sont inaltérables. Elles sont employées avec succès, depuis 1841, dans le traitement des **Affections syphilitiques,** des **maladies rebelles de la peau**, et dans tous les cas où l'emploi des iodiques est indiqué.

Chaque cuillerée à bouche contient 0,50 d'iodure de potassium et 0,01 de bi-iodure. Deux dragées équivalent à une cuillerée à bouche de sirop.

Exiger les signatures GIBERT et BOUTIGNY.

Paris, pharmacie BOUTIGNY, DESLAURIERS successeur, 31, rue de Cléry.

111

Bain de Pennès, hygiénique,

RECONSTITUANT, STIMULANT.

Remplace **Bains alcalins, ferrugineux, sulfureux**, surtout les **bains de mer.**

Eviter contrefaçons en exigeant le timbre de l'Etat.

Gros : 2, r. de Latran. Détail : toutes pharm.

30

SUCROCARBONATE DE

Fer de Tanret

Auteur de la *Pelletiérine* et de l'*Ergotinine.*

FERRUGINEUX très-agréable; il se prend en nature, aux repas, à la dose de 1 à 2 mesures.

ENVOI FRANCO D'ÉCHANTILLON SUR DEMANDE A MM. LES MÉDECINS.

Paris, phie TANRET, 64, rue Basse-du-Rempart.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE



GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3.000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Le cours de clinique des maladies du système nerveux.

M. Charcot, dans sa première leçon, a exposé l'état actuel du nouveau service de clinique dont il est chargé, avec les annexes et les accessoires qu'il nécessite. Indépendamment du fonds important de sujets que fournit le personnel d'un hospice aussi considérable que la Salpêtrière, où se trouvent en grand nombre les affections chroniques du système nerveux, afin de pouvoir ajouter à ces types, qui représentent en général les formes et les degrés les plus avancés, des types de formes plus atténuées ou plus près de leur début, M. Charcot a obtenu une consultation où viennent se présenter en grand nombre des malades chroniques qui ne trouvent pas toujours un accès facile dans les autres hôpitaux. Ces malades externes lui fourniront un complément utile de sujets à étudier. Un second complément non moins utile qu'il a obtenu également est un service d'hommes de 20 lits, qui, joint à son service de 40 lits de femmes, élève la totalité de ses salles à 60 lits.

La clinique de la Salpêtrière est pourvue, en outre, d'un musée anatomo-pathologique, d'un atelier de moulage et de photographie, d'un laboratoire d'anatomie et de physiologie pathologique, d'un cabinet d'ophthalmologie, enfin de tous les appareils nécessaires à la pratique de l'électro-diagnostic et de l'électro-thérapie.

Avant d'entrer en matière, M. Charcot a voulu présenter quelques remarques visant des objections qui se sont produites, ou des doutes qui ont pu se présenter à l'esprit, relativement aux questions de principes, à propos de la création de la nouvelle chaire.

On s'est très-certainement demandé, par exemple, dit-il, si la consécration officielle d'une spécialité de plus était vraiment chose opportune et légitime, et si, une fois engagé dans cette voie, on n'était pas menacé de voir l'unité de la science médicale se morceler et se dissoudre.

Oui, sans doute, l'objection ne manquant pas de quelque fondement a dû être faite, et c'est avec raison que M. Charcot, loin de l'éviter, est allé franchement au-devant. Voici quelques-unes des observations qu'il a présentées à ce sujet : Aujourd'hui, a-t-il dit, en médecine, alors que l'analyse devenue plus pénétrante multiplie sans cesse le nombre des faits, nos facultés d'assimilation et notre puissance de travail ne se développant pas parallèlement, personne ne saurait plus sérieusement prétendre à tout embrasser, à tout approfondir. De là, la spécialisation devenue fatale et nécessaire. Mais comment organiser la spécialisation, sans s'exposer aux funestes effets que l'on pourrait avoir à craindre d'un morcellement sans limites et d'un isolement stérile ? M. Charcot voit déjà une garantie contre ce danger, en ce qui concerne le corps enseignant, dans l'organisation des agrégés, parmi lesquels se recrutent les professeurs et chez lesquels la Faculté exige la connaissance de tout l'ensemble. — Nous ajouterions volontiers à cette considération et à l'argument qu'en tire M. Charcot l'utilité d'autant plus grande de l'enseignement de la pathologie générale, qui devrait, à notre avis, pouvoir se dédoubler ; ce qui serait facile précisément avec le concours des agrégés, de manière à ouvrir les scolarités médicales par les généralités les plus élémentaires de la pathologie, et à les clore par les considérations générales synthétiques les plus élevées.

M. Charcot fait remarquer d'ailleurs, ce qui est d'une incontestable évidence, que, pour le territoire neuro-pathologique, le danger qui pourrait s'attacher à une spécialisation trop étroite ne serait guère à redouter en réalité, ce domaine étant un des plus vastes qui existent, l'un de ceux dont la culture exige de la part de celui qui s'y livre le plus de connaissances générales.

Une autre considération que le professeur fait valoir est que, dans l'évolution scientifique qui, durant ces trente dernières années, a reculé les limites de la pathologie nerveuse et en a rendu la spécialisation légitime, la France a été souvent l'initiatrice ; qu'elle devra continuer son œuvre et ne point se laisser devancer sur son propre territoire par les autres pays.

Nous n'avons rien à apprendre à nos lecteurs sur la manière dont M. Charcot comprend cet enseignement et sur la part d'intervention qu'il entend accepter des sciences anatomiques et physiologiques dans les affaires de la médecine, comme condition essentielle de progrès. Nous rappellerons seulement à quelle condition particulière il soumet cette intervention pour qu'elle soit légitime et vraiment féconde ; c'est à la condition que, suivant l'opinion si juste exprimée

par Claude Bernard, la pathologie ne soit pas subordonnée à la physiologie, mais qu'au contraire le problème médical soit posé d'abord tel qu'il est donné par l'observation de la maladie, et qu'on cherche ensuite à en fournir l'explication physiologique. C'est, en d'autres termes, la méthode nosologique proprement dite qu'il entend continuer à suivre dans le vaste champ qu'il se propose de cultiver, cette méthode à laquelle on doit les grands types morbides créés par Duchenne (de Boulogne), ce grand représentant de la neuro-pathologie française, comme l'appelle M. Charcot.

Quant à l'anatomie pathologique, la méthode nosologique, sans changer de caractère, se l'approprie également. Son intervention a elle-même un double caractère : l'un purement pratique, consistant à matérialiser en quelque sorte les symptômes ; l'autre plus scientifique, en fournissant les bases d'une interprétation physiologique des phénomènes morbides et en donnant du même coup plus de pénétration et plus de rigueur au diagnostic.

Comme exemple, M. Charcot a placé sous les yeux des assistants un schéma représentant le rudiment de la nouvelle pathologie spinale. La moelle s'y trouve divisée en régions beaucoup plus nombreuses que celles qui sont reconnues par l'anatomie et la pathologie expérimentale. Chacune de ces régions peut se montrer lésée isolément, systématiquement, sans participation des régions voisines ; à chacune de ces lésions circonscrites correspond une symptomatologie particulière qui révèle, en quelque sorte, le trouble de fonctions spéciales à chacune des régions affectées. On apprend ainsi que les faisceaux pyramidaux sont presque exclusivement composés de fibres qui transmettent directement à la moelle et par son intermédiaire aux membres les ordres de la volonté ; que les cellules motrices des cornes antérieures tiennent sous leur dépendance la nutrition des muscles correspondants ; que cette région des cornes antérieures n'a rien à faire avec la transmission des impressions sensitives, etc.

Des résultats analogues ont été obtenus par l'application de cette méthode à l'étude des localisations dans le bulbe et dans les hémisphères du cerveau. Elle nous a mis désormais en possession d'un certain nombre de faits fondamentaux relatifs à l'homme. Ainsi on connaît d'une manière certaine que ce sont les lésions destructives du faisceau pyramidal dans son trajet capsulaire qui produisent l'hémiplégie permanente vulgaire ; que les lésions de l'extrémité postérieure de la capsule interne produisent l'hémianesthésie cérébrale.

On sait que la destruction des circonvolutions de la zone dite motrice produit, lorsqu'elle est générale, l'hémiplégie complète, ou, au contraire, seulement une monoplégie, si elle est circonscrite dans telle ou telle région. — C'est là ce que M. Charcot appelle l'œuvre de la méthode anatomo-clinique, dans laquelle l'anatomie, la physiologie et la pathologie se correspondent en quelque sorte.

On n'ignore pas qu'il existe encore un grand nombre d'états morbides, ayant évidemment pour siège le système nerveux, et qui ne laissent sur le cadavre aucune trace matérielle appréciable, l'épilepsie, l'hystérie, la chorée, etc. Mais on sait aussi que, grâce à une étude attentive, on est parvenu à établir que ces affections, malgré leurs incohérences apparentes, reconnaissent au même titre que les autres états morbides des règles, des lois que l'observation et l'analyse permettent toujours de dégager.

Il est un autre grand fait dans l'histoire des névroses en général et de l'hystérie en particulier, qui montre bien que ces affections ne forment pas, dans la pathologie, une classe à part, gouvernée par d'autres lois physiologiques que les lois communes. C'est que leur symptomatologie se rapproche toujours, et souvent très-étroitement, de celle qui se rattache aux maladies à lésions matérielles. La ressemblance est parfois si frappante qu'elle rend le diagnostic des plus ardus. Telle est, par exemple, l'analogie qui existe entre l'hémianesthésie vulgaire des hystériques et celle qui relève d'une lésion en foyer. C'est au fond le même syndrome. Même ressemblance entre la paraplégie spasmodique des hystériques et celle qui relève d'une lésion organique spinale. Or cette ressemblance doit servir d'enseignement au pathologiste qui, derrière le syndrome commun, entrevoit une analogie de siège anatomique, et localise la lésion dynamique d'après les données fournies par l'examen de la lésion organique correspondante. Ceci conduit à reconnaître que les principes qui régissent l'ensemble de la pathologie sont applicables aux névroses, et que, là aussi, on peut chercher à compléter l'observation clinique « en pensant anatomiquement et physiologiquement ».

En résumé, et c'est par là que M. Charcot conclut, dans la solution des problèmes qui lui seront imposés, toutes les branches, toutes les disciplines de la science biologique devront, se prêtant un appui mutuel et se contrôlant l'une l'autre, marcher du même pas vers le but. Mais, dans ce concert, le rôle prépondérant, la juridiction suprême devra toujours appartenir à l'observation clinique. Par cette déclaration, il se place sous le patronage des chefs de l'École française, ses maîtres immédiats, dont l'enseignement a jeté un éclat si vif sur la Faculté de médecine de Paris.

— Dans les leçons qui ont suivi cette introduction, M. Charcot, passant en revue, et toujours avec des types vivants sous les yeux, quelques-unes des principales maladies du système nerveux qui ont été jusqu'à présent l'objet plus spécial de ses recherches, les paralysies agitantes, la sclérose en plaques, l'hystérie, a fait à ces divers cas l'application la plus heureuse et la mieux démonstrative des principes que nous venons de rappeler sommairement. Dans sa leçon du 14 mai, par exemple, en traitant de la sclérose en plaques, il a présenté divers spécimens d'un syndrome dominant de cette affection, la paralysie spasmodique, syndrome commun à des affections diverses du système nerveux ; et, par une analyse clinique des plus délicates, il a montré à quels signes différentiels on peut distinguer la paraplégie spasmodique de la sclérose en plaques de la paralysie spasmodique qui appartient soit à l'hystérie, soit à cette affection récemment décrite et encore incomplètement connue que l'on a désignée sous le nom de rigidité musculaire, dont l'origine remonte à la première enfance, soit à une sclérose syphilitique, ou encore à d'autres états morbides indéterminés.

Dans sa leçon du 21, il a entretenu ses auditeurs des contractures hystériques et du moyen de les combattre par le transfert ; il a montré, en particulier, des cas de contractures survenues à l'occasion de traumatisme et révélant, par le fait même de leur manifestation, sous l'influence d'une cause purement occasionnelle, l'existence d'une hystérie qui ne s'était jusque-là accusée par aucun de ses symptômes habituels. Dans cette même séance, il a fait voir deux exemples de spasme facial chez des hystériques.

Enfin, sa dernière leçon du jeudi 25 mai a été consacrée

à l'histoire du myxœdème, dont il a actuellement deux exemples remarquables dans son service.

Hernie inguinale étranglée, réduite à deux reprises différentes en trente et trente cinq-minutes par l'emploi des injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine.

Dans le numéro du 25 mars dernier, nous avons appelé l'attention sur l'utilité des injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine pour la réduction des hernies irréductibles, d'après une thèse de M. le docteur Boussenot, contenant huit observations à l'appui de cette méthode, qui lui avaient été communiquées par M. le docteur Philippe (de Saint-Mandé).

Ayant eu tout récemment l'occasion de faire usage de nouveau de cette méthode et d'en constater les heureux effets et surtout la spontanéité ainsi que la rapidité d'action, M. Philippe nous communique l'observation suivante. Nous laissons la parole à notre honorable confrère pour la relation de ce nouveau fait, et pour les considérations pratiques dont il a jugé à propos de la faire suivre :

M. D..., âgé de cinquante ans, commerçant, demeurant à Saint-Mandé, me fait appeler, le 26 avril dernier, à six heures un quart du soir. Le malade m'apprend qu'il est atteint d'une hernie inguinale du côté droit depuis plusieurs années ; il avait toujours pu faire rentrer la tumeur toutes les fois qu'elle était sortie, si ce n'est l'année dernière, le 15 décembre, époque à laquelle il avait demandé mon intervention. J'en avais obtenu facilement la réduction à l'aide du taxis pratiqué pendant quelques minutes.

Il me raconte que sa hernie persiste depuis une heure de l'après-midi ; que, malgré les fortes coliques qu'il ressentait, il a eu le courage de faire ses courses ordinaires en voiture, jusqu'à cinq heures du soir.

Au moment où je vois le malade, il se plaint de douleurs abdominales extrêmement violentes ; la tumeur est de la grosseur d'une pomme de moyenne dimension, dure, tendue, d'une sensibilité excessive ; la moindre pression lui fait pousser des cris ; la tumeur se prolonge dans le scrotum ; c'est un entérocèle.

Le testicule correspondant est rouge, tuméfié, à cause de la présence d'un ancien varicocèle.

J'opère, pendant dix minutes, des manœuvres de taxis avec d'autant plus de peine que le malade, étant dominé par les douleurs insupportables qu'il éprouve, s'y oppose de toutes ses forces.

Je pratique une injection sous-cutanée de huit gouttes de chlorhydrate de morphine (8 milligrammes) au 1/50, à la partie supéro-interne de la cuisse droite.

Le patient s'écrie immédiatement qu'il sent sa hernie rentrer, qu'il ne souffre presque plus. En effet, la tumeur a disparu de moitié ; il exprime très-vivement sa satisfaction. Taxis renouvelé pendant dix minutes : les tissus étant devenus très-souples, une nouvelle portion d'intestins rentre.

Une deuxième injection de six gouttes de morphine (6 milligrammes) est pratiquée ; la hernie disparaît totalemant après dix minutes d'efforts de réduction ; en tout 15 milligrammes de morphine et trente minutes de travail.

Le 27 au matin, le malade ne s'étant pas procuré de bandage malgré mes conseils réitérés, la tumeur a reparu, mais beaucoup moins volumineuse ; il avait voulu se lever, dans l'intention de reprendre ses occupations, nonobstant mes instances pour l'en empêcher ; il me dit avoir éprouvé pendant la nuit quelques nausées et des étourdissements, dus probablement à l'action de la morphine. Je réduis la hernie sans aucune difficulté.

Le 28, réapparition de celle-ci, que je constate à ma visite du matin.

Le 29, le malade me dit qu'il s'est procuré un bandage la veille, mais qu'il n'a pu le garder à cause de la reproduction de la tumeur ; qu'il a souffert beaucoup dans la journée du 28 ; qu'il a eu des vomissements, accidents qui se sont continués la nuit et qui constituaient l'invasion de l'étranglement, symptômes qui ne pouvaient que s'aggraver par les imprudences du malade : en effet, il s'était levé plusieurs fois dans la journée.

La hernie, après quelques manœuvres de réduction, rentre facilement.

Le soir, à sept heures moins un quart, je suis appelé derechef.

Tout est revenu : la tumeur est beaucoup plus grosse que la première fois, se prolongeant au fond du scrotum, fort tendue, très-dure, sensible : les signes de l'étranglement se dessinent d'une manière très-marquée : vomissements, coliques violentes, pâleur de la face altérée, grippée ; prostration profonde, pouls faible, mou, à 60 ; température normale. Il est à observer que ces accidents n'étaient que la continuation de ceux qui s'étaient déjà manifestés la nuit précédente et la veille toute la journée.

Tentatives de taxis pendant dix minutes, ne produisant aucun résultat ; injection de six gouttes de morphine ; diminution notable de la hernie, qui devient souple après dix minutes de manœuvres de réduction.

Injection de quatre gouttes : la hernie rentre aux trois quarts, à la suite de dix minutes de taxis ; ce qui reste encore conserve une grande dureté, formant un noyau qui oppose beaucoup de résistance aux manœuvres.

Après cinq minutes de travail, les organes herniés rentrent brusquement et avec bruit dans leur totalité (13 milligr. de morphine ; 35 minutes de taxis). Application immédiate d'un brayer.

Le 30, je me rends le matin chez le malade ; il était sorti pour aller prendre un bain et de là avait fait plusieurs courses en ville.

Je le revois, le même jour, à sept heures du soir. La tumeur a reparu peu volumineuse et très-souple. Réduction facile et prompte.

Le 1er mai, tout était rentré dans l'ordre : M. D..... était parti pour Paris et avait repris ses occupations, en conservant cette fois son bandage (sixième jour de l'accident).

Cette observation est le fait le plus probant et le plus complet de tous ceux que je puis citer en faveur de l'efficacité des injections de chlorhydrate de morphine, dans le traitement des hernies irréductibles.

En effet, on a pu voir que la tumeur, au début des accidents, cinq heures environ après leur invasion, malgré son volume et sa sensibilité excessive, est rentrée immédiatement d'elle-même, dans sa moitié, à la suite d'une injection de huit gouttes de morphine à 1/50 (8 milligr.) ; que le malade a exprimé avec effusion le soulagement instantané qu'il a éprouvé et la sensation évidente pour lui de la rentrée de sa tumeur, n'accusant plus de douleur, résultat obtenu sans qu'on ait fait aucune manœuvre de réduction.

Une deuxième injection de six gouttes achève l'œuvre, après dix minutes de taxis.

On ne peut douter ici de la spontanéité et de la promptitude d'action du médicament.

D'ailleurs j'avais déjà observé, chez plusieurs personnes, que les viscères herniés étaient rentrés d'eux-mêmes, mais toujours après des manipulations plus ou moins prolongées, jamais au début des accidents.

Ici 14 milligr. de morphine en deux injections et trente minutes de taxis suffisent pour obtenir une réduction complète, lors de la première apparition de la hernie (26 avril).

La tumeur ressort de nouveau à plusieurs reprises différentes par suite de la négligence du malade, et j'en obtiens facilement la réduction chaque fois.

A partir du 28 (troisième jour de l'accident), nouveaux symptômes d'étranglement, prenant, cette fois, des proportions beaucoup plus considérables que la première fois, et opposant la plus vive résistance au taxis; trois injections de morphine s'élevant à 13 milligr., trente-cinq minutes de manœuvres de réduction conjurent tous les accidents.

On m'a objecté que mon mode de traitement n'est efficace que pendant les premières heures de la sortie des viscères. En effet, dans la *Gazette des hôpitaux* des 12 et 14 juin 1877, se trouvent cités les trois premiers faits de ma pratique qui représentaient des cas récents. Depuis cette époque, j'en ai observé plusieurs qui démontrent que la morphine peut rendre de grands services, même dans les hernies anciennes. Je pourrais rappeler la septième observation de la thèse de M. le docteur Boussenot (quatrième cas relaté par l'article de la *Gazette des hôpitaux* du 25 mars dernier).

Le nombre de mes observations est de 9, celle-ci comprise; la durée de l'emploi des injections n'a jamais dépassé une heure et demie pour arriver à un résultat définitif. Dans beaucoup de cas, elle a été au-dessous de ce chiffre.

Le chlorhydrate est titré à 1/50.

Je pourrais citer quelques faits qui prouvent la tolérance du médicament, qui a été porté une fois jusqu'à 45 milligr. en une heure et demie; c'est d'ailleurs un cas exceptionnel cité plus haut.

Il y a une considération pratique très-importante à signaler : c'est l'action préventive des injections. Lorsqu'il y a une tendance opiniâtre à la reproduction de la hernie, quelques faibles doses du médicament administrées dans l'intervalle peuvent prévenir cette reproduction; l'observation de la dame de quatre-vingt-trois ans (la cinquième observation de l'article précité de la *Gazette*) en est un exemple remarquable.

Le plus grand grief qu'on impute aux injections morphinées est de ne pas remplir les indications curatives aussi complètement que l'administration du chlorofome qu'on considère comme le critérium unique de l'opportunité de l'opération de la hernie étranglée.

On donne pour raison qu'il faut avoir recours à une intervention hâtive et ne pas perdre de temps en manœuvres inefficaces.

Or il est facile de répondre à ces appréciations critiques et de démontrer la supériorité de la morphine sur le chloroforme pour atteindre le but qu'on se propose.

On dit qu'il faut se hâter. Peut-on faire mieux, sous ce rapport, que d'employer la morphine en injections, puisqu'on les pratique immédiatement après qu'on a eu constaté l'impuissance du taxis, dès l'apparition des premiers accidents, tandis qu'on ne fait usage du chloroforme que lorsqu'on a épuisé tous les autres moyens thérapeutiques, tels que les antiphlogistiques, les réfrigérants, les narcotiques, les ponctions aspiratrices, etc.? C'est une perte de temps considérable qui peut tout compromettre.

D'ailleurs, si les injections de morphine étaient inefficaces, on pourrait, dans ce cas, avoir recours, en dernière analyse, au chloroforme dans de meilleures conditions, la morphine agissant beaucoup plus rapidement que les autres agents thérapeutiques que l'on met habituellement en usage avant d'en venir à ce dernier médicament, et par conséquent la perte de temps étant moins considérable.

Il ne faudrait pourtant pas inférer de ces considérations que j'attribue aux injections morphinées des propriétés curatives infaillibles; elles seront évidemment impuissantes dans les cas de gangrène, d'adhérences des organes herniés, et dans des circonstances particulières qu'on ne peut toujours prévoir.

Mon désir, en ajoutant ce nouveau fait aux huit précédents, est d'appeler l'attention de mes confrères sur un moyen qui est toujours à leur portée, d'exécution facile et remarquable par la rapidité ainsi que par la sûreté de son action. Je les invite à l'appliquer, pour lui donner une consécration scientifique, s'ils en reconnaissent expérimentalement l'efficacité.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 mai 1882. — Présidence de M. Léon Labbé.

COMMUNICATIONS

Céphalothripsie. Opération césarienne. — M. GUÉNIOT, à l'occasion du rapport de M. Lucas-Championnière (voy. *Gazette des hôpitaux*, numéro du 23 mai 1882), fait les remarques suivantes : La céphalothripsie, dit-il, donne des résultats d'autant plus fâcheux que le rétrécissement est plus prononcé. M'appuyant sur les 200 observations relatées dans la thèse de M. Lhôte (de Strasbourg), et sur 22 cas qui me sont personnels, et qui ont fait l'objet d'un travail que j'ai communiqué, en 1870, à la Société de chirurgie, je suis arrivé à démontrer que les résultats de la céphalothripsie étaient bien ceux qu'a rappelés M. Lucas-Championnière: à 8 centimètres, elle donne généralement d'assez bons résultats; à 6 centimètres 1/2 et au dessous, elle donne des résultats déplorables, même entre les mains les plus expérimentées. Sur 4 cas de ce genre, j'ai eu 3 décès. Les résultats ont été les mêmes entre les mains de MM. Depaul et Tarnier; ces résultats sont indiscutables, et M. Lucas-Championnière a bien fait de les rappeler.

Je ferai une autre remarque : le degré minimum de rétrécissement qui comporte la céphalothripsie correspond dans la pratique à deux chiffres, l'un pour les chirurgiens habitués à cette opération, l'autre pour les médecins qui n'en ont pas fait l'objet d'études spéciales. Cette formule, singulière en apparence, a été reproduite avec raison par M. Lucas; pour les derniers, l'opération donne des résultats défavorables à 7 centimètres et à 6 centimètres 1/2. Le chiffre minimum pour des mains spécialement expérimentées peut être porté à 4 centimètres.

Dans le rapport de M. Lucas, on voit une certaine tendance à montrer qu'à côté de la céphalothripsie il fallait une autre opération. L'opération de Porro, préconisée il y a cinq ou six ans, a d'abord donné d'assez nombreux succès. Mais depuis quelque temps ses résultats semblent moins heureux et elle paraît un peu tombée en défaveur. En face de ces revers, M. Lucas-Championnière est disposé à revenir à l'opération césarienne. C'est aussi l'opinion que j'exprimai dès 1870. Autrefois elle donnait lieu à une mortalité considérable; mais, si elle était étudiée avec les perfectionnements de la chirurgie abdominale, il est bien certain qu'on pourrait très-heureusement modifier ces résultats. Autrefois on faisait

une très-large incision à la paroi abdominale, une non moins large incision à l'utérus; le sang inondait le chirurgien et tombait à son aise dans la cavité péritonéale, on extrayait l'enfant le plus vite possible et on refermait le ventre sans faire aucune toilette du péritoine. Dès 1870, j'ai proposé d'apporter dans la pratique de cette opération des perfectionnements auxquels malheureusement il manque la sanction de l'expérience; je disais qu'il fallait s'arranger de façon qu'il ne tombât pas une goutte de liquide dans le péritoine, et faire l'opération césarienne pour ainsi dire hors du ventre.

Müller s'est bien rappelé cette dernière proposition lorsqu'il a imaginé son procédé, qui, comme on sait, consiste à attirer tout l'utérus hors du ventre et à ne l'ouvrir qu'après; mais il faut faire pour cela à la paroi abdominale des incisions énormes. Or je veux, au contraire, que cette incision soit aussi étroite que possible. Pour cela je propose, une fois l'incision abdominale pratiquée, de passer une anse de fil permettant d'attirer facilement au dehors l'utérus préalablement vidé du liquide amniotique par une ponction. Je crois que dans le cas de M. Guichard l'opération césarienne aurait pu être ainsi pratiquée avec quelques chances de succès, car on évite ainsi la péritonite, ou du moins on en diminue considérablement les chances.

Une autre cause de mort qui menace les femmes subissant l'opération césarienne, c'est l'hémorrhagie. On conçoit qu'elle avait de fortes chances de se produire lorsqu'on faisait des incisions allant du fond de l'utérus à l'orifice cervical, ou bien ayant 11 centimètres de long sur 9 de large, comme j'ai pu le constater à une autopsie. Ces incisions sont infiniment trop longues; la version se fait par une ouverture du col bien plus étroite; en supposant, d'ailleurs, que l'enfant eût à souffrir, il sera toujours bien facile de le ranimer.

J'ai déjà formulé toutes ces idées en 1870. Ma conclusion principale est que l'opération de Porro, bien accueillie à ses débuts, paraît un peu déchoir dans l'opinion des chirurgiens. Si elle est insuffisante et si la céphalothripsie est impossible ou trop dangereuse, il faut recourir à l'opération césarienne, mais étudiée, modifiée suivant les règles de la chirurgie abdominale moderne, en particulier de l'ovariotomie. Il faut profiter des nombreuses connaissances acquises dans la pratique de cette dernière opération. Parmi les circonstances qui favorisent la guérison des femmes ayant subi l'opération césarienne, il faut mettre en première ligne celles qui facilitent les adhérences de l'utérus à la paroi abdominale.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE partage entièrement l'opinion de M. Guéniot relativement à la différence des résultats que donne la céphalothripsie suivant l'opérateur. La limite inférieure choisie par M. Guéniot, 4 centimètres, lui paraît trop basse; à 6 centimètres, il faut déjà un opérateur très-habile et très-habitué.

Quant à l'opération césarienne, au contraire, elle a donné des résultats très-remarquables, même entre les mains de médecins de campagne, très-peu expérimentés dans la matière. C'est ainsi qu'un médecin de campagne racontait récemment à M. Lucas-Championnière que, se trouvant en présence d'une femme qui ne pouvait accoucher, celle-ci lui dit : « Fendez-moi donc le ventre, vous l'aurez. » En effet, il lui fendit le ventre avec un rasoir, il eut l'enfant, et la mère guérit très-bien. L'opération de Porro est plus difficile à cause de la confection du pédicule. Il y a donc lieu de revenir à l'opération césarienne modifiée selon les principes de la méthode antiseptique. La chute d'un peu de liquide dans le ventre n'a peut-être pas une aussi grande importance que semble le craindre M. Guéniot. Un fait très-important, c'est qu'il faut faire l'incision abdominale le plus haut possible afin de s'éloigner autant que possible de la vulve, qui est un foyer d'infection.

Amputation fémoro-rotulienne. — M. NOTTA (de Lisieux) communique l'observation d'un malade, atteint d'une suppuration osseuse ancienne pour laquelle il avait pratiqué sans succès l'évidement du tibia. Il se décida à recourir à l'amputation fémoro-rotulienne de Gretty, c'est-à-dire à grand lambeau antérieur avec conservation de la rotule. Bien qu'il ne pût obtenir la réunion par première intention, la rotule se souda au fémur, le malade guérit très-bien; il peut prendre son point d'appui sur la face antérieure de la rotule devenue inférieure, la cicatrice se trouvant en arrière.

M. FARABEUF s'étonne que dans ce cas la rotule se soit soudée au fémur malgré l'absence de réunion par première intention. Il cite deux cas analogues où l'on n'a pu obtenir cet heureux résultat.

M. LE FORT dit qu'il n'est pas étonnant de voir, malgré la suppuration, la rotule se souder au fémur. Malgré cela, il pense qu'il est préférable, dans ces sortes d'opérations, de ne pas conserver la rotule. Il y a des points de la peau qui ne supportent pas bien les pressions; celle qui recouvre la rotule est ainsi. C'est pourquoi M. Le Fort, ne s'étant pas bien trouvé, dans ses premières opérations, de la conservation de cet os, préfère aujourd'hui l'enlever.

Lipome de la paume de la main. — M. NOTTA communique l'observation d'un malade qui, depuis six ans, portait au niveau de l'éminence thénar une tumeur du volume d'un œuf de poule, bilobée, fluctuante, sans transparence. Croyant avoir affaire à un kyste, il fit une ponction qui n'amena aucune goutte de liquide. La tumeur fut enlevée, il s'agissait d'un lipome. Le malade eut un phlegmon qui guérit très-bien, grâce aux bains phéniqués recommandés, dans ces cas, par M. Verneuil. Il mourut peu de jours après d'une hémorrhagie cérébrale.

M. POZZI fait observer que les lipomes de la main ne sont jamais sous-cutanés, mais bien intermusculaires ou sous-aponévrotiques, en raison de ce fait que, dans cette région, le pannicule adipeux sous-cutané fait défaut. Il en est de même à la plante du pied.

M. TRÉLAT a observé, il y a une vingtaine d'années, un cas de ce genre qui présentait toutes les apparences d'un kyste synovial péritendineux. Il s'agissait d'un énorme lipome sous-aponévrotique.

M. LE FORT fait une réclamation de priorité en faveur de la balnéation continue dont les bains antiseptiques ne sont qu'une modification.

M. TRÉLAT rappelle que, depuis treize ou quatorze ans, il soigne toutes les affections inflammatoires des extrémités des membres par des bains d'eau-de-vie camphrée. On peut dire que les bains antiseptiques sont d'une pratique courante.

Dystocie. — M. GUÉNIOT communique un cas de dystocie par cloisonnement transversal du vagin.

PRÉSENTATION

M. LABBÉ présente un ophthalmoscope à double foyer du docteur Galezowski. L'éclairage du fond de l'œil à l'image renversée exige un miroir avec un foyer long d'au moins 25 centimètres; mais, pour l'examen à l'image droite, ce même miroir présente des inconvénients, car les rayons lumineux sont dispersés dans le fond de l'œil et donnent par conséquent moins de clarté en concentrant un foyer trop en arrière de la rétine. Les miroirs à foyer très-court, comme ceux de Coccius, de Parent, etc., donnent au contraire la lumière très-vive et se concentrant sur la rétine elle-même.

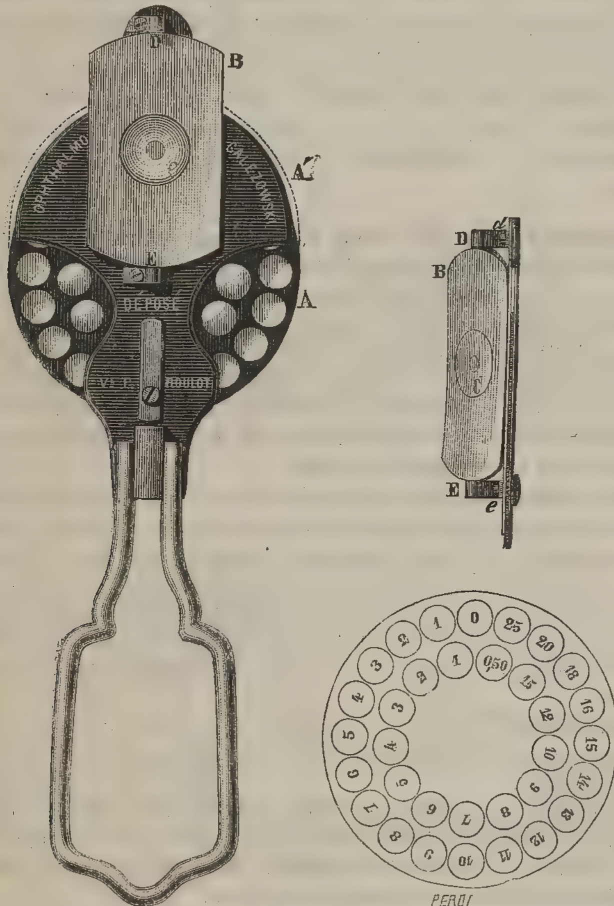
Réunir les deux conditions d'éclairage dans le même miroir, tel était le but que le docteur Galezowski s'est proposé d'atteindre en faisant construire ce nouvel ophthalmoscope.

L'expérience lui a démontré qu'on peut faire un très-large trou au centre du miroir sans que l'éclairage à l'image renversée en soit sensiblement troublé. De même, en plaçant au centre du miroir ophthalmoscopique à long foyer un autre petit miroir à court foyer de 6 centimètres, on ne compromet nullement la clarté de l'image renversée, et on a pour l'image droite un éclairage bien plus net qu'avec les autres miroirs.

L'ophthalmoscope de M. Galezowski sert à la définition des différents degrés d'hypermétropie et de myopie, et il n'y a qu'une seule roue qui contient les verres convexes et concaves; les deux systèmes de verres sont placés dans deux cercles concentriques,

les verres concaves se trouvent à la périphérie de la roue, nos 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 20, 25 ; les verres convexes, 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 15, se trouvent dans la même roue, plus près du centre. Cette roue, par un simple glissement, présente devant l'ouverture du miroir les deux séries de verres à volonté de l'observateur.

Pour l'examen à l'image droite, il y a un grand avantage à ce que le miroir puisse avoir une position inclinée, ce qui a été obtenu dans cet ophthalmoscope par un mécanisme très-simple qui permet de l'incliner un peu plus ou un peu moins jusqu'à 35°. Cet instrument, exécuté par M. Roulot, est très-léger, facile à manier; les verres peuvent être nettoyés sans le démonter.



Le miroir B a un foyer de 25 centimètres ; pour l'examen à l'image renversée, on le place à plat et contre la plaque qui couvre les verres. Le miroir C a un foyer de 8 centimètres et doit être employé pour l'image droite; dans ce cas il s'incline soit à droite soit à gauche en amenant les deux pivots aux extrémités des supports DE. L'inclinaison est variable, ce qui est un grand avantage.

La roue porte deux rangs de verres dont l'un a la périphérie série concave, l'autre au centre série convexe; l'observateur amène devant l'ouverture l'une ou l'autre de ces séries en faisant glisser la roue qui occupe une des deux positions A ou A'.

La queue ou manche articulé se replie sur l'instrument et vient garantir les deux miroirs.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Le Traité de la goutte de Sydenham, traduit par le professeur Ch. Lasègue (1).

M. le professeur Charles Lasègue n'oubliera jamais le maître qui se leva, presque mourant, pour aller voter à la Faculté en sa faveur et placer sur ses épaules sa toge de professeur. Dans bien des circonstances, on retrouve la pensée qui le reporte vers son maître. Ceux, et nous avons été du nombre, qui ont eu le bonheur d'être attachés au professeur Trousseau, se rappellent encore ce petit opuscule de Sydenham que le maître nous distribuait au lit du malade. Mais alors on savait le latin, et Trousseau croyait inutile de traduire. Il n'en est pas tout à fait de même aujourd'hui, et le professeur Ch. Lasègue s'est donné la peine de traduire la partie descriptive du *Traité de la goutte de Sydenham*. Après tout, n'est-ce pas coquetterie de lettré? car la traduction est excellente.

M. Lasègue offre ce petit opuscule aux élèves de la clinique médicale de la Pitié ; nous, nous le recommandons à tous les élèves en médecine; et, après l'avoir lu, s'ils prennent un peu de goût pour le grand médecin anglais, ils sauront gré à M. le professeur Lasègue de leur avoir ouvert cet horizon de bonne et saine pratique.

Nouveaux Éléments d'hygiène (1), par M. Jules Arnould.

M. le docteur Arnould est professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Lille. Comme tout professeur digne de ce nom, il se complaît dans les études qu'il est chargé d'enseigner. Il n'a donc pas reculé devant le grand nombre de traités d'hygiène que nous possédons.

M. Arnould a voulu offrir aux étudiants et aux jeunes médecins le cadre à peu près complet de l'hygiène, sous une forme abordable à toute personne d'une préparation scientifique moyenne. C'est dire que l'auteur s'est refusé, sur bien des points, les développements que la matière eût pu comporter, afin de ne laisser à l'écart aucun des objets sur lesquels il convenait d'appeler l'attention.

Prévenir le jeune médecin des questions qui se présenteront, lui en montrer les faces diverses et l'étendue, préparer sa réponse et, sans lui dicter aucune formule, le mettre à même de légitimer celle qu'il fournira, ce ne peut être qu'utile et désirable pour l'intérêt public et pour l'honneur médical.

Dans l'exécution, il eût été difficile et à coup sûr dangereux de vouloir être constamment original; l'auteur a préféré rester indépendant. Il a suivi le mouvement de l'époque; se faisant l'écho des sociétés, des congrès ou de la presse. Énonçant tous les problèmes à l'étude, il a laissé la discussion ouverte, toutes les fois que l'énoncé d'une solution eût pu être une imprudence ou devenir une gêne.

Les *Nouveaux Éléments d'hygiène* donnent largement et avec raison l'hospitalité aux étrangers; ils ne font remonter la bibliographie qu'à une dizaine d'années environ, et cela suffit dans un livre élémentaire.

En résumé, M. Arnould a écrit un bon et savant livre, qui lui fait honneur et qui prouve combien sa nomination a été heureuse pour la jeune Faculté de Lille.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Quatre concours publics s'ouvriront successivement cette année, aux dates suivantes, à l'hôpital de Mustapha-Alger :

1° Le premier concours aura lieu le lundi 23 octobre prochain pour la nomination, pour trois ans, à cinq places d'élèves internes en médecine et en chirurgie. — 2° Le second concours aura lieu le lundi 30 octobre prochain pour la nomination, pour deux années, à huit places d'élèves externes en pharmacie et en chirurgie. — 3° Le troisième concours aura lieu le vendredi 8 novembre 1882, pour la nomination à trois places de médecin-adjoint. — 4° Le quatrième concours aura lieu le mercredi 8 novembre 1882, pour la nomination à deux places de chirurgien-adjoint, dont une de nouvelle création.

(1) 1 broch. in-18. — Prix : 50 cent. — Paris, Asselin et Cie.

(1) Fort in-8°. — Prix : 20 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Pour les conditions de ces concours, s'adresser au secrétariat de la commision administrative des hôpitaux d'Alger.

— M. Vayssière soutiendra à la Faculté des sciences de Paris, le 1er juin, à quatre heures, pour obtenir le grade de docteur ès sciences naturelles, la thèse suivante : « Recherches sur l'organisation des larves des éphémérides.

— M. le professeur Hébert fera sa prochaine excursion géologique le dimanche 28 mai 1882, à Étampes. Le rendez-vous est à la gare d'Orléans, à six heures trois quarts du matin.

Étude sur l'épilepsie partielle, par Léon Greffier. In-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, A. Coccoz.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 12907.

N° 62. — MARDI 30 MAI 1882. .55e ANNÉE. MARDI 30 MAI 1882. — N° 62.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HYGIÈNE PUBLIQUE

Projet d'organisation de la médecine publique en France.

La place de plus en plus importante que prend l'hygiène dans nos études comme dans les préoccupations publiques s'accuse par les nombreux ouvrages que nous voyons surgir journellement sur les matières qui en font l'objet; elle s'accuse surtout par l'activité que déploient les sociétés libres qui se sont constituées dans le cours de ces dernières années, à côté des corps officiels, des conseils et comités consultatifs institués auprès des pouvoirs publics, auxquels elles viennent ajouter, avec le concours de leurs travaux et de leurs discussions, les inspirations d'une heureuse et féconde initiative. C'est ainsi que, pendant que sous l'impulsion imprimée par les grandes discussions parlementaires et académiques qui aboutissaient à la promulgation de lois tutélaires de l'enfance et de lois répressives de certains abus portant atteinte à la fois à la dignité humaine et aux intérêts sociaux, se formaient, dans le but d'en assurer l'exécution et d'en étendre les bienfaits, les sociétés protectrices de la première enfance et du travail des enfants dans les ateliers, les sociétés contre l'abus des boissons alcooliques, etc., il se créait à Paris deux sociétés rivales, mais rivales seulement en zèle et en émulation, la Société française d'hygiène et la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle, se proposant toutes deux le même but : la recherche et l'étude de tout ce qui peut concourir utilement au maintien de la santé et du bien-être des populations et les prémunir contre les dangers communs des influences épidémiques ou contagieuses ou contre les conséquences plus ou moins délétères inhérentes à certaines professions. Composées de médecins, d'hygiénistes, d'ingénieurs, d'architectes, de physiciens, de chimistes, d'administrateurs, réunissant en un mot, dans de plus larges proportions, tous les éléments divers dont se composent les conseils et comités officiels, ces deux sociétés, depuis leur fondation, ont donné des témoignages non équivoques d'une efficace activité. Pour ne citer ici que celle d'entre elles dont l'accès nous est plus familier et les travaux mieux connus, la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle, il nous suffirait presque de recueillir nos propres souvenirs ou d'ouvrir au hasard le recueil qui renferme les comptes-rendus de ses séances pour y trouver déjà un grand nombre de questions étudiées et discutées avec soin. Telles sont, par exemple, les questions d'hygiène alimentaire, celle notamment de la toxicité du cuivre introduit dans les conserves, d'hygiène de l'habitation, la grande question des maladies contagieuses et des mesures prophylactiques qu'elles nécessitent, celle en particulier de l'isolement, qui n'a pas été étrangère aux précautions maintenant en usage dans les hôpitaux; la question de l'étiologie de la fièvre typhoïde et des mesures générales d'assainissement les plus propres à diminuer les chances de sa propagation; les études prophylactiques relatives à la variole, d'où a surgi, en partie du moins, la loi sur la vaccination obligatoire; la prophylaxie internationale au point de vue des maladies exotiques, etc. Parmi les nombreuses questions qui y sont encore à l'ordre du jour et les projets importants qui sont sortis de sa salle de délibérations pour être soumis aux pouvoirs publics, nous ne nous arrêterons pour aujourd'hui qu'à un seul, le projet d'organisation de la médecine publique en France, voté sur un rapport de M. le docteur J. Martin, qui avait eu lui-même l'initiative de la proposition.

Instruit par les enquêtes particulières auxquelles il s'est livré sur les systèmes et modes de fonctionnement des institutions sanitaires de plusieurs pays voisins, notamment de l'Angleterre et de la Belgique, et frappé de l'infériorité relative où se trouve actuellement la France sous ce rapport, M. J. Martin a recherché quelles pouvaient être les causes de cette infériorité et quels seraient les moyens d'y remédier et de replacer notre pays au rang qu'il doit occuper en matière d'hygiène publique.

Les causes de cette infériorité ne pouvaient assurément pas être imputées au défaut de connaissances suffisantes du sujet. Les beaux traités d'hygiène publique et privée, qui se sont succédé chez nous depuis celui de Michel Lévy jusqu'aux plus récents dont la *Gazette des hôpitaux* a rendu compte, la part active et même prépondérante que plusieurs de nos éminents hygiénistes ont prise aux conférences hygiéniques internationales et à l'adoption des mesures sanitaires aujourd'hui en vigueur, les nombreuses communications à l'occasion desquelles nous disions, il y a quelques jours : « Le vent est à l'hygiène publique et aux réformes sanitaires » tout protesterait bien haut contre une semblable

imputation. Ce n'est assurément pas non plus faute de lois, d'arrêtés, de prescriptions et de réglementations en matière d'hygiène publique. Sans rappeler et la large part qui revient à la section d'hygiène de l'Académie de médecine, au comité consultatif, au conseil de salubrité, toujours prêts à éclairer les pouvoirs publics et les diverses administrations auxquelles ils ressortissent, sur les questions qui leur sont soumises, si nous jetons un coup d'œil sur la législation qui régit ces matières, nous la trouverons, à coup sûr, plutôt exubérante qu'insuffisante.

Mais ce qui manque à ces dispositions législatives et réglementaires, comme aux diverses branches de l'administration qui sont chargées de les appliquer et aux corps constitués auprès d'elles, à titre consultatif, c'est un accord, un esprit d'ensemble, une unité et un centre d'action, qui, en concentrant les pouvoirs, en augmentent la force et la célérité, et fassent cesser du même coup ces hésitations, ces atermoiements, ces conflits entre des attributions multiples, mal ou incomplètement définies, le plus souvent sans sanction, et partant frappées le plus souvent d'impuissance. C'est ainsi, par exemple, que la prérogative conférée par les lois aux autorités municipales pour le service de la salubrité, trop souvent stérilisée soit par le manque d'initiative de la part de ces autorités, soit par des difficultés d'exécution budgétaire ou d'autre nature, est devenue plus d'une fois une occasion de conflits entre communes voisines, faute d'une vue d'ensemble et de direction.

Peu de mesures ont été accueillies avec autant de faveur que la création des commissions locales d'hygiène de canton ou d'arrondissement. Et cependant qu'ont-elles produit depuis leur organisation? Sauf quelques rares et heureuses exceptions, rien ou à peu près rien. Pour la plupart des cantons et des communes et même pour plus d'un arrondissement, il y a lieu de se demander même si elles ont été organisées, à en juger du moins par le silence qui s'est fait autour d'elles et par l'insistance avec laquelle toutes les personnes qui ont souci de l'hygiène en réclament l'application.

La loi de 1850 sur les logements insalubres, qui a rendu d'incontestables services à Paris et dans quelques grandes villes ou grands centres industriels, est restée lettre morte pour l'immense majorité de la population. Une agitation se fait, en ce moment même, au sein du conseil municipal, dans l'une des commissions parlementaires de la Chambre des députés et à la Société de médecine publique, pour provoquer une application plus générale ou une refonte de cette loi.

En résumé, ainsi que le disait récemment à l'Académie, à propos même de ce travail, un hygiéniste émérite, depuis longtemps passé maître dans l'art des présentations, M. Bergeron, « les causes de l'insuccès de l'institution des conseils locaux d'hygiène, comme de la plupart des autres institutions du même genre, sont dues surtout à ce qu'il n'y a jamais eu en France d'unité et de compétence dans ces services et qu'on y a toujours manqué d'une direction effective dans les questions d'hygiène publique ».

C'est cette insuffisance notoire, reconnue par tous les hommes compétents, dans nos institutions hygiéniques, qui a inspiré à M. J. Martin l'idée de soumettre à la Société de médecine publique le plan d'organisation qu'il nous reste à faire connaître dans ses dispositions principales.

D'après le projet de M. J. Martin, qui est devenu celui de la Société, une direction de la santé publique serait créée.

Cette direction comprendrait les éléments suivants :

1° Un bureau d'assistance, service administratif, qui aurait dans ses attributions les aliénés, asiles publics et privés, les enfants assistés, sociétés de charité maternelle, crèches, la protection des enfants du premier âge, les associations et établissements particuliers de bienfaisance, secours aux établissements et institutions de bienfaisance, bureaux de bienfaisance, dépôts de mendicité, hospices, hôpitaux et service de la médecine gratuite ;

2° Un bureau d'hygiène publique, comprenant la police sanitaire ; comité consultatif d'hygiène publique de France ; commissions et agences sanitaires ; lazarets, quarantaines, etc.; conseil d'hygiène et de salubrité ; mesures relatives à l'état de la santé publique, tant en France qu'à l'étranger ; épidémies ; rapports avec l'Académie de médecine ; encouragements et propagation de la vaccine ; police des professions médicales ; inspection des pharmacies ; remèdes secrets ; mesures générales relatives à la santé publique ; police et régime des établissements d'eaux minérales ; établissements dangereux, insalubres et incommodes ; inspection du travail des enfants dans l'industrie ;

3° Commissions : I. Comité consultatif d'hygiène publique de France, ayant au moins toutes les attributions inscrites dans l'article 9 du décret du 18 décembre 1848, portant création des conseils d'hygiène, notamment les établissements dangereux, incommodes et insalubres. A cet effet, le comité consultatif devrait être complété par l'adjonction de nouveaux membres spéciaux ;

II. Comité supérieur de la protection des enfants du premier âge ;

III. Commission supérieure du travail des enfants et des filles mineures employées dans l'industrie.

Telles seraient les dispositions administratives nouvelles que cette direction pourrait prendre dès le début et qui se compléteraient aisément, d'abord par un bureau de statistique et de démographie, utilisant les documents réunis par les deux autres et par les bureaux d'hygiène disséminés sur tout le territoire, faisant ainsi l'historique chiffré et figuré des mouvements de la population et de la santé publique.

Nous n'avons pas à entrer ici dans les diverses conditions de réalisation et d'exécution du projet qui intéressent plus ou moins spécialement le côté administratif et budgétaire. Nous mentionnerons seulement, comme l'une des stipulations essentielles du projet, la nécessité de choisir, sinon parmi des médecins, du moins parmi des hygiénistes, les titulaires de cette direction ainsi que les administrateurs spéciaux appelés à éclairer et à diriger les décisions des diverses autorités départementales et communales. C'est à des administrateurs hygiénistes armés d'une autorité suffisante que devrait être confiée l'exécution des décisions des conseils d'hygiène.

Ce rapport, dont les principes, c'est-à-dire l'ensemble des idées et des vœux formulés dans la première communication de M. J. Martin avaient été déjà favorablement accueillis par le comité consultatif d'hygiène publique et par la commission parlementaire du budget de la Chambre des députés pour 1881, a été adopté à l'unanimité par la Société de médecine publique, et adressé, conformément aux considérants qui le terminent, aux ministres du commerce et de l'intérieur, en exprimant le vœu qu'une commission mixte soit instituée dans le but de rechercher les moyens de constituer cette direction.

La lecture de ce rapport, dont nous venons de résumer les points principaux, laisse dans l'esprit une double impression. C'est d'abord celle de son utilité immédiate et pratique, puis de la justesse d'appréciation des services rendus

jusqu'à présent par les institutions hygiéniques actuelles, tout imparfaites qu'elles sont, et des services beaucoup plus grands encore que pourra rendre dans l'avenir une institution plus complète et mieux coordonnée. On y remarquera aussi la modération que le rapporteur a apportée dans l'énoncé des vœux formulés au nom de ses collègues, ne demandant que ce qui est utile, juste, possible et immédiatement réalisable, se tenant sagement éloigné de ces exagérations d'idées et de langage qui ne traduisent trop souvent que des vues utopiques, en visant à placer la médecine au-dessus ou en dehors de son rôle et de ses attributions réelles. C'est par ce double mérite que se recommande surtout à nos yeux le remarquable rapport de M. J. Martin et qu'il nous paraît digne des suffrages unanimes qui l'ont accueilli. Heureux si, ses propositions une fois adoptées et mises en pratique, nous pouvons voir se réaliser un jour l'espérance formulée par M. Proust dans son beau traité d'hygiène : « que la voix de l'hygiéniste, acquérant plus d'autorité à mesure qu'elle gagne plus de compétence, deviendra bientôt prépondérante dans la société, et qu'au lieu de formuler des vœux elle pourra dicter des lois. »

— Comme nous terminions cette rapide analyse du rapport de M. le docteur J. Martin, nous recevions un travail analogue de M. le docteur Drouineau (de la Rochelle) (1). Ce travail est, au fond, une adhésion complète aux principes et aux idées de ce rapport, et, mieux encore qu'une adhésion, un plan complet de son application et de son adaptation aux conditions d'une administration départementale. On connaît toute la compétence, en cette matière, de M. Drouineau, auteur d'un grand nombre de publications sur l'hygiène et l'assistance publique, confondues, comme on a pu le voir, dans le même plan de réorganisation. C'est assez dire quelle est la valeur de l'appui qu'il vient donner à ce projet.

Nous saisirons, enfin, cette occasion pour signaler en même temps à nos lecteurs un ouvrage important que vient de publier, sous le titre de *Manuel d'hygiène industrielle* (2), le zélé secrétaire général de la Société de médecine publique, M. le docteur Napias, qui a déjà donné plus d'un gage de son savoir et de son dévouement en matière d'hygiène, soit comme membre de la commission des logements insalubres de la ville de Paris, soit comme inspecteur du travail des enfants dans l'industrie. Cette dernière attribution surtout lui donne une autorité toute spéciale dans l'exposition des matières contenues dans ce volume. Il s'agissait, en effet, de mettre à la disposition, non-seulement des médecins que ces questions intéressent au premier chef, mais encore des ingénieurs, des architectes, des administrateurs, qui apportent un concours si utile à l'étude et à la solution d'un grand nombre de questions d'hygiène publique, la connaissance de tous les documents législatifs et administratifs, lois, décrets, arrêtés, ordonnances, circulaires, relatifs à l'hygiène industrielle, et des prescriptions des conseils d'hygiène pour les établissements insalubres. Une innovation heureuse dans ce genre d'ouvrage consiste à y avoir introduit l'exposé des lois étrangères similaires, ce qui permet d'utiles comparaisons et ce qui donne justement, en faisant connaître l'état présent de notre législation, une base d'autant plus solide au projet que nous venons de faire connaître.

On comprend la difficulté qu'il y aurait à tenter l'analyse d'un pareil livre ; mais il nous suffira de dire qu'il est destiné à remplacer ou à compléter tout au moins, pour un grand nombre de sujets et de points nouveaux, tout en les résumant, les anciens ouvrages classiques de Tardieu et de Vernois, et qu'à en juger par un rapide aperçu des principales matières et de la manière dont elles y sont traitées, le but de l'auteur nous paraît devoir être certainement atteint.

(1) *De l'Organisation départementale de la médecine publique*, par le docteur Gustave Drouineau. — Broch. in-8° de 45 pages. Paris, 1882, chez G. Masson.

(2) *Manuel d'hygiène industrielle comprenant la législation française et étrangère relative aux établissements insalubres*, par le docteur Henri Napias. — 1 vol. in-8°. Paris 1882, chez G. Masson.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. E. Guibout.

De la bénignité et de la malignité dans les dermatoses.

Parmi les maladies de la peau, les unes sont constituées par des lésions sans profondeur, sans gravité, n'entamant que les couches les plus superficielles, n'entravant que très-peu l'exercice de ses fonctions physiologiques, et ne causant que peu ou point de troubles généraux ou réactionnels ; ce sont des lésions ou des affections bénignes, toujours bénignes.

Les autres, au contraire, sont représentées par des lésions profondes, ulcérations qui désorganisent, détruisent notre tégument externe, abolissent plus ou moins ses fonctions physiologiques et occasionnent des troubles sérieux dans la santé générale ; ce sont des affections malignes, toujours malignes.

D'autres, suivant des conditions différentes de siège, de nature, d'étendue, de généralisation, nous offrent les caractères, tantôt d'affections bénignes, et tantôt d'affections malignes.

Envisagées à ce point de vue de bénignité et de malignité, toutes les maladies de la peau peuvent donc se diviser en trois grandes classes : les unes sont des affections toujours bénignes ; les autres toujours malignes ; les troisièmes sont des affections mixtes, tantôt bénignes, tantôt malignes.

Nous appellerons bénignes les affections dont les lésions anatomiques constitutives ne font, en quelque sorte, qu'effleurer la peau, ne l'altèrent pas sérieusement dans son organisation, n'apportent aucun trouble grave dans l'exercice de ses fonctions physiologiques, et n'exercent aucun retentissement important sur la santé générale, qu'elles sont impuissantes à ébranler.

Dans cette grande classe des affections toujours bénignes, se placent celles qui ont la vésicule pour lésion mère, à l'exception cependant de l'eczéma : ainsi l'hydroa vésiculeuse ; la miliaire ; l'herpès, la varicelle. Toutes ces affections ne sont graves, ni par elles-mêmes, ni par les troubles généraux qu'elles occasionnent ; elles ne font subir à la peau que des lésions superficielles n'intéressant que la surface du derme et l'épiderme ; elles ne déterminent pas de douleur intense, et la santé générale ne reçoit, de leur part, qu'une atteinte légère et sans durée.

Dans cette même classe des maladies toujours bénignes, nous trouvons encore, et par les mêmes raisons, deux maladies, dont la lésion mère est la papule, le lichen et le strophulus ; une autre, dont la squame est la lésion anatomique primitive, le pityriasis ; plusieurs de celles qui procèdent de colorations sanguines, telles que l'érythème, la roséole ; toutes celles qui procèdent de colorations pigmentaires,

telles que le lentigo, le chloasma, les taches hépatiques. Toutes ces affections ne portent jamais aucune atteinte sérieuse ni à la peau, qui est leur siège, ni à la santé générale; ce sont donc des maladies toujours bénignes.

Nous disons qu'une maladie cutanée est toujours maligne, lorsqu'elle est ulcérative, lorsqu'elle désorganise et détruit la peau à une grande profondeur ou dans une large étendue, lorsqu'elle entrave ou abolit les fonctions physiologiques importantes qu'elle est chargée de remplir, lorsqu'enfin elle cause à la santé générale un trouble sérieux.

Dans cette classe de maladies toujours malignes, nous trouvons l'herpétide exfoliatrice, maladie squameuse qui désorganise la peau en la dépouillant incessamment de son épiderme, et qui amène, par cela même, l'épuisement, la consomption et très-souvent la mort. Nous trouvons encore le rupia, affection bulleuse essentiellement destructive, qui creuse dans l'épaisseur du derme des ulcérations profondes, recouvertes de croûtes noires, épaisses et hideuses; la surface de ces abcès de mauvaise nature est baignée d'une sanie purulente infecte, dont les émanations fétides empoisonnent le malade, et précipitent la termisaison fatale.

Dans cette même classe des maladies toujours malignes, nous plaçons encore le pemphigus, autre affection bulleuse. Les ulcérations qu'il creuse à la surface de la peau sont moins profondes, il est vrai, que celles du rupia; mais, quand elles sont généralisées, quand elles sécrètent, sur une grande étendue du corps, une quantité considérable et incessamment renouvelée de sérosité, elles ne tardent pas alors à épuiser les forces, à engendrer le marasme et les plus redoutables complications viscérales. Si le pemphigus, au lieu d'être généralisé et de revêtir la forme aiguë, existe avec tous les attributs de la chronicité, s'il ne siège que dans une seule région, s'il est successif dans ses manifestations, s'il n'en surgit qu'une seule à la fois, isolée et solitaire, cette lésion, cette bulle unique en se renouvelant indéfiniment, finira aussi par détruire les forces et par épuiser l'organisme; ce sera encore trop souvent la mort, bien qu'à longue échéance.

Ainsi donc il y a des maladies de la peau toujours bénignes, et d'autres toujours malignes. Mais il en est une troisième classe qui se présentent à nous, tantôt avec les caractères de la bénignité, tantôt avec les caractères de la malignité; ce sont des affections mixtes, tantôt bénignes, tantôt malignes, suivant des conditions spéciales que nous allons déterminer et sur lesquelles j'appelle toute votre attention.

Parmi ces affections, il y en a trois sur lesquelles, au point de vue de leur fréquence, je dois surtout insister; ces trois affections sont : l'eczéma, le psoriasis, le prurigo.

L'eczéma, au premier abord, semble devoir appartenir à la classe des affections toujours bénignes. En effet, la vésicule, sa lésion anatomique primitive, est, par elle-même, peu importante; c'est un soulèvement épidermique de la grosseur d'un grain de millet; l'ulcération qu'elle laisse après elle ne fait qu'effleurer la peau, elle est sans profondeur; elle s'arrête au corps muqueux de Malpighi; c'est à peine si elle touche la couche la plus superficielle du derme; elle ne laisse aucune cicatrice après elle. L'eczéma ne désorganise donc pas la peau, il ne la détruit pas; il n'apporte qu'un trouble léger dans l'exercice de ses fonctions physiologiques. De plus, il ne trouble pas sérieusement la santé générale; souvent même il est une condition de la santé; il est, dans bien des cas, comme une sorte d'émonctoire dont l'organisme a besoin pour que nos fonctions physiologiques se maintiennent équilibrées. Il a donc tous les caractères locaux et généraux d'une maladie bénigne. Mais il y a trois cas dans lesquels il cesse d'être bénin pour se présenter à notre observation avec une telle gravité qu'on peut bien alors le considérer comme une affection maligne; ces trois cas sont : 1° lorsqu'il siège à la face; 2° lorsqu'il siège aux membres inférieurs; 3° lorsqu'il est aigu, fluent, occupant de très-larges surfaces, en d'autres termes, généralisé.

Lorsque l'eczéma occupe toute la face, et qu'il y est aigu et fluent, il la transforme en une vaste surface ulcéreuse, suintante et hideuse; le malade est condamné à l'isolement, à l'éloignement absolu de tout commerce, de tout rapport avec l'extérieur. Tous les mouvements, ceux de la bouche, des joues, des paupières, deviennent très-douloureux; douleur très-vive dans la préhension des aliments, dans la mastication, dans le jeu de la physionomie; comme traitement local, nécessité d'avoir, nuit et jour, la figure couverte d'un masque, soit en caoutchouc vulcanisé, soit en cataplasme de fécule de pommes de terre; de là une gêne excessive et de tous les instants; souvent privation de sommeil. L'eczéma de la face s'étend habituellement au cuir chevelu; de là, nécessité de sacrifier les cheveux, sous peine de leur perte définitive et irrémédiable; il affecte les paupières, détruit les cils, envahit le globe oculaire, pénètre dans le canal nasal, l'oblitère, amène une tumeur, puis une fistule lacrymale; il opère la rétraction des paupières inférieures, les renverse en dehors ou en dedans, avec la difformité et tous les inconvénients et les dangers de l'ectropion ou de l'entropion et du trichiasis.

L'eczéma de la face ne se contente pas de ces ravages; il pénètre dans le conduit auditif externe, il y détermine des douleurs atroces, il arrive à la membrane du tympan, qu'il perfore, d'où une surdité incurable; il entre dans la bouche, il épaissit, enflamme, ulcère la langue; de là, gêne excessive et souvent difficulté insurmontable et douleur atroce dans l'articulation des mots, dans la mastication, dans la déglutition, et, comme conséquence, fièvre, perte du sommeil, de l'appétit, amaigrissement.

Ne voyez-vous pas là tous les caractères d'une affection maligne, caractères suffisamment accusés par les difformités actuelles et par celles qui survivent à la maladie, par les troubles fonctionnels, et les désastres généraux qui en sont la conséquence?

Si maintenant nous plaçons l'eczéma aigu et fluent sur toute l'étendue des membres inférieurs, et si, comme cela arrive trop souvent, sa durée se prolonge indéfiniment, que va-t-il se passer? — Le malade, sous peine de ne pas guérir, est obligé de garder le lit, de rester immobile dans la position horizontale, les jambes élevées, couvertes de cataplasmes de fécule de pommes de terre; il lui faut par conséquent quitter tout travail, rompre avec toutes les exigences sociales, s'exposer à tous les inconvénients, à tous les dangers que l'immobilisation prolongée fait courir à la santé générale, et malgré cela de longs mois s'écoulent habituellement, avant que la phlegmasie eczémateuse puisse être éteinte. Cet état phlegmasique, dont la durée est trop souvent interminable, gêne la circulation en retour, et amène la dilatation variqueuse des veines. Les varices, en entretenant une stase sanguine dans les parties malades, deviennent à leur tour un obstacle à la guérison. Et lorsqu'enfin, après un traitement dont la durée lasse toujours la patience du médecin et du malade, cette guérison finit par être obtenue,

la peau reste profondément altérée, amincie, pelliculaire, sans force de résistance contre les violences extérieures ; toujours prête à s'ulcérer, et à produire ainsi ces ulcères atoniques eczémateux et variqueux, si longs, si difficiles à cicatriser, si fatalement récidivistes, et qui sont la ruine et le désespoir des malades. — Ne voyez-vous pas encore, dans cet eczéma des membres inférieurs, tous les caractères de la malignité?

Et lorsque l'eczéma, sous sa forme la plus aiguë et la plus fluente, est généralisé ; lorsque, du sommet de la tête jusqu'aux pieds, le corps tout entier, dépouillé de son épiderme, est devenu comme une source intarissable de laquelle découle incessamment un liquide dont l'abondance inonde le malade qui se fond réellement en eau, comme la malheureuse Biblis que la Fable nous représente transformée en fontaine; lorsqu'alors le médecin se trouve dans cette alternative, ou de supprimer la sécrétion, et alors d'exposer le malade à tous les dangers des plus redoutables répercussions viscérales, ou de le voir tomber dans l'épuisement, le marasme et la consomption par le fait de cette épouvantable sécrétion, le médecin n'est-il pas, dans ce cas, en présence d'une affection de la plus incontestable malignité?

Ainsi donc, si l'eczéma peut être rangé dans les maladies bénignes lorsqu'il est limité, circonscrit, il devient aussi une maladie maligne lorsqu'il est aigu, généralisé, et lorsqu'il occupe la face et les membres inférieurs.

Il en est de même du psoriasis. Par lui-même, il est bénin; les lésions anatomiques qui le constituent n'ont aucun caractère ulcératif; elles ne détruisent pas la peau ; elles ne sont pas douloureuses; elles ne causent aucun trouble fonctionnel; elles n'éveillent aucune réaction générale fâcheuse; elles sont compatibles avec la santé, souvent même elles sont une condition nécessaire à la santé; on a même pu dire, et non pas sans une apparence de raison, que le psoriasis est la maladie des gens forts et vigoureux.

Mais, qu'après une longue durée et de nombreuses récidives, le psoriasis en soit arrivé à couvrir le corps dans toutes ses parties (*psoriasis inveterata*); que le tronc, que les membres, dans toute leur circonférence, soient étreints comme dans les mailles d'une cuirasse inerte, inextensible et cornée; que la peau, dans toute son étendue, se trouve ainsi dénaturée, transformée en une sorte de carapace écailleuse, aride et desséchée, que ses fonctions physiologiques soient abolies, que ses sécrétions sébacée et sudorale soient taries, que la perspiration cutanée soit devenue impossible, vous verrez alors la santé générale s'altérer, l'appétit se perdre, les forces s'en aller, le malade, amaigri, tomber dans le marasme, et une véritable cachexie herpétique, dont la terminaison est trop souvent fatale. Le psoriasis ne vous offre-t-il pas là tous les caractères de la malignité?

Des considérations analogues s'appliquent au prurigo. Par elles-mêmes, les lésions anatomiques du prurigo sont peu de chose. Ce sont des papules isolées, discrètes, qui n'altèrent pas gravement la peau. Quand le prurigo se présente sous sa forme la plus légère dite *prurigo mitis*, et quand il est *parasitaire*, sa durée est courte, quelques bains sulfureux ou alcalins en ont facilement raison, et les démangeaisons qu'il occasionne ne sont pas assez intenses pour amener des troubles sérieux dans la santé générale.

Mais que le prurigo soit de nature herpétique, qu'il se généralise, qu'il envahisse le tronc et les membres, qu'il se perpétue et s'éternise dans une durée indéfinie, que les douleurs qu'il occasionne soient atroces, intolérables, et qu'elles justifient par leur excessive intensité les dénominations de *prurigo ferox* et de *prurigo formicans*, alors vous verrez les désordres les plus sérieux se produire. La peau va se dessécher, se parcheminer, devenir aride et bistrée, par le fait d'une hypersécrétion pigmentaire qui aura remplacé les sécrétions sudorale et sébacée, taries et supprimées. Les démangeaisons ne laisseront aucun repos; elles seront continues, sans trêve et sans merci; ce seront des accès, des poussées, des ondées de douleurs d'une acuité insupportable; c'est de la rage, c'est de la frénésie. Les malheureux malades, dans ces paroxysmes de douleur, se précipitent hors de leur lit ; ils se roulent par terre, se grattent, se déchirent la peau, non pas seulement avec leurs ongles, mais avec tous les corps étrangers les plus durs qu'ils peuvent se procurer; l'insomnie est complète, l'appétit s'en va, les forces diminuent, se perdent; l'amaigrissement va jusqu'à la consomption, au marasme et à la fièvre hectique.

Ne voyez-vous pas encore là, dans ces formes si graves du prurigo, tous les caractères de la malignité?

Ces mêmes caractères, tantôt de bénignité, tantôt de malignité, nous pourrions vous les faire constater encore dans d'autres affections, dans le purpura, dans l'ecthyma, par exemple; mais nous en avons dit assez pour bien établir nos trois grandes divisions en dermatologie : 1° maladies *toujours bénignes;* 2° maladies *toujours malignes;* 3° maladies *mixtes*, *tantôt bénignes* et *tantôt malignes*.

THÉRAPEUTIQUE

De l'usage interne du perchlorure de fer (1).

II

Dans ses *Études de thérapeutique générale et spéciale* (2), M. le docteur Luton, professeur de clinique médicale et directeur de l'École de médecine de Reims, a consacré un chapitre fort intéressant à ce qu'il appelle les médications paradoxales.

Par *médication paradoxale,* M. Luton entend celle à l'aide de laquelle on croit avoir agi d'une certaine façon sur une maladie, alors qu'on est arrivé à son but par une voie tout opposée. On a réussi et l'on est dupe de son succès ; l'erreur est commise de bonne foi, et elle se perpétue sous le couvert de la réussite, au grand détriment de la rigueur scientifique.

Mais, pour rendre très-exactement la pensée de l'auteur, donnons-lui la parole :

« A la tête de ces médications dans lesquelles la vérité et la fiction se donnent perpétuellement la main, il faut, sans conteste, placer la médication ferrugineuse. Il n'en est pas sur laquelle l'imagination des thérapeutistes se soit plus exercée ; les formes médicamenteuses en ont été variées à l'infini, et se multiplient chaque jour sous nos yeux ; les applications cliniques en sont incessantes et s'en font bien au-delà des besoins réels. Soutenu par les préparations de quinquina, le fer, comme médicament, est le pivot autour duquel gravite la pratique médicale ; car nous sommes à une époque où l'atonie semble dominer la pathologie. A un état maladif banal correspond une médication banale par excellence ; mais je tout pris en bonne part, de peur de voir se révolter contre moi et médecins et malades. Je sais que j'ai affaire à forte partie, c'est ce qui me décide à tenter l'aventure.

Or je soutiens que, dans toute combinaison où entre le fer comme base, c'est la partie électro-négative, l'acide si l'on veut, qui est l'agent vraiment utile ; tandis que la partie électro-positive, la base, est le résidu, le *caput mortuum* des alchimistes, qui est rejeté sans grand préjudice, après l'utilisation de l'élément efficace qu'elle a servi à introduire dans l'économie.

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 25 avril 1882.

(2) In-8°. Paris, 1882. J.-B. Baillière.

L'idée que le fer est un analeptique a fait son temps. L'alimentation suffit, et au delà, pour fournir les 2 à 3 grammes de fer que contient la totalité du sang d'un homme adulte.

En réalité, les préparations ferrugineuses exercent avant tout une action topique sur les voies digestives. Elles subissent, au contact de la muqueuse gastro-intestinale et dans leur trajet de la bouche à l'anus, des transformations multiples et successives. Enfin, le résidu de toutes ces opérations de chimie intime est rejeté sous l'aspect d'une matière noirâtre, composée en grande partie de sulfure de fer, dont l'abondance laisse peu de prise à cette prétention que le fer est absorbé à l'etat dissous, et se mêle à la masse sanguine pour la réparer.

Le phénomène le plus remarquable de ces transformations au passage est la réduction des persels en protosels. Notamment le perchlorure de fer devient protochlorure, et de l'acide chlorhydrique est mis en liberté. Le fait n'est pas douteux, car il se produit dans le flacon qui contient à la fois le persel de fer et des matières organiques. On voit alors la solution se décolorer et prendre une réaction franchement acide ; les potions et les sirops au perchlorure de fer éprouvent journellement ce genre d'altérations, pour peu qu'on tarde à en faire usage. A plus forte raison, un pareil phénomène doit-il s'accomplir dans les voies digestives où les conditions d'une semblable transformation se trouvent si complètement réunies. De l'acide chlorhydrique prend donc naissance, fait capital pour nous ! tandis que le fer engagé dans de nouvelles combinaisons passe peu à peu à l'état insoluble et demeure inerte, jusqu'à ce qu'il soit rejeté avec les produits excrémentitiels, au milieu desquels la couleur noire de son sulfure le fait toujours reconnaître.

Le perchlorure de fer, source d'acide chlorhydrique, voilà une conclusion bien inattendue et passablement paradoxale, en apparence du moins ; sans compter que c'est là le fait important pour la pratique ; car l'acide né dans ces circonstances est l'agent par excellence, pour les cas où le composé ferrugineux est conseillé : la stomatite aphtheuse, les angines de mauvaise nature, la dyspepsie avec vomissements incoercibles, les érosions gastriques, l'ulcère simple de l'estomac, se trouvent aussi bien de l'emploi du perchlorure de fer lui-même que de l'acide chlorhydrique plus ou moins dilué. De même, comme hémostatique, ces deux substances se valent : l'une à titre d'acide affaibli, et l'autre avec ses qualités présumées d'astringent ferrugineux ; et les conséquences d'un pareil fait peuvent être poussées si loin qu'il deviendrait indifférent pour combattre la chlorose, et conformément à une théorie que j'ai fait connaître (1), d'administrer du chlorure ferrique ou une simple potion à l'acide chlorhydrique.

On voit que les termes du problème sont renversés : c'est l'élément électro-négatif qui est seul utilisé, et l'électro-positif se voit réduit à l'état de véhicule inerte, dont on pourrait même se passer à la rigueur.

Les autres sels de fer donneraient lieu à une interprétation analogue. Il nous suffirait, pour cela, d'invoquer la théorie de Rabuteau, qui veut que toutes ces préparations arrivées dans l'estomac aboutissent, en définitive, à n'être plus bientôt que du perchlorure de fer d'abord, puis du protochlorure, grâce à l'acide chlorhydrique libre que renfermerait le suc gastrique. »

Nous venons de donner dans tous ses détails l'ingénieux paradoxe de M. le professeur Luton. Il ne faudrait pas en conclure qu'il condamne le fer et ses préparations. Dans un prochain article, nous verrons où le conduisent ses conclusions.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 26 mai 1882. — Présidence de M. Millard.

Traitement de la fièvre typhoïde. — M. LEREBOULLET donne lecture d'un travail de M. le docteur Sorel, membre correspondant, sur l'emploi simultané du sulfate de quinine et du salicylate de soude dans le traitement de la fièvre typhoïde. Ce travail repose sur 97 observations. Les résultats obtenus par M. Sorel confirment ceux qu'avait déjà obtenus par le même traitement M. Hallopeau (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1881). Les doses employées par M. Sorel ont été, pour le sulfate de quinine, de 0g,50 à 1g,20; pour le salicylate de soude, de 2 à 4 grammes par jour. Ces doses ont pu être longtemps continuées sans accidents. La conclusion de ce travail est que ce traitement de la fièvre typhoïde semble donner des résultats favorables.

Des altérations produites par le distoma hæmatobium dans le gros intestin et dans les voies urinaires. — M. DAMASCHINO fait une communication sur ce sujet à l'occasion d'un rapport dont il était chargé sur un travail de M. Zancarol, médecin de l'hôpital grec d'Alexandrie.

Maladies régnantes. — M. DUCASTEL donne lecture du rapport sur les maladies régnantes pendant le premier trimestre de l'année 1882.

Après avoir rendu un juste hommage à son prédécesseur, M. Besnier, M. le rapporteur fait observer que la seconde partie de l'hiver 1882 s'est signalée par l'élévation persistante de la température, la température moyenne ayant été de 5°,4, 1 degré de plus que la moyenne de la période correspondante prise sur une série de soixante années.

La mortalité a atteint des proportions insolites. La population hospitalière a augmenté dans des proportions considérables. La mortalité générale des hôpitaux et hospices civils de Paris a été, pour le premier trimestre de l'année, de 4599 décès, soit 184 de plus que l'année précédente.

Les affections respiratoires ont été beaucoup plus nombreuses qu'en 1881. Cette augmentation porte surtout sur la pneumonie, la pleurésie et la phthisie pulmonaire. Ces affections ont généralement présenté une marche irrégulière.

La diphthérie continue sa marche ascensionnelle. Le chiffre des décès est de beaucoup supérieur à celui des années précédentes : 795 décès diphthéritiques au lieu de 514 et 543 dans les deux années précédentes. La statistique de la ville montre que ce sont les quartiers Popincourt et de l'Observatoire qui ont été le plus atteints. Les hôpitaux d'enfants ont, comme toujours, présenté de véritables foyers d'épidémie.

La rougeole et l'érysipèle ont subi une exacerbation considérable. M. le rapporteur fait ressortir la nécessité de salles d'isolement dans les hôpitaux d'enfants, pour les sujets atteints de rougeole et de scarlatine, en s'appuyant sur les trop nombreux faits de contagion qui se sont produits. La variole a été moins fréquente et moins grave que dans le trimestre correspondant de l'année précédente.

Quant à la fièvre typhoïde, la statistique de la ville et celle des hôpitaux permettent de constater une diminution assez notable sur l'année précédente : en ville, 416 décès au lieu de 740, dans les hôpitaux, 848 entrées au lieu de 1288. Le coefficient mortuaire s'est abaissé à 23 0/0 au lieu de 24 0/0.

La coqueluche a été très-rare.

Il résulte des documents fournis par MM. Rames (d'Aurillac), Arnozan (de Bordeaux), Frédet et Barberet (de Clermont-Ferrand), Leudet (de Rouen), Lecadre (du Havre), que, dans la plupart de ces villes, l'état sanitaire a été moins satisfaisant que dans les années précédentes. M. le docteur Burlureau fournit des documents intéressants sur l'état sanitaire de la Tunisie. Cet état sanitaire est absolument parfait. Les moyens de traitement ne font pas défaut. Rien ne manque aux malades. Il résulte des observations prises par M. Burlureau sur les Arabes que les maladies du centre de la Tunisie sont absolument les mêmes que celles que l'on voit à Paris. Il signale de nombreux cas de syphilis. L'anémie est très-fréquente et due le plus souvent à la sotte habitude qu'ont les Arabes de se faire tirer du sang au moyen de ventouses scarifiées appliquées sur la tête.

(1) *Bulletin de la Société médicale de Reims*, n° 10, 1871.

Les cicatrices vaccinales. — **M. LANDRIEUX** lit un travail qui est une étude sur les cicatrices vaccinales. Il résulte des observations prises par M. Landrieux sur 1,800 varioleux à l'hôpital Saint-Louis que la multiplicité des cicatrices vaccinales et leur aspect légitime permet de porter un pronostic favorable dans le cours de la variole.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — Les concours ouverts en 1881 pour les prix Chateauvillard, Montyon et Corvisart, viennent de se terminer par les résultats suivants, votés par l'assemblée des professeurs dans sa séance du 25 de ce mois :

A. *Prix Chateauvillard.* — Membres du jury : MM. les professeurs Regnault, Sappey, Laboulbène, Trélat et Hayem. Un prix d'une valeur de 1,500 francs est décerné à M. le docteur Dujardin-Beaumetz pour ses *Leçons de clinique thérapeutique.* Une récompense de 500 francs est attribuée à titre d'encouragement à M. le docteur Doléris pour *la Fièvre puerpérale et les organismes inférieurs.*

B. *Prix Montyon.* — Membres du jury : MM. les professeurs Bouchardat, Parrot, Jaccoud et Laboulbène. Le prix n'est pas décerné, mais sont accordées à titre d'encouragement : 1° Une somme de 400 francs à M. le docteur Caradec (de Brest), auteur d'un mémoire ayant pour titre : *Relation d'une épidémie de fièvre typhoïde* ; 2° une somme de 300 francs à M. le docteur Liégeois, de Bainville-aux-Saules (Vosges), auteur d'un travail intitulé : *Histoire d'une épidémie de rougeole qui a sévi pendant les mois d'octobre, novembre et décembre* 1880.

C. *Prix Corvisart.* — Membres du jury : MM. les professeurs Germain Sée, Lasègue, Hardy, Potain et Ball. Le prix a été accordé à M. Rabion (Martial), auteur du mémoire intitulé : *Des pleurésies.*

La Faculté a décidé de donner comme sujet de prix, pour cette année, la question suivante : *Description de l'ataxie locomotrice progressive.* Les mémoires seront reçus jusqu'au 1er décembre 1882. — Pour tous les renseignements, s'adresser au secrétariat.

— La seconde épreuve d'admissibilité du concours pour la nomination à deux places de chirurgien du Bureau central, — épreuve de médecine opératoire, — vient de se terminer. Les questions données sont les suivantes : 1° Ligature de la carotide externe ; désarticulation du cinquième métacarpien et du doigt correspondant ; 2° Ligature de la fémorale dans le canal de Hunter ; désarticulation tarso-métatarsienne dite de Lisfranc ; 3° Ligature de l'iliaque externe ; désarticulation sous-astragalienne.

La troisième épreuve, — épreuve orale, — a commencé vendredi dernier.

— La Société d'acclimatation a, dans sa séance publique annuelle du vendredi 26 mai 1882, décerné l'une de ses quatre grandes médailles d'or à notre excellent confrère M. le docteur Édouard Mène.

De la méthode ignée appliquée aux granulations du pharynx, par KRISHABER. Broch. in-8°. — Prix : 1 franc. — Paris, G. Masson.

De la sonde œsophagienne à demeure, par KRISHABER. Broch. in-8°. — Prix : 1 franc. — Paris, G. Masson.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 12911.

N° 63. — JEUDI 1er JUIN 1882. 55e ANNÉE. JEUDI 1er JUIN 1882. — N° 63.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3.000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE

Rapport au Président de la République française.

Paris, le 27 mai 1882.

Monsieur le Président,

La loi du 16 mars 1882, dans ses articles 2, 6, 9, 16, 17 et 19, fixe les dispositions nouvelles ayant pour objet de faire passer dans la pratique l'autonomie du service de santé, déjà proclamée par la loi du 24 juillet 1873 ; elle établit, par son article 20, que l'organisation de ce service spécial et distinct, auprès du ministre de la guerre, sera réglée par un décret. Enfin elle dispose, à son article 45, que des décrets et des règlements ministériels pourvoiront à la complète exécution des dispositions contenues dans ladite loi.

En exécution de ces prescriptions, j'ai cru devoir formuler, dans le projet de décret ci-joint, les attributions nouvelles et le mode de fonctionnement du service de santé.

L'économie générale du système institué par la loi peut être définie ainsi qu'il suit :

Le corps des médecins militaires dirige le service de santé dans l'armée, à l'intérieur et en campagne, sous l'autorité du commandement ; il reçoit, pour l'accomplissement de sa mission, toutes les ressources nécessaires en personnel et en matériel qui lui sont fournies par les autres services de la guerre, par les soins de mon administration centrale ou, en cas d'urgence, sur l'ordre du commandement.

Afin de définir complètement cette situation, il importe de préciser quel sera, dans ces conditions, le fonctionnement du service à l'administration centrale près du ministre de la guerre, dans un corps d'armée et dans un hôpital militaire.

Pour la direction supérieure du service de santé au ministère, il a paru indispensable de l'établir sur des bases analogues à celles des directions des autres services, c'est-à-dire qu'elle devra centraliser tous les moyens d'action, tant en personnel du corps de santé qu'en matériel nécessaire à l'accomplissement du service ; elle s'entendra avec les autres directions pour la répartition des personnels de diverses natures mis à la disposition du corps médical : officiers d'administration, détachements d'infirmiers, détachements du train des équipages militaires et autres.

En ce qui concerne le matériel, j'ai cru devoir le rattacher à la direction centrale du service de santé. Cette direction, émanation directe du ministre, déléguera aux intendants militaires les crédits nécessaires, donnera à ces fonctionnaires toutes les instructions utiles pour la création et l'administration du matériel hospitalier. Les établissements de matériel resteront donc, conformément à l'article 18 de la loi, sous l'autorité locale du service de l'intendance chargé, sous les ordres du commandement, de fournir le matériel et les approvisionnements nécessaires aux hôpitaux et aux ambulances. Ce service recevra, à ce sujet, les ordres du ministre par l'organe du service de santé.

Les attributions de la direction dans les corps d'armée étant déterminées par les articles de la loi qui indiquent celles des divers directeurs, il a suffi de rappeler les dispositions de ces articles, et d'énumérer les fonctions particulières qui incombent aux directeurs médicaux, en raison de la spécialité de leur service.

La direction dans les hôpitaux et ambulances, aux termes de l'article 16, appartient aux médecins chefs de service qui ont autorité sur tout le personnel d'exécution ; de là découle pour eux le droit d'initiative en matière de propositions pour l'avancement et les récompenses, ainsi que le pouvoir disciplinaire, ce dernier étant limité, en ce qui concerne les personnels mis à la disposition du service de santé, aux fautes commises dans l'exécution du service, et à la police des établissements. Ces dispositions ne préjudicient pas, d'ailleurs, au droit d'initiative qui appartient au commandement.

En ce qui concerne l'administration des établissements hospitaliers, elle sera confiée, sous la direction du médecin chef et la surveillance du sous-intendant militaire ordonnateur, au pharmacien le plus élevé en grade et à l'officier d'administration comptable. Le médecin chef, le pharmacien et l'officier d'administration comptable se réuniront en commission pour étudier les affaires d'administration. Si cela était jugé utile, la commission se transformerait, sur l'ordre du ministre de la guerre, en un conseil d'administration analogue à ceux des corps de troupe.

Si vous approuvez ces dispositions, Monsieur le Président, j'ai l'honneur de vous prier de vouloir bien revêtir de votre signature le projet de décret ci-joint.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'hommage de mon respectueux dévouement.

Le ministre de la guerre,

Billot.

Le Président de la République française,

Vu la loi du 16 mars 1882 ;

Sur le rapport du ministre de la guerre,

Décrète :

Article premier. — La direction du service de santé est exercée dans l'armée, à l'intérieur et en campagne, par les médecins militaires, sous l'autorité du commandement.

Art. 2. — Les personnels concourant à l'exécution du service comprennent :

1° Le corps de santé militaire (médecins et pharmaciens) ;

2° Les officiers d'administration du service de l'intendance ;

3° Des détachements d'infirmiers militaires ;

4° Éventuellement, des détachements du train des équipages militaires ou d'autres troupes ;

5° Le personnel civil attaché d'une manière permanente ou temporaire à ce service.

DIRECTION CENTRALE

Art. 3. — Une direction du service de santé est chargée, sous les ordres immédiats du ministre, de traiter toutes les questions se rapportant soit au personnel, soit au matériel et aux approvisionnements de toute nature nécessaires au service.

Cette direction a dans ses attributions :

Le personnel des médecins et pharmaciens militaires ;

L'école de médecine et de pharmacie militaires ;

Le matériel des hôpitaux et ambulances.

Art. 4. — Le conseil de santé des armées est supprimé.

Le comité consultatif de santé, créé par l'article 40 de la loi du 16 mars 1882, est composé du médecin inspecteur général, président, de cinq médecins inspecteurs désignés par le ministre, et du pharmacien inspecteur.

Un médecin, du grade de principal ou de major, est attaché au comité en qualité de secrétaire.

Les attributions et le fonctionnement du comité consultatif de santé sont analogues à ceux des comités consultatifs d'administration et des différentes armes.

DIRECTION DE CORPS D'ARMÉE.

Art. 5. — A chaque gouvernement militaire et à chaque corps d'armée est attaché un médecin inspecteur ou principal directeur du service de santé, qui peut être, en même temps, le médecin chef de l'hôpital militaire ou des salles militaires de l'hospice civil du chef-lieu.

Il a l'autorité d'un chef de corps sur tout le personnel concourant à l'exécution du service de santé dans les établissements hospitaliers de la région du corps d'armée.

Il exerce son action, au point de vue technique, sur tous les médecins attachés aux corps de troupe. La correspondance qui s'établit, en vertu de cette action, entre le médecin d'un corps de troupe et le médecin directeur régional, doit passer par l'intermédiaire du chef de corps.

Il propose au général commandant la désignation des médecins des corps qui, aux termes de la loi du 7 juillet 1877, doivent faire le service dans les hospices civils, ainsi que de ceux qui doivent assister les conseils de révision.

Il propose aussi la désignation des médecins et pharmaciens civils qui peuvent être requis pour assurer le service de santé militaire.

Il tient les contrôles des médecins et pharmaciens de réserve et de l'armée territoriale désignés pour les corps et les services de la région, et peut être chargé par le commandement de l'inspection de tous les médecins et pharmaciens de réserve et de l'armée territoriale domiciliés dans la région.

Il établit ou reçoit, annote s'il y a lieu, et transmet à qui de droit, les propositions concernant l'avancement et l'admission ou l'avancement dans la Légion d'honneur, faites en faveur du personnel désigné à l'article 2.

Art. 6. — Le médecin directeur du service de santé surveille d'une manière permanente le matériel des hôpitaux et ambulances, ainsi que le matériel médical des corps de troupes ; il s'assure que ce matériel est au complet déterminé par les règlements et disponible pour le service.

Il adresse au général commandant ses demandes à ce sujet.

Il prend part aux conférences concernant les travaux de construction des établissements hospitaliers et des infirmeries régimentaires ; ses avis sont consignés aux procès-verbaux desdites conférences. Il est également consulté, au point de vue de l'hygiène, sur les questions concernant le casernement.

Il donne son avis sur tous les projets de convention avec les hospices civils.

Il soumet au général commandant ses propositions relatives aux mesures d'hygiène nécessaires au bon état sanitaire des troupes.

Il centralise les documents relatifs à la statistique médicale et établit celle du corps d'armée. Toute sa correspondance avec le ministre passe par l'intermédiaire du commandant du corps d'armée.

SERVICE HOSPITALIER.

Art. 7. — Dans chaque hôpital militaire et dans chaque ambulance, le médecin chef a autorité, en ce qui concerne l'exécution du service et la police de l'hôpital, sur tout le personnel militaire ou civil attaché à l'établissement, d'une manière permanente ou temporaire. Il a l'initiative des propositions pour l'avancement dans la hiérarchie, pour l'admission ou l'avancement dans la Légion d'honneur. Il a le droit de punition disciplinaire attribué aux officiers supérieurs. Néanmoins, en ce qui concerne la police et la discipline générales, ainsi que l'administration intérieure des corps, les infirmiers et troupes détachées ne cessent pas de relever de leurs chefs directs.

Dans les hospices civils auxquels est attaché un personnel militaire, le médecin militaire chef de service exerce son action sur ce personnel dans les mêmes conditions.

Art. 8. — Le médecin chef prend part aux conférences concernant les travaux de construction, d'appropriation, d'affectation et d'amélioration des locaux destinés au service de l'hôpital ou de l'ambulance ; ses avis sont consignés aux procès-verbaux desdites conférences. Il peut également être consulté sur les questions concernant le casernement, au point de vue de l'hygiène des troupes.

Le médecin militaire chef de service dans un hospice civil est toujours consulté sur les projets de convention à établir avec la commission administrative de l'hospice, ainsi que sur les modifications proposées auxdites conventions. Il adresse ses demandes et observations à la commission administrative, et rend compte au médecin directeur du corps d'armée, qui prend, au besoin, les ordres du commandement.

Art. 9. — Dans chaque hôpital militaire et dans chaque ambulance, la gestion est confiée au pharmacien le plus élevé en grade et à l'officier d'administration comptable, chacun en ce qui le concerne, sous l'autorité du médecin chef.

Le médecin chef et les gestionnaires se réunissent périodiquement en commission pour discuter les affaires d'administration. Sur l'ordre du ministre de la guerre, la commission peut, s'il y a lieu, être transformée en conseil d'administration analogue aux conseils d'administration des corps de troupe.

Art. 10. — Toutes les dépenses du service de santé sont ordonnancées par le service de l'intendance.

Le fonctionnaire de ce service ordonnateur s'assure de la régularité de toutes les dépenses ; il procède à toute vérification périodique ou inopinée qu'il juge utile, ou qui lui est prescrite par le commandement, pour s'assurer de la présence des hommes, du bon emploi des deniers et du matériel, enfin de la ponctuelle exécution des lois, règlements et instructions relatifs à l'administration.

Le gestionnaire intéressé assiste aux constatations et vérifications faites par le service de l'intendance ; le médecin chef y assiste s'il le juge utile ou s'il en a reçu l'ordre du commandement.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES.

Art. 11. — Des règlements et des instructions ministérielles fixeront les points de détail concernant l'application du présent décret.

ART. 12. — Le ministre de la guerre est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 27 mai 1882.

JULES GRÉVY.

Par le Président de la République :

Le ministre de la guerre,

BILLOT.

Le Président de la République Française,

Vu l'article 20 de la loi du 16 mars 1882, sur l'administration de l'armée, comportant, à l'administration centrale de la guerre, la création d'un service spécial et distinct de santé ;

Vu le décret, en date de ce jour, relatif au fonctionnement du service de santé ;

Vu les divers décrets et décisions présidentiels sur l'organisation actuelle de l'administration centrale de la guerre ;

Sur la proposition du ministre de la guerre,

DÉCRÈTE :

ARTICLE PREMIER. — Il est créé au ministère de la guerre une 7e direction, qui prendra le titre de : Direction du service de santé.

ART. 2. — Cette direction comprendra un bureau des hôpitaux, qui aura dans ses attributions :

1° Personnel, organisation, inspection, état civil et militaire des officiers du corps de santé, médecins et pharmaciens. — Rapports avec la direction de l'artillerie et celle des services administratifs en ce qui concerne le matériel, la répartition des troupes du train des équipages militaires, des officiers d'administration et des infirmiers détachés pour assurer le service de santé. — École de médecine et de pharmacie militaires. — Recrutement des élèves.

2° Hôpitaux militaires. — Surveillance du matériel d'hôpitaux et d'ambulances, ainsi que des approvisionnements de réserve. — Centralisation de toutes les affaires soumises au comité consultatif de santé. — Statistique médicale. — Recueil des mémoires de médecine, etc. — Instruction technique. — Constitution et répartition du matériel technique pour le temps de paix et le temps de guerre. — Création et suppression des hôpitaux fixes et temporaires, des dépôts de convalescents, etc.

ART. 3. — Le ministre de la guerre est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 27 mai 1882.

JULES GRÉVY.

Par le Président de la République :

Le ministre de la guerre,

BILLOT.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

On n'a pas oublié l'effet produit devant l'Académie par la lecture de M. Blanche sur la folie et le divorce, dans la séance du 9 mai dernier. M. Luys, en montant aujourd'hui à la tribune pour soutenir une thèse contraire à celle de son collègue, ne s'est pas dissimulé le côté un peu ingrat de sa tache. M. Blanche avait fait appel surtout à des arguments de sentiment qui ont provoqué une sympathie presque unanime. M. Luys lui a opposé des arguments scientifiques, plus rigoureux sans doute, il faut le dire, par cela même peut-être plus froidement accueillis. Et cependant il n'est pas resté non plus inaccessible au point de vue du sentiment ; seulement ce n'est pas sur l'aliéné lui-même que s'est porté son plus grand intérêt, mais sur son conjoint, dont il a montré la triste situation en présence d'un être moralement disparu sans espoir de retour. Sans doute, des deux côtés la compassion est également excitée, mais vers lequel des deux êtres également à plaindre doit se porter plus particulièrement la sollicitude du médecin, si ce n'est celui dont le sort lui a été confié et dont, par sa profession même, il est le protecteur naturel ? Nous avouerons qu'à travers l'argumentation très-forte et très-serrée de M. Luys, c'est encore cette dernière impression qui est restée dominante dans notre esprit.

Une élection de correspondant, la lecture des nouvelles conclusions du rapport de M. Lagneau, votées cette fois sans discussion et à l'unanimité, et une courte lecture de M. le docteur Riembault (de Saint-Étienne), sur un point de l'histoire de l'anémie des mineurs, ont complété cette séance, qu'a terminée encore un comité secret.

HOTEL-DIEU. — M. LE FORT

De la chirurgie antiseptique.

Il est assez remarquable de voir combien des hommes qui, par leur intelligence et la nature de leurs études, sont portés vers le scepticisme, acceptent volontiers, dans sa théorie et ses applications, la doctrine des germes.

A l'époque où nous vivons, il n'y a plus une seule chirurgie comme autrefois, mais celle-ci pourrait se diviser en chirurgie ancienne ou réactionnaire, et en chirurgie moderne, chirurgie antiseptique ou du progrès.

Lorsque nous remontons à quelques années en arrière, il faut avouer que la mortalité était réellement considérable ; constamment on avait à redouter soit des accidents d'érysipèle, soit surtout l'infection purulente, de telle sorte que, pour certaines opérations, la guérison était une aléa. Cette mortalité excessive préoccupait vivement les chirurgiens et les incitait à en chercher la cause ainsi que les moyens d'y porter remède. C'est ainsi que l'on remarqua que l'infection purulente survenait surtout à la suite des opérations pratiquées sur les tissus érectiles, dans des régions très-vasculaires ou à la suite d'amputations. Chacun alors de s'efforcer à la fois d'éviter toute perte de sang un peu considérable, et d'oblitérer le mieux possible les vaisseaux. C'est à ces essais de diérèse que l'on doit la méthode du cautère actuel, de la galvano-caustique chimique, du thermocautère électrique de Paquelin, de l'écrasement linéaire de Chassaignac, de la ligature extemporanée de Maisonneuve, etc., etc. C'est dans le même ordre d'idées que l'on a employé l'alcool pour oblitérer les vaisseaux et empêcher le pus d'y pénétrer. Ambroise Paré, du reste, s'en servait déjà de son temps, Jean-Louis Petit également, et, en 1848, Lestoquoy (d'Arras) le recommandait aussi comme coagulant ainsi que Bataillé, en 1852, qui se servait d'alcool pur, méthode acceptée aussi par Nélaton. C'est alors que, voulant aller plus loin, on en revint à la cautérisation comme avant Ambroise Paré, alors que, le procédé des ligatures des vaisseaux n'étant pas encore connu, on cautérisait les plaies soit avec le fer rouge, soit avec l'huile bouillante.

En 1867, Bourgarde (de Clermont-Ferrand), dans une communication au congrès de Paris, préconisa l'emploi du perchlorure de fer sur les plaies d'amputations et donna, comme résultat, 22 guérisons sur 22 amputations. Le grand prix du congrès lui fut décerné. Cependant on ne tarda pas

à s'apercevoir que cette méthode présentait des dangers sérieux; si l'on obtenait réellement la coagulation du sang tant désirée, d'autre part le perchlorure de fer entraînait avec lui la mortification d'une partie du lambeau et la névrose de l'extrémité des os que l'on avait amputés.

Tels furent les résultats de toute une série de recherches sur le meilleur mode d'amputation, sur la meilleure méthode de diérèse.

Si maintenant nous passons aux pansements, nous voyons les anciens ne se préoccuper guère que de l'état de la plaie et des bourgeons charnus, et les chirurgiens d'autrefois emporter avec eux emplâtres et onguents. Les pansements étaient faits avec du cérat, avec certains baumes, avec des cataplasmes, méthode complètement abandonnée à l'étranger ainsi qu'en France, sauf peut-être encore dans quelques rares services hospitaliers.

A une certaine époque on crut que la meilleure méthode d'éviter toute inflammation était le froid; c'était le procédé de Lombard en 1775, procédé repris par Liston, en Angleterre, vers le milieu du siècle actuel. Mais l'eau, finissant toujours, à un moment donné, par s'échauffer, Josse (d'Amiens) eut recours, en 1822, aux irrigations continues. Puis, allant plus loin, Baudens conseilla des applications de glace; mais celles-ci avaient, de même que les irrigations, l'inconvénient d'être suivies d'une réaction plus ou moins intense dès que l'usage en était discontinué. La loi des extrêmes étant toujours vraie, d'autres chirurgiens eurent l'idée, absolument contraire à la précédente, de préconiser l'eau chaude; Larrey déclare en avoir obtenu les meilleurs résultats dans l'armée d'Égypte. Cette opinion touchant l'heureuse influence de la chaleur sur les plaies n'était pas absolument nouvelle, et Ambroise Paré avait déjà fait remarquer que les plaies guérissaient mieux l'été que l'hiver. De même J. Guyot, en 1840, conseillait les pansements par incubation d'air chaud, de vapeurs chaudes. C'est ainsi qu'à la même époque, pour ainsi dire, il régnait des courants d'idées absolument contradictoires quant à la méthode de pansement la meilleure, le froid et la chaleur.

M. J. Guérin, ayant imaginé, en 1842, la section sous-cutanée des tendons, vit les plaies ainsi abritées du contact de l'air guérir sans aucune suppuration. De là vint l'idée des pansements par occlusion de Laugier, de Chassaignac, le premier en appliquant plusieurs couches successives de baudruche gommée, le second, en 1844, au moyen de bandelettes de diachylon. Mais on ne redoutait pas seulement le contact de l'air, on craignait encore celui du pus; de là différents moyens, tubes, aspiration pneumonitique, etc.

En 1852, c'est Langenbeck qui propose dans le même but la balnéation continue du membre dans de l'eau tiède jusqu'à guérison complète ou tout au moins jusqu'à ce que la cicatrisation soit avancée. Laugier y eut également recours, mais d'une autre façon, au moyen d'un manchon en caoutchouc, qui ne lui donna que de mauvais résultats, tandis que la méthode de Langenbeck était suivie de succès, notamment en 1864, pendant la guerre du Schleswig.

Nous en arrivons maintenant à la réunion immédiate, proposée en vue de cette observation fort judicieuse que l'infection purulente ne se montre que dans les cas de plaies suppurant depuis quelques jours. Tandis qu'en France elle fut assez longtemps en défaveur, parce qu'on l'appliquait assez mal, en Angleterre, où on la pratique de tout autre façon, c'est-à-dire en y ajoutant un certain degré de compression, elle fut promptement adoptée. Cette réunion immédiate est un excellent moyen, et j'en suis grandement partisan; elle n'a plus guère contre elle, peut-être, que M. Verneuil, et encore!

Enfin j'approche de l'époque actuelle, et j'arrive aux premiers désinfectants des plaies chez lesquelles une suppuration prolongée a déterminé une odeur plus ou moins fétide : sulfate de fer, nitrate de plomb, permanganate de potasse (employé surtout en Angleterre). A ceux-ci succède une nouvelle période, celle qui commence par le coaltar, c'est-à-dire par un dérivé du goudron de houille, et finit par l'acide phénique et le pansement de Lister. Mais auparavant sachons reconnaître que l'idée d'attribuer à des germes atmosphériques la décomposition des matières organiques animales ou végétales, leur fermentation, est due à deux savants allemands, Schultz et Schwab, qui publièrent, en 1842, un premier mémoire sur cette question. Deux autres mémoires sur le même sujet paraissaient en 1843 et 1854, sous le nom de deux autres Allemands, relatant un certain nombre d'expériences confirmatives des faits exposés par Schultz et Schwab. Puis, en 1858, ont lieu les recherches de Pouchet (de Rouen) sur la putréfaction, et bientôt notre savant français, de concert avec Joly, imagine la doctrine de la génération spontanée, doctrine qui, préoccupant tous les esprits, même extra-scientifiques, soulève les passions religieuses.

Enfin, le 6 février 1860, M. Pasteur entrait en scène armé d'un mémoire destiné à combattre, par la rigueur de ses expériences, la doctrine de M. Pouchet. Je n'entrerai ici dans aucun développement touchant ces expériences, je dirai seulement que le pansement ouaté de M. Alphonse Guérin en est l'application la plus nette.

Mais, en 1863, Jules Lemaire avait publié un livre sur l'acide phénique, son emploi en médecine et en chirurgie, livre dans lequel il avait démontré qu'il suffisait d'une très-minime quantité d'acide phénique pour tuer les germes atmosphériques et préserver ainsi les plaies de toute putréfaction. Déjà, pour empêcher celle-ci, Corne, en 1858, avait eu l'idée de faire un mélange de plâtre et de de coaltar. En 1859, Demeaux avait proposé, dans une communication à l'Académie des sciences (1), l'emploi de cette poudre comme désinfectant des plaies. Le maréchal Vaillant, qui était membre de la docte compagnie, adressa aussitôt une circulaire à l'armée d'Italie dans le but d'expérimenter ce nouvel agent dans les ambulances de l'armée (2). Le succès n'ayant pas répondu à l'attente générale, le moyen fut laissé de côté. C'est alors qu'au mois d'août 1859, Lemaire imagina d'employer le coaltar saponifié, c'est-à-dire émulsionné avec la saponine Lebeuf. Cependant Velpeau, n'en ayant pas obtenu de bons résultats, fit un rapport défavorable. Enfin, c'est en 1860 que Lemaire préconisa, le premier, l'emploi de l'acide phénique, principe actif du coaltar, découvert par Rang en 1874. Cet antiseptique était encore bien rare en 1860, on ne le trouvait guère qu'à l'état d'échantillon; Lemaire en fit fabriquer deux kilogr. et institua aussitôt ses premières expériences à la suite desquelles il publia son livre de 1862-1863, où l'on retrouve à peu près tout ce qui constitue la méthode de Lister.

En France, le nom de Lemaire est resté dans l'oubli, tandis qu'en Angleterre, lorsqu'est apparu le pansement de

(1) Comptes-rendus de l'Académie des sciences, 25 juillet 1859, et *Gaz. des hôpit.*, 1859, p. 357, 359, 361, 363 et 391.

(2) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1859, p. 383 et 403.

Lister, il a été justement acclamé, comme ayant préconisé le premier les pansements antiseptiques par l'acide phénique. Les motifs de cet oubli sont de deux ordres : c'est tout d'abord que les résultats annoncés par Maisonneuve, qui l'un des premiers en fit l'essai, à l'instigation même de Lemaire, n'étaient pas assez conformes aux faits pour que l'on y prêtât l'attention voulue ; c'est ensuite que, si Lemaire était médecin, il était plus encore pharmacien, et que l'enthousiasme qu'il avait mis à préconiser sa découverte sentait quelque peu la réclame, l'auteur considérant un peu trop l'acide phénique comme une panacée universelle ; de là certaines suspicions. Enfin la question était entrée dans l'industrialisme, et un médecin, faisant presque sa chose de l'acide phénique, avait conspué tout à la fois et la nouvelle méthode et son auteur.

De là, pour nous, certains motifs d'une méfiance peut-être exagérée, qui, en tous cas, n'existaient pas pour l'étranger; de là l'oubli, certainement immérité, du nom de Lemaire dans notre pays, tandis qu'ailleurs il obtenait un certain retentissement.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Jules Simon.

I. Scarlatine grave et scarlatine bénigne. — II. Embarras gastrique pouvant simuler la méningite.

I. La scarlatine est une maladie qui présente parfois les plus grandes irrégularités, comme l'a fait si justement remarquer Trousseau dans les belles pages qu'il a consacrées à cette maladie.

Sydenham la considérait comme une affection des plus bénignes, ainsi que Bretonneau lui-même, jusqu'en 1834, époque à laquelle ses vues à ce sujet se trouvèrent complètement modifiées par l'épidémie qui éclata dans la ville de Tours.

C'est ainsi qu'en ce moment nous avons l'occasion d'observer dans les salles deux faits réellement instructifs par les différences qu'ils présentent entre eux.

Le premier est celui du n° 29 de la salle Sainte-Élisabeth, petite fille de dix ans qui a été prise tout à coup de vomissements, d'un mouvement fébrile prononcé, d'un grand abattement, d'une véritable prostration, enfin d'un peu de mal de gorge, tous phénomènes qui se manifestèrent comme un coup de foudre. Puis, le lendemain, l'angine était caractérisée par une rougeur diffuse de la gorge, la fièvre persistait, la nuit était agitée. Ce ne fut que le troisième jour que les produits pultacés accompagnèrent l'angine. En même temps l'agitation nocturne était plus grande, une éruption rouge uniforme apparaissait à la surface du corps avec un piqueté plus vif, une certaine démangeaison et des sudamina sur les parois abdominales. La scarlatine était trop nettement caractérisée pour pouvoir être méconnue.

Puis survinrent des bubons scarlatineux et l'état général alla s'aggravant, la température s'éleva à 39°, 39°,5 et 39°8. Hier matin, l'enfant était dans un état de prostration des plus prononcés, la face était grippée, la température, dès le matin, était à 40°, le cou était tuméfié, l'angine très-forte et l'éruption aussi intense et aussi généralisée que possible à toute la surface du corps.

Cette petite fille nous a donc présenté un type complet, très-grave, de scarlatine, comme vous avez pu le constater tout à l'heure dans les salles, et qui n'est pas à sa fin.

A côté de ce fait et en complète opposition avec lui, nous avons actuellement aussi le cas suivant dans la même salle. Cette fois, il s'agit d'une enfant plus jeune, une petite fille de trois ans et demi, qui a été atteinte d'une scarlatine si légère, si bénigne, qu'elle a éclaté pour ainsi dire sans aucun prodrome, sans fièvre ni angine, et que les parents ne se sont aperçus de l'existence d'une éruption qu'en la changeant de linge.

En pareils cas, le diagnostic, pour être posé à bon escient, demande à être étudié avec grand soin. En effet, ne pourrait-on pas confondre la scarlatine avec quelque éruption scarlatiniforme, avec un rash, avec quelque autre éruption infectieuse? Mais il existerait alors un état général que nous n'avons pas observé ici, de plus nous ne trouvons aucune trace de maladie infectieuse, aucun phénomène pouvant s'y rattacher. Ne pourrait-on pas prendre cette scarlatine pour un érythème cutané? Mais celui-ci se manifesterait par des plaques marginées, par l'absence du pointillé caractéristique de la scarlatine; de plus, l'érythème a sa circonscription géographique, il est limité à tel ou tel point du corps et va en s'éteignant sur ses bords.

La scarlatine ne pouvait pas non plus se confondre avec les éruptions déterminées par l'application de tel ou tel médicament, pommades, emplâtres, papiers irritants ou autres à la surface du corps.

Notre diagnostic d'une éruption scarlatineuse et non scarlatiniforme nous est certifié, en dehors des prodromes qui ont fait défaut, par la nature même et l'aspect de l'éruption, par son siége de prédilection, — les plis de l'aine, du cou, les aisselles, etc., — enfin par sa persistance.

Il est assez fréquent de voir la scarlatine s'accompagner de phénomènes généraux peu intenses et donner lieu à une éruption légère et sans angine au début, celle-ci n'apparaissant alors que vers le troisième jour.

J'arrive un jour auprès d'un enfant chez lequel la maladie avait débuté subitement, en pleine santé, par une fièvre légère, une angine à peine marquée et une éruption peu considérable. Le lendemain, la fièvre était un peu plus prononcée et je me prononçais pour une scarlatine. Un confrère avait été appelé, qui, n'ayant pas vu ce que j'avais pu observer le deuxième et le troisième jour, avait déclaré qu'il n'y avait pas et qu'il n'y aurait pas de scarlatine, parce que pour lui cette affection devait constamment s'accompagner de tout un appareil symptomatologique particulier.

Parfois, je dirai même assez souvent, il nous vient à la consultation des enfants chez lesquels les parents n'ont rien remarqué sur la peau ou dans la gorge et que l'on nous amène pour de l'anasarque et des accidents albuminuriques. Aussi, prévenu par l'expérience, nous les faisons déshabiller, et nous trouvons en certains points du corps une desquamation plus ou moins prononcée, mais incontestable, des lambeaux épidermiques quelquefois à peine visibles, des points circonscrits, complètement desquamés, ne pouvant appartenir à une éruption rubéolique, à la rougeole, mais bien à la scarlatine, et nous prescrivons alors les précautions indispensables en pareils cas pour éviter des accidents susceptibles d'une haute gravité.

Entre ces deux types de scarlatine, l'une très-grave, s'accompagnant de tout un cortége de phénomènes caractéristiques des plus marqués, et l'autre aussi bénigne que possible, sans aucun appareil spécial, entre ces deux types, dis-je, vous pouvez rencontrer une foule de variétés ou de nuances plus ou moins accentuées.

Mais la scarlatine la plus légère n'est réellement

bénigne jusqu'à la fin qu'à la condition de certaines précautions hygiéniques sévèrement exécutées, à la condition d'éviter tout refroidissement, de ne pas lever ou faire lever les enfants avant d'être arrivé au huitième ou au dixième jour, précautions faute desquelles vous pourrez voir survenir albuminurie et anasarque.

Tantôt la scarlatine présentera un tel appareil symptomatique que le malade succombera en deux ou trois jours. J'ai vu ainsi l'an dernier, au mois de mai, une jeune fille de treize ans, très-bien portante au moment où elle prenait un bain, se plaindre dès le soir même d'un mal de gorge. Le lendemain, le médecin de la famille, ancien interne des hôpitaux, constatait une scarlatine des plus graves et deux jours plus tard la malade était morte. La scarlatine est la pire des fièvres éruptives, qu'elle soit en apparence grave ou bénigne.

Encore un autre fait. — Au mois de mai de cette année, j'étais appelé auprès d'une femme de trente-six ans qui avait contracté la scarlatine en soignant son jeune enfant, atteint de la même affection. Elle se plaignait de telles chaleurs à la tête, d'une telle céphalalgie, que toutes les nuits elle se couvrait le front de compresses d'eau fraîche qui laissaient couler de nombreuses gouttes le long du cou. A la suite de pareilles imprudences répétées pendant plusieurs nuits, elle eut une angine épouvantable par son intensité et faillit succomber.

Dans certaines circonstances, la scarlatine est une maladie difficile à reconnaître, et ce n'est alors qu'en suivant son évolution pour ainsi dire pas à pas que l'on peut arriver à émettre un diagnostic.

II. Vous avez vu aussi ce matin dans nos salles un petit enfant de huit mois qu'on avait amené à la consultation il y a quatre jours, samedi dernier; la tête était chaude, en souffrait-il? à cet âge, il ne nous était pas possible de le savoir. L'enfant avait des vomissements, de la fièvre le soir principalement, enfin la langue était chargée.

Quant à ses antécédents, ils nous étaient absolument inconnus ainsi que l'évolution de la maladie pour laquelle on l'avait apporté.

Chaque fois que l'on observe chez de jeunes enfants des maux de tête persistants, — ici ils étaient probables bien qu'impossibles à constater, — de la fièvre et des vomissements, il faut être aux aguets. Cependant cet enfant n'avait pas la figure anxieuse que l'on observe au début d'une méningite. Il semblait plutôt sous l'influence d'un état migraineux, sans une bien grande agitation nocturne. De plus, j'oubliais de vous le dire, il y avait un peu de catarrhe bronchique.

Ce que voyant, j'ai considéré les vomissements comme sympathiques d'un embarras gastrique et résultant aussi de la déglutition, ordinaire à cet âge, des crachats produits par le catarrhe. J'ai prescrit alors un petit vomitif, quelques poudres digestives. Aujourd'hui l'enfant est dans un état satisfaisant qui nous permet d'espérer une guérison prochaine.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 mai 1882. — Présidence de M. Gavarret.

CORRESPONDANCE

Elle comprend : 1° des lettres de candidature de MM. Bouchardat et Onimus pour la place vacante dans la section de physique et de chimie; 2° un travail manuscrit sur le sevrage et son étude comparative dans les différentes régions de la France. (Comm. de l'hygiène de l'enfance.)

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL donne lecture d'une note de M. Béchamp en réponse aux observations que M. A. Gautier a présentées dans la dernière séance au sujet de sa dernière communication.

ÉLECTION

L'ordre du jour appelle l'élection d'un correspondant dans la quatrième division (chimie, physique médicale et pharmacie). La liste de présentation porte : en première ligne, M. Boudier (de Montmorency); en deuxième ligne, M. Garreau (de Lille); en troisième ligne *ex æquo*, MM. Husson (de Toul), et Audouard (de Nantes).

Au premier tour de scrutin, sur 57 votants, majorité 29, M. Boudier obtient 43 suffrages; M. Garreau, 13; 1 bulletin blanc.

En conséquence, M. Boudier est proclamé élu.

RAPPORT

Statistique médicale du recrutement. — M. LAGNEAU donne lecture des conclusions du rapport qu'il a lu dans la dernière séance : demander au ministre de la guerre de vouloir bien à l'avenir charger le conseil de santé des armées de faire rassembler et coordonner par canton tous les documents statistiques relatifs aux opérations des recrutements. M. Lagneau ajoute que, tout en se bornant à cette simple conclusion, puisque l'Académie a paru désirer qu'on indiquât les recherches qu'il serait désirable de voir faire lors des recrutements, il pense qu'il importerait qu'à côté du nombre des jeunes hommes on fît mention du nombre des naissances masculines, légitimes et illégitimes ayant eu lieu vingt et un ans auparavant, afin de pouvoir apprécier la mortalité de zéro à vingt ans accomplis, mortalité qui, selon MM. Chenu et Ély, s'élèverait à 74 0/0 pour les jeunes gens illégitimes.

Autant que possible il importerait également qu'on relatât la taille, le périmètre thoracique et toutes les infirmités de tous les jeunes gens, qu'ils soient aptes au service actif, qu'ils soient renvoyés au service auxiliaire, qu'ils soient ajournés ou qu'ils soient exemptés, afin qu'on fût à même d'apprécier exactement les aptitudes physiques ou les défectuosités morbides des populations, afin qu'on pût rechercher les conditions ethniques paraissant en rapport avec ces aptitudes, et déterminer les causes topographiques, hygiéniques, professionnelles, paraissant occasionner ces défectuosités.

Il importerait que, tous les dix ans, on résumât par cantons les données statistiques afin de mettre en évidence les résultats différentiels les plus probants.

Ces conclusions sont adoptées.

LECTURES

Anémie des mineurs. — M. A. RIEMBAULT (de Saint-Étienne) lit un travail sur la présence des ankylostomes chez les mineurs anémiques. D'après le docteur Perroncito (de Turin), les mineurs séjournant dans un milieu favorable au développement des ankylostomes, des anguillules, des pseudo-rhabditis, des trichocéphales, en seraient fréquemment atteints. M. Riembault conclut des recherches qu'il a faites chez les mineurs de Saint-Étienne, pour vérifier les assertions de M. Perroncito, que ces helminthes ne sont que la cause prochaine de la maladie dite anémie des mineurs.

L'aliénation mentale et le divorce. — M. LUYS, rappelant la lecture que M. Blanche a faite à l'Académie sur ce sujet, dans la séance du 9 mai dernier, convient qu'il lui faut une certaine hardiesse pour venir prendre la parole sur une question en quelque sorte déjà jugée et qui semble avoir gagné les esprits. Il va essayer cependant d'exposer les raisons qui, pour lui, plaident en

faveur de la dissolubilité du lien conjugal, dans les cas de folie dûment constatés, et le portent à demander l'application du droit commun aux unions dans lesquelles un des conjoints est frappé de maladie mentale.

La première partie de son argumentation, réservée exclusivement à l'examen des points essentiels sur lesquels repose la discussion en litige, se résume dans les termes suivants : J'admets en principe l'incurabilité de certains états morbides bien définis, bien reconnus, la paralysie générale : dans ces cas, dès le début, on peut considérer la maladie comme incurable. Pour les autres formes morbides, je suis presque aussi absolu, et j'arrive à dire qu'après avoir observé un malade pendant quatre ou cinq ans, dans un asile, qu'après l'avoir suivi, examiné sous tous ses aspects, un médecin peut toujours arriver à se prononcer sur l'avenir de ce sujet et à le classer oui ou non parmi les cas incurables sur lesquels on peut légalement statuer, et qu'en définitive, les cas de guérisons tardives que l'on cite sont dépourvus des garanties scientifiques que l'on est en droit de demander à des observations péremptoires.

Quelle serait la marche à suivre pour éclairer le jugement du tribunal et établir méthodiquement la situation de l'aliéné et celle du conjoint auquel physiquement et moralement il a cessé depuis longtemps d'être attaché? A cette question, à l'examen de laquelle est consacrée la deuxième partie du travail, M. Luys répond dans les termes suivants :

Je proposerai la formation d'une commission arbitrale, constituée par quelques aliénistes, attachés à des asiles publics ou privés. Cette commission, une fois qu'elle aurait été saisie de la demande de divorce, aurait pour mission de se rendre une fois par mois, pendant une année, auprès du malade, de l'examiner avec soin, de faire un diagnostic et un pronostic, de prendre des notes et de voir ainsi quelles sont les oscillations de la maladie, si elle suit une marche progressive ou rétrograde. Si au bout d'une année l'état stationnaire est maintenu, elle pourra alors formuler son jugement.

Si l'aliéné est déjà complètement en démence avec abolition plus ou moins complète des facultés mentales, le jugement de la commission médicale sera rapidement formulé; s'il est encore lucide dans certaines limites et apte à présenter certaines espérances de retour à la raison, la prescription de l'examen mensuel pendant une année permettra d'élucider la question et de se prononcer avec certitude.

Le jugement définitif, affirmatif ou infirmatif de l'état de démence confirmée, ne sera donc, dans ces cas, porté qu'avec une extrême circonspection; et dans chaque cas particulier, la commission sera toujours toute-puissante pour suspendre son jugement et remettre pour rendre un arrêt définitif.

M. Luys conclut ensuite en ces termes :

Sans cesser d'être les défenseurs naturels des malades confiés à nos soins, sachons voir ce qui se passe autour de nous, dans ces intérieurs de famille dont un membre est disparu moralement. Là, il y a aussi des situations sympathiques, des êtres qui souffrent et qui demandent à la loi un adoucissement à leur douleur et à leurs espérances brisées. A cet égard, l'admission du divorce, quelque pénible qu'elle soit, si on ne se place qu'au point de vue restreint de l'aliéné, deviendra, au contraire, envisagé à un point de vue plus général, une proposition salutaire et douée d'une action véritablement moralisatrice.

En conséquence, je résumerai ma pensée comme conclusion, dans la proposition suivante à introduire dans la loi : La folie, dans certain cas déterminé, peut être considérée comme une cause de divorce.

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture d'un des rapports de prix.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours pour trois places de médecin du Bureau central est terminé. Sont nommés : MM. Moizard, Déjerine et Gombault.

— Par décret en date du 16 mai 1882, sont nommés :

Médecins-majors de deuxième classe : MM. Choué, Amiard-Fortinière, Vercoutre, Collin, Franchet, Choux et Monart.

Pharmacien-major de deuxième classe : M. Dechaux.

— *École de médecine de Poitiers.* — M. Chedevergne, professeur d'anatomie, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de clinique interne, vacante par suite du décès de M. Guignard.

M. Poisson, suppléant d'anatomie et chef des travaux anatomiques, est chargé du cours d'anatomie, en remplacement de M. Chedevergne.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Gaulard, agrégé démissionnaire et dont la durée d'exercice n'est pas expirée, est réintégré dans ses fonctions à partir du 1er novembre 1882.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le baron Coustalé de Larroque, médecin consultant aux eaux de Salies de Béarn; de M. le docteur Jules Caussade, médecin honoraire des hôpitaux de Bordeaux; de MM. les docteurs Évrard (de Bar-sur-Aube) et Jouannet (de l'Allier); de MM. Matelus et Thillet, élèves en médecine; de M. Beauregard, médecin-major de deuxième classe.

— M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle, fera une excursion géologique publique le dimanche 4 juin à Argenteuil, Sannois et Cormeilles-en-Parisis. Il suffit, pour prendre part à l'excursion, de se trouver au rendez-vous, gare du Nord, où l'on prendra, à huit heures cinquante minutes du matin, le train pour Argenteuil. Afin de profiter de la réduction de 50 0/0 accordée par le chemin de fer, il est nécessaire de s'inscrire au laboratoire et de verser le prix de sa place (demi-tarif) avant samedi trois heures.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 12931.

N° 64. — SAMEDI 3 JUIN 1882. 55e ANNÉE. SAMEDI 3 JUIN 1882. — N° 64.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE.	3 mois : **8** fr. **50.**	— 6 mois : **16** fr.	— 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. .	3 mois : **10** fr. ».	— 6 mois : **18** fr.	— 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Injections sous-cutanées de sang dans l'ulcère simple de l'estomac avec vomissements incoercibles.

A quelques années d'intervalle, chez deux malades qui, par suite d'ulcères simples, vomissaient tout, même le lait, et dépérissaient, faute de nourriture, M. Bernutz a pratiqué des injections de sang dans le tissu cellulaire. Chez toutes les deux, la guérison a été rapide et complète. Ce sont donc des observations également encourageantes à ce point de vue, bien que les choses se soient passées tout différemment chez l'une que chez l'autre.

Le but que s'était proposé M. Bernutz, c'était de suppléer à l'alimentation, devenue impossible par les voies digestives, par l'absorption directe, dans le tissu cellulaire, d'un liquide essentiellement nutritif, tel que le sang artériel, encore chaud, d'un animal.

Ce but fut pleinement atteint chez la première des malades en question. Chaque injection de sang représentait pour elle un repas très-reconstituant qui suffisait pour la soutenir pendant près de deux jours; et, à ce régime, elle reprit rapidement des forces.

Voici comment M. Bernutz procédait :

Choisissant, par exemple, un chien de forte taille, il lui ouvrait l'artère crurale, et il recueillait le sang rouge, qui en jaillissait par cascades, dans un vase chauffé préalablement. M. Bernutz tient, en effet, à ce que le sang ait conservé sa température, sa rutilance et ses qualités de sang artériel quand on l'introduit dans les tissus. Cette introduction se fait sans peine, à l'aide d'une seringue de Dieulafoy, également chauffée d'avance, et que l'on munit de son aiguille.

Chez la première malade, toutes les tumeurs sanguines qu'on produisait ainsi ne tardaient pas à être résorbées et à disparaître, leurs éléments semblant d'ailleurs être entièrement utilisés pour la nutrition générale.

On ne se servit pas toujours de sang de chien; à plusieurs reprises, on fit usage de sang de poulet. Mais, en cas pareil, la malade se sentait moins bien restaurée, elle réclamait plus tôt une injection nouvelle.

Elle se remettait d'ailleurs à vue d'œil. Bientôt les vomissements cessèrent, et l'on put reprendre le régime lacté. Puis l'appétit alla croissant, et, le lait ne lui suffisant plus, cette femme achetait, en secret, des aliments de diverse nature, qu'elle digérait parfaitement.

Elle sortit de l'hôpital dans un état satisfaisant, et on n'en eut plus de nouvelles.

Les conditions semblaient tout à fait analogues chez une autre femme sur laquelle M. Bernutz pratiqua, en dernier lieu, une opération du même genre.

Le lait n'était pas supporté; les vomissements restaient incoercibles, et cette femme était menacée de mourir par inanition.

En conséquence on lui injecta, dans le tissu cellulaire de l'un des bras, du sang artériel pris sur un chien de forte taille. Mais la quantité introduite en fut probablement trop grande, ou quelque autre cause intervint, telle que ces germes si dangereux qui, suivant la doctrine de M. Pasteur, se rencontrent en si grand nombre dans l'air des villes et principalement dans l'air confiné d'une salle d'hôpital. Bref, la tumeur sanguine ne se résorba pas. Elle devint le point de départ d'une inflammation phlegmoneuse, qui envahit presque tout le membre.

C'était là, sans doute, un accident grave. Mais, à mesure que se développait ce phlegmon du bras, on voyait se calmer les symptômes gastriques. Les vomissements, jusqu'alors si tenaces, cessèrent comme par enchantement; il n'y eut plus même de douleurs vers la région épigastrique, et, longtemps avant que son bras cessât de suppurer, la malade put être remise à la nourriture ordinaire de l'hôpital, en digérant tout.

Le résultat du traitement a donc été encore des plus heureux en ce qui touche la maladie de l'estomac; mais quel en fut, dans ce cas, le facteur principal?

Ce n'était pas ici le relèvement des forces par une introduction d'éléments nutritifs, puisque le sang injecté ne fut point absorbé. Mais cette inflammation violente, cette suppuration étendue et prolongée, bien que dans une région peu proche de l'estomac, n'a-t-elle pas pu mettre en jeu quelque action réflexe, qui, aboutissant dans les nerfs trophiques de cet organe, le fit sortir de son état pathologique?

C'était ce qu'on nommait autrefois une dérivation. Et, à l'époque où les vieilles idées humorales étaient passées de mode, avant qu'on eût inventé l'interprétation par les nerfs

trophiques, les praticiens qui employaient encore les dérivatifs se défendaient bien péniblement contre les critiques de Malgaigne et de quelques autres orateurs de l'Académie. Voilà maintenant que l'on a de nouveaux termes, des théories générales plus récentes, et des excuses plus plausibles pour en revenir sur ce point à la pratique du vieux temps.

Aussi, jamais peut-être la mode n'a-t-elle été plus favorable aux dérivatifs et aux révulsifs. On les emploie sous toutes les formes, depuis les brûlures les plus profondes et les cautères à demeure jusqu'à une action toute momentanée et toute superficielle, ne dépassant pas l'épiderme. Nous allons voir que cette dernière pratique n'est peut-être pas la moins efficace dans certaines affections, soit aiguës, soit chroniques.

Mais tel n'a pas été le cas chez la malade de M. Bernutz. Si l'on cherche une comparaison dans une dérivation pleinement intentionnelle, c'est pour le moins aux cautères profonds et multiples qu'il faut songer.

Du reste, plusieurs praticiens, considérant l'ulcère de l'estomac comme résultant d'un processus inflammatoire, en combattent la cause à l'aide de cautères appliqués à la région épigastrique. Parmi ceux-là, il faut ranger M. Millard, d'après les quelques observations recueillies dans son service qui ont été publiées dans une thèse très-récente intitulée : *Pathogénie de l'ulcère simple de l'estomac*, par M. Gaillard, son élève.

Mode d'emploi des révulsifs.

Maintenant donc on explique par des actions réflexes aboutissant à des nerfs trophiques ce qu'on appelait autrefois révulsion ou dérivation. Mais qu'on est loin de bien connaître tout ce qui regarde les nerfs trophiques et les influences diverses qui peuvent mettre en jeu leur activité, soit dans un sens soit dans un autre !

Il est pourtant certaines notions qui semblent déjà bien établies et que le praticien ne doit plus perdre de vue. Par exemple, on sait que l'action thérapeutique n'est nullement proportionnelle, comme on aurait pu le supposer, à l'intensité et à l'étendue de l'irritation périphérique. M. Brown-Séquard admet même qu'il faut éviter la douleur, l'excitation des nerfs sensitifs, pour obtenir un effet puissant sur les nerfs trophiques et par eux sur la vascularisation et la nutrition des tissus.

Tel est aussi l'avis de M. le professeur Ball, qui insiste très-vivement sur le mode d'opérer qu'il convient de choisir dans l'application des révulsifs.

Le plus souvent on pèche par excès.

C'est ainsi que des malades atteints d'affections de la moelle épinière racontent qu'ils ont subi sans aucun avantage un traitement antérieur par les pointes de feu. En une seule séance on les a couverts du haut en bas de brûlures profondes sur les côtés de la colonne vertébrale. Loin d'aller mieux, ils ont éprouvé une violente fièvre traumatique qui les a laissés plus affaiblis, et il a fallu attendre longtemps la cicatrisation des plaies ainsi produites avant de songer à pratiquer de nouvelles brûlures. Or, pour obtenir chez ces mêmes malades une amélioration notable au moyen de pointes de feu, il peut suffire de procéder d'une façon plus sage et plus méthodique. Ne faisant chaque fois que des brûlures très-superficielles et en petit nombre, on les renouvellera souvent, à des intervalles de deux ou trois jours, en passant d'une région à l'autre le long de la colonne vertébrale, de telle sorte que l'excitation périphérique, toujours légère et limitée à une surface peu étendue, soit renouvelée ailleurs aussitôt qu'elle menacerait de s'éteindre.

Dans les affections de poitrine, congestions chroniques, phthisies commençantes, c'est encore la même méthode qui donne les plus beaux succès. Si l'on se sert de pointes de feu, comme le fait souvent M. Ball, il faut à peine effleurer l'épiderme sur huit à dix points disposés en deux rangées ; la douleur est très-supportable, on n'a pas besoin de recourir pour la calmer, comme lorsqu'il s'agit de brûlures profondes, à l'application de compresses d'eau fraîche pouvant troubler l'action réflexe que l'on s'efforce de produire. D'autres rangées de pointes de feu succèdent bientôt aux premières, et ainsi de suite.

Si l'on préfère avoir recours aux vésicatoires, on les met très-petits, on les laisse peu de temps, on les renouvelle tous les deux jours, et on les fait sécher le plus rapidement possible.

M. Ball emploie depuis quelque temps dans le rhumatisme articulaire de très-petits vésicatoires, plus petits encore que ceux dont on use dans les maladies de poitrine. Cherchant le point le plus douloureux de l'articulation atteinte, il en applique d'abord un sur ce point; puis, les jours suivants, il éteint ainsi la douleur partout où elle se manifeste.

L'idée d'opposer les vésicatoires au rhumatisme articulaire est loin d'être neuve (et à ce propos nous devons rappeler que M. Jules Guérin fait depuis longtemps avorter par le même moyen les accès de goutte). Mais le procédé de M. Ball offre ceci de particulier qu'il permet des applications successives et par conséquent une révulsion beaucoup plus prolongée pour une même région.

Recherche du sucre dans l'urine ; principales causes d'erreur.

M. le professeur Hardy cède souvent sa chaire de clinique à son chef de laboratoire, M. A. Robin, pour y faire des leçons de chimie médicale ; mais hâtons-nous de dire que ces leçons, essentiellement pratiques, ne sauraient être suppléées par les manuels que les élèves ont entre les mains, et complètent très-heureusement l'enseignement donné au lit du malade.

Pour la recherche du sucre dans l'urine en cas de diabète supposé, par exemple, M. Robin a longuement insisté, en montrant comment on les évite, sur certaines causes d'erreur qui peuvent amener le médecin à un diagnostic faux, et qui sont passées sous silence, ou imparfaitement signalées, dans les traités les plus récents, ceux de MM. Yvon et Méhu. Ces deux auteurs recommandent pourtant comme réactif la liqueur cupro-potassique dite de Fehling, à laquelle se rattachent les plus nombreuses de ces causes d'erreur.

Il suffit notamment que l'on ait absorbé d'une façon quelconque, soit par l'appareil digestif, soit par les voies respiratoires, des produits térébenthinés, pour qu'il puisse y avoir dans l'urine une substance ternaire, dont la composition est encore assez mal connue, que quelques auteurs ont rapprochée de l'acide formique, mais qui, différant en cela de l'acide formique, réduit, comme le sucre, la liqueur de Fehling (et même le sous-nitrate de bismuth chauffé avec de la potasse caustique). On savait du reste déjà que, chez ceux qui ont pris du chloral ou du chloroforme, l'urine peut

réduire la liqueur de Fehling sans contenir un atome de sucre.

Mais il est une cause d'erreur bien plus dangereuse pour le praticien, car elle n'est pas le résultat de circonstances accidentelles, contre lesquelles il puisse être en garde : c'est celle qui tendrait à faire soupçonner la présence du sucre dans les urines très-chargées d'urates et d'acide urique, telles que les urines des goutteux. Avec ce genre d'urines, en effet, la liqueur de Fehling verdit, jaunit, se trouble et peut donner naissance à un précipité, parfois très-abondant, et qui, surtout si l'on maintient longtemps le liquide en ébullition, peut finir, en se déposant, par prendre un aspect tout à fait semblable à celui de l'oxyde de cuivre réduit par le sucre diabétique.

Les symptômes généraux peuvent aussi prêter à cette même méprise.

Ceux qui sont atteints de goutte héréditaire se plaignent parfois d'un accablement, qui ressemble singulièrement à l'affaiblissement des diabétiques. Il n'est pas rare de rencontrer chez eux de la polydipsie et même, au moins momentanément, de la polyurie. Il est vrai que cette polyurie alterne quelquefois avec des sueurs profuses, mais les sueurs profuses se rencontrent dans certaines formes du diabète. Nous en observons, en ce moment même, un très-bel exemple chez une dame, dont l'urine renferme une quantité colossale de sucre.

Si le médecin se laisse impressionner par les craintes de son malade, il pourra donc soupçonner un commencement de diabète chez un goutteux héréditaire qui, connaissant des diabétiques, se sentant faible, urinant souvent, ayant toujours soif, lui apportera son urine à examiner.

Or il faut savoir qu'un peu d'attention suffit parfaitement pour distinguer l'une de l'autre la réaction produite par le sucre et celle produite par les urates quand on porte à l'ébullition un mélange d'urine et de liqueur de Fehling. La réduction opérée par les sucres a pour résultat un précipité qui se présente dès le début sous la forme pulvérulente; que cette poudre soit d'un jaune vif ou d'un rouge vif, comme dans la plupart des diabètes vrais, qu'elle présente une teinte plus sombre et presque noire, comme chez les nouvelles accouchées dont l'urine contient du sucre de lait, elle ne ressemble aucunement au précipité floconneux blanchâtre qui commence par se produire avec une urine chargée d'urates. C'est en effet au début de la réaction que la distinction est le plus facile. Lorsque la liqueur de Fehling vient de se troubler sous l'action des urates, on y voit flotter des sortes de nuages, plus ou moins isolés les uns des autres, et dans l'intervalle desquels le liquide apparaît limpide, A ce moment la confusion n'est pas possible pour un œil exercé. Il en serait autrement plus tard, si, après une longue ébullition, on laissait reposer le liquide jusqu'à ce que l'oxyde de cuivre, complètement réduit, se fût déposé au fond du tube.

Avec la potasse caustique, les causes d'erreur sont bien moins nombreuses. M. Robin en a pourtant signalé une dont les manuels ne parlaient pas. Quand une urine contient du sang, la matière colorante du sang peut, chauffée avec la potasse, brunir au point de sembler presque noire ; mais c'est alors un brun rougeâtre ou violacé, et ce n'est jamais la même teinte que donne le sucre diabétique.

Comme il faut toujours avoir soin de coaguler l'albumine et de filtrer l'urine qui en contient avant d'y rechercher le sucre, nous ne parlerons pas des erreurs auxquelles sa présence pourrait donner lieu.

Des rapports de l'asthme et des polypes muqueux du nez.

M. le docteur Alexis Jacquin nous adresse l'observation suivante, qu'il faut rapprocher des quatre faits publiés déjà par M. le docteur Joal.

L'article très-intéressant paru dans la *Gazette des hôpitaux* du 13 mai dernier, sur les relations qui existent entre l'asthme et les polypes des fosses nasales, m'a apporté un éclaircissement sur un cas que j'ai observé et où ces affections étaient réunies. Je n'avais vu dans ce fait qu'une simple coïncidence.

Il s'agit d'un jeune homme de vingt-neuf ans, qui vint me consulter pour des polypes muqueux des fosses nasales. Or ce malade était sujet en même temps à des accès d'asthme qui le forçaient souvent, pendant la nuit, à se lever brusquement, à ouvrir sa fenêtre, et à aspirer péniblement l'air, qui lui faisait défaut. D'autres fois il passait la nuit assis dans son lit ; ces accès se répétaient plusieurs fois par mois, et dans l'intervalle l'état général paraissait bon. En auscultant le malade, je reconnus sans peine tous les symptômes de l'emphysème pulmonaire. Il était de plus arthritique; deux fois les genoux avaient été gonflés, et guéris par l'application de vésicatoires.

De temps à autre, les urines laissaient déposer du sable rouge, sans qu'il y ait jamais eu de douleurs notables dans les régions rénales. Le cœur était normal.

Le malade réunissait par conséquent tous les points de ressemblance avec ceux de M. le docteur Joal ; il était arthritique, il avait des accès d'asthme caractéristiques, la respiration habituellement courte, tous les signes de l'emphysème pulmonaire, une expectoration abondante de mucosités filantes ; enfin, chez lui, les polypes muqueux des fosses nasales avaient précédé l'apparition de l'asthme. Cette observation vient donc à l'appui de la théorie de M. Joal qui voit, dans les sujets atteints de polypes du nez, des malades enclins à devenir asthmatiques.

Seulement, dans le cas que je viens de rapporter, l'ablation des polypes n'a pas amené la guérison de l'asthme. J'ai revu le malade deux ans après l'opération ; les polypes n'avaient pas reparu, mais il était encore asthmatique. Il est certain que, si l'asthme avait été causé uniquement par les polypes, il eût dû cesser après la suppression de la cause qui l'avait produit. Cependant je pense que les polypes entrent pour une certaine part dans le développement de l'asthme, et, à l'appui de cette idée, je ferai l'hypothèse suivante, qui paraît rationnelle. Les polypes, en constituant un obstacle à l'expiration, empêchent les vésicules pulmonaires de se vider complètement et développent, à la longue, la dilatation de ces vésicules. De la sorte, malgré l'ablation des polypes, la dilatation reste un fait acquis, et l'asthme subsiste. Il persisterait surtout quand le malade aurait conservé ses polypes pendant longtemps, et il pourrait guérir dans les cas où l'extraction aurait été faite peu après l'apparition de ces polypes, alors que l'élasticité des vésicules pulmonaires n'aurait pas encore été détruite par une dilatation prolongée.

Cette théorie pourrait être acceptée si tous les malades atteints de polypes des fosses nasales devenaient fatalement asthmatiques, mais il n'en est rien; et, si elle peut avoir quelque chose de vrai, ce n'est que pour expliquer comment les polypes peuvent devenir une cause adjuvante sérieuse dans la production de l'asthme chez des sujets prédisposés à cette affection.

MÉTHODE SOUS-CUTANÉE ET MÉTHODE DE L'OCCLUSION

Par M. le docteur Jules Guérin,
Membre de l'Académie de médecine.

Dans un article sur la *chirurgie antiseptique*, inséré dans le dernier numéro de la *Gazette des hôpitaux*, et rédigé d'après une leçon de M. le professeur Le Fort à l'Hôtel-Dieu, se trouvent les lignes suivantes :

« M. J. Guérin, ayant imaginé, en 1842, la section sous-cutanée des tendons, vit les plaies sous-cutanées ainsi abritées du contact de l'air guérir sans aucune suppuration. De là vint l'idée des pansements par occlusion de Laugier, de Chassaignac, le premier en appliquant plusieurs couches successives de baudruche gommée, le second, en 1844, au moyen de bandelettes de diachylon. »

Voici, sur ces différents procédés, la vérité historique :

1° Dans un premier mémoire, lu devant l'Académie des sciences le 8 juillet 1839, sur la méthode sous-cutanée en général, j'ai établi que toutes les plaies, tendineuses, musculaires et autres, pratiquées sous la peau et maintenues à l'abri du contact de l'air, ne s'enflamment ni ne suppurent. Telle est l'origine de la méthode sous-cutanée.

2° Dans ce même mémoire de 1839, j'ai indiqué, comme conséquence et déduction de la méthode sous-cutanée, l'idée et les principes du traitement des plaies *ouvertes* ou *exposées* par l'occlusion. Des expériences, pratiquées publiquement à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Maisonneuve, avec de la baudruche et autres moyens occlusifs, ont été relatées, dès le mois de janvier 1842, dans le *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, page 26. Or ce n'est que le 28 octobre 1844, c'est-à-dire près de trois ans plus tard, que Laugier *annonçait* à l'Académie des sciences qu'il *venait de mettre en usage* le pansement occlusif des plaies suppurantes en les recouvrant de baudruche gommée.

3° Mais, pour m'assurer et me conserver la priorité de la méthode du pansement des plaies par l'occlusion, j'avais déposé à l'Académie des sciences, à la date du 31 août 1840, un pli cacheté que j'ai fait ouvrir dans la séance qui a suivi la communication de Laugier. Or on trouvera, dans ma lettre adressée au président de l'Académie, le rappel des idées et des procédés pratiques qui m'avaient servi à réaliser, trois ans avant Laugier, la méthode de l'occlusion.

4° Quant à Chassaignac, il n'a fait que substituer, en 1844, les bandelettes de diachylon gommé à la baudruche, bandelettes que j'appliquais depuis longtemps comme moyen d'occlusion.

5° Mais ni la baudruche, ni les bandelettes, ni aucun moyen du même genre, n'avaient pu répondre exactement au but de la méthode. Ce but, je l'ai défini en disant et montrant que l'occlusion devait non-seulement maintenir les plaies à l'abri du contact de l'air, mais les soustraire au contact des liquides altérés et accumulés dans l'appareil occlusif. Cette indication capitale, ce complément de la méthode, je l'ai réalisé, par l'invention de l'*occlusion pneumatique* ou *aspiratrice*.

Telles sont les idées, tels sont les moyens qui m'ont conduit à établir, longtemps avant Laugier et Chassaignac, la méthode sous-cutanée d'abord avec toutes ses applications, puis la méthode de l'occluseur qui en est la conséquence et le complément.

On trouvera, dans la *Gazette médicale* de 1839, 1840, page 230 ; de 1843, p. 182-183 ; de 1844, p. 172, 330, 331, 332, 710, 730, et dans mes différents mémoires, lus devant les Académies des sciences et de médecine, tous les documents confirmatifs des cinq publications qui précèdent.

A plusieurs reprises déjà, j'ai été obligé de rétablir la véritable généalogie des méthodes dont il s'agit : une dernière fois devant l'Académie de médecine, Chassaignac présent, lors de la discussion sur le traitement des plaies, en 1878. Si j'ai cru devoir y revenir aujourd'hui, c'est à cause de l'autorité dont émanent les erreurs commises dans l'article de la *Gazette des hôpitaux*. On ne lit plus aujourd'hui les ouvrages originaux : les manuels et les journaux les ont remplacés ; et, puisqu'on ne fait plus l'histoire de la science que d'après ces documents, il est indispensable de les rectifier au passage pour ne pas voir se perpétuer des traditions erronées.

REVUE DE LA PRESSE

Traitement du catarrhe du canal cervical de l'utérus. — Le catarrhe du canal cervical, non-seulement constitue une affection chronique pénible et désagréable aux malades, mais il est encore fort souvent une cause absolue de stérilité. La production incessante d'un mucus tenace, filant, s'allongeant en longues mèches et difficile à détacher, forme une sorte de bouchon qui tient l'utérus dans un état d'occlusion permanent, d'où la stérilité.

En dehors des moyens chirurgicaux applicables à cette affection, M. le docteur Chéron a obtenu les meilleurs résultats du traitement suivant. Après avoir nettoyé convenablement la cavité du col de l'utérus au moyen d'une injection pratiquée à l'aide de la seringue de Brown, il place dans le canal cervical un crayon de mie de pain, de 2 à 3 millimètres de diamètre, qu'il plonge, au moment de l'appliquer, cinq ou six fois dans de la teinture d'iode au titre suivant :

Teinture d'iode.	30	grammes.
Iode métallique.	4	—

Le crayon est maintenu en place à l'aide d'un tampon de coton en rapport avec l'extérieur par un fil ciré afin que la malade puisse l'enlever deux ou trois heures plus tard.

Un très-petit nombre de pansements pratiqués de la sorte suffisent à modifier profondément et souvent même à tarir cette affection si rebelle. (*Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes.*)

Rougeole compliquée de diabète sucré. — Si, des fièvres éruptives, la rougeole est celle dont le pronostic semble devoir le moins éveiller les appréhensions ; si, dans l'immense majorité des cas, les évènements paraissent donner raison à cette manière de voir, cependant, de bénigne qu'elle était, la rougeole, dans certains cas, peut changer subitement de caractère, et cela sans cause apparente, devenir maligne et se terminer fatalement.

Dans d'autres cas, la rougeole peut aussi hâter l'évolution d'une maladie encore à sa période d'incubation, d'une diathèse latente ; la pyrexie viendrait alors, pour ainsi dire, donner une impulsion au processus morbide. Ce serait en un mot, selon l'expression de M. le docteur Umé, l'auteur de l'observation que nous résumons ici, comme la diastase dans le phénomène de la germination.

Il s'agit d'une famille dont les enfants furent tous et presque en même temps atteints d'une rougeole, contractée, selon toutes probabilités, et pour deux d'entre eux, dans un établissement d'instruction où l'on avait constaté quelques cas de cette fièvre éruptive. Chez tous, un seul excepté, la maladie avait suivi un cours normal, chez tous également la convalescence s'était établie franchement, et en moins de trois semaines il ne restait plus guère que le souvenir de la petite épidémie. Mais, chez l'aîné de ces enfants, petite fille âgée de quatorze ans et la dernière atteinte, l'éruption avait été plus lente à se produire ; de plus, elle avait été accompagnée de deux symptômes très-prononcés, une soif intense, une faim vorace, qui avaient immédiatement appelé l'attention de M. Umé et lui avaient fait songer à quelque accident diabétique. L'analyse des urines confirma bientôt le diagnostic.

Or, la glycosurie de l'enfance étant presque toujours mortelle par les complications qui l'accompagnent, le danger était sérieux, l'issue à peu près certaine.

En effet, malgré le régime et le traitement qui furent institués d'après les préceptes indiqués par M. le professeur Bouchardat, l'enfant était emportée dans l'espace de trente heures par des accidents cérébraux intenses rappelant ceux de l'hydrocéphalie aiguë.

S'il nous était permis, dit l'auteur de ce travail en terminant, de tirer de ce fait des conclusions, nous dirions qu'il faut :

1° Contrairement à un préjugé encore trop souvent partagé, prendre toutes les précautions suggérées par les lois de l'hygiène, pour empêcher les contaminations dans les cas de fièvres éruptives, sous quelque apparence de bénignité qu'elles puissent se manifester.

2° Ne jamais négliger l'examen des urines, quand la marche d'une maladie paraît insolite ou irrégulière.

3° Considérer le diabète sucré chez l'enfant comme une affection des plus graves et laissant peu d'espoir de guérison. (*Archives méd. belges.*)

Du toucher rectal dans la coxalgie. — Nous extrayons d'un savant mémoire de M. le docteur Cazin (de Berck-sur-Mer) sur cette question les conclusions suivantes :

1° Le toucher rectal, même dans les coxalgies sèches ou tout au moins sans abcès par congestion, a la plus grande valeur au point de vue des indications thérapeutiques.

2° S'il est actuellement de règle presque absolue de réserver le redressement forcé pour les cas où il n'y a pas de suppuration, il est aussi des circonstances où cette dernière ne se produit que dans le bassin. Il s'ensuit que toute tentative de redressement devra, par prudence, être précédée du toucher rectal et de l'exploration minutieuse de la portion du bassin qui correspond au fond du cotyle.

3° En résumé, le toucher rectal, réservé jusqu'ici à la constatation des abcès pelviens volumineux, devrait être pratiqué, non plus d'une façon exceptionnelle, mais toutes les fois qu'on a à examiner une coxalgie.

4° Conjointement avec les autres méthodes, mais avec un degré de précision plus élevé, il permet de faire le diagnostic anatomique des altérations même peu prononcées de l'acétabulum et du bassin.

5° Il doit toujours être pratiqué avant la résection et le redressement forcé.

6° Alors qu'il existe des doutes sur l'existence d'une coxopathie, il peut dissiper ces doutes en faisant découvrir des lésions primitives de la surface quadrilatère post-cotyloïdienne. (*Revue de chirurgie.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 31 mai 1882. — Présidence de M. Léon Labbé.

COMMUNICATIONS

Dystocie par cloisonnement transversal de l'utérus. — M. GUÉNIOT a communiqué, dans la dernière séance, l'observation d'une femme de trente-neuf ans, qui avait eu, il y a dix-neuf ans, un accouchement normal et qui était devenue enceinte pour la seconde fois. Au terme de cette seconde grossesse, elle fut prise de douleurs expulsives et d'hémorrhagies. Elle entra à l'hôpital Saint-Louis le 9 avril, sur le point d'accoucher. Les internes la chloroformisèrent et firent une première exploration qui resta sans résultat. MM. Berger et Champetier, dans une seconde exploration, trouvèrent un col volumineux dont l'orifice était largement ouvert, mais qui était complètement fermé dans le fond. M. Guéniot, appelé dans la nuit du 11 au 12 avril, trouva la malade dans un état très-grave. Il constata, sous l'influence du chloroforme, un col volumineux, très-ouvert, la cavité utérine fermée, et partout ailleurs rien autre que du sang fétide. En portant le doigt en haut, il trouva un canal très-étroit à travers lequel cependant il put arriver jusque dans la cavité utérine. Avec les ciseaux de Dubois, il incisa la cloison qui séparait la cavité utérine de ce canal : il put alors introduire deux doigts et sentit un placenta qui recouvrait toute la partie inférieure de l'utérus ; il le déchira et atteignit une main. Fatigué, il se retira, en conseillant à M. Champetier de faire la version. Celle-ci fut impossible, et la malade succomba quelques heures après.

On constata, à l'autopsie, la présence dans l'utérus d'un fœtus putréfié. La cloison transversale de l'utérus était formée par un tissu musculo-membraneux de 3 centimètres d'épaisseur.

M. Guéniot n'a jamais vu de cas de ce genre et ne saurait dire d'où peut provenir cette cloison. Il ajoute seulement que ces cloisonnements de l'utérus prédisposent, non-seulement aux présentations du tronc, comme l'a dit M. Polaillon, mais aussi aux insertions vicieuses du placenta. C'est, en effet, ce qui avait lieu dans ce cas. Quelle conduite suivre en pareil cas ? Inciser la cloison, et, quand la voie est suffisamment ouverte, extraire l'enfant par les voies naturelles.

M. POLAILLON ne connaît pas de fait analogue, mais croit en avoir trouvé l'explication. Il s'agirait, selon lui, d'un cloisonnement vertical complet, c'est-à-dire allant jusqu'à l'orifice du col et qui, par le fait même de la présence du fœtus se développant dans une seule loge, serait devenu horizontal, cette cloison venant s'accoler contre la paroi de la loge vide et étant ainsi devenue inférieure. Cette question pourrait d'ailleurs être jugée par l'examen des insertions des trompes, la trompe de la loge vide devant ainsi se trouver sur un plan inférieur par rapport à la trompe de l'autre loge. M. Polaillon rappelle avoir démontré la relation qui existe entre les malformations utérines et les insertions vicieuses du placenta. Ce fait confirme cette opinion. Il y avait de plus une présentation du tronc.

M. GUÉNIOT est tout disposé à se rattacher à l'explication proposée par M. Polaillon. Toutefois il résulte d'un renseignement fourni par M. Buquet, l'interne qui a fait l'autopsie, que les trompes étaient toutes deux au même niveau. Il faut aussi se rappeler que cette femme avait eu, dix-neuf ans auparavant, une grossesse normale.

M. MARC SÉE, étant interne d'Huguier, à Beaujon, a été témoin d'un fait analogue à celui de M. Guéniot. Il s'agissait d'une femme qui ne pouvait accoucher et chez laquelle Huguier était disposé à pratiquer l'opération césarienne. Le doigt introduit dans le vagin sentait le col de l'utérus à sa place et trouvait dans le cul-de-sac postérieur une tumeur contenant l'enfant vivant, si bien qu'on avait cru à une grossesse extra-utérine. Cependant Roux, Depaul, Danyau, Robert, successivement consultés, mettaient en doute l'existence de la grossesse extra-utérine. On attendit, et l'accouchement se fit normalement. Dans certains cas, au lieu de la paroi antérieure, c'est la paroi postérieure de l'utérus qui se développe dans la grossesse, et il se produit alors à la partie postérieure et inférieure une sorte d'éperon qui peut simuler la cloison que M. Guéniot a trouvée chez sa malade. A défaut de l'explication proposée par M. Polaillon, celle-ci pourrait être admise.

M. LE FORT trouve vraisemblable l'explication de M. Polaillon. Quand survient une grossesse dans un utérus double, pendant qu'un côté se développe, l'autre se développe aussi, de telle sorte que la cloison est, non pas abaissée, mais refoulée, aplatie contre l'autre paroi. Les deux trompes peuvent donc ainsi se trouver au même niveau. M. Le Fort rappelle avoir démontré dans sa thèse que bien des grossesses survenues dans des utérus doubles se terminent par des accouchements normaux.

M. POLAILLON fait observer que, dans le cas rappelé par M. Sée, il s'agissait d'un utérus saxiforme et non d'un cloisonnement. Il croit, comme M. Le Fort, que dans beaucoup de cas d'utérus double l'accouchement peut être normal ; toutefois il faut reconnaître que cela constitue une prédisposition aux insertions vicieuses du placenta.

Élongation du nerf dentaire inférieur. — M. MARC SÉE communique l'observation d'une femme de quarante-sept ans, affaiblie par d'atroces douleurs névralgiques datant de six ans, douleurs ayant pour siège la moitié gauche du maxillaire inférieur et contre lesquelles avaient échoué toutes les médications. C'est pourquoi il se décida à pratiquer, chez cette malade, l'élongation du nerf dentaire inférieur. Il fit l'incision des parties molles le long du bord inférieur de la branche horizontale du maxillaire inférieur, détacha les insertions du ptérygoïdien interne et, longeant avec le doigt la face interne de la branche horizontale, alla

chercher le nerf dentaire inférieur au niveau de l'épine de Spix et l'élongea. Il sutura toute la partie antérieure de la plaie et mit un drain à la partie postérieure. Les suites de l'opération furent assez simples ; il y eut cependant une inflammation phlegmoneuse qui nécessita une incision. La malade fut complètement débarrassée de ses douleurs, qui duraient depuis six années. Une anesthésie du même côté de la langue semble faire croire que le nerf lingual a été élongé en même temps que le nerf dentaire inférieur.

M. POLAILLON rappelle avoir communiqué à la fin de l'année dernière l'observation d'un malade chez lequel il avait élongé le nerf dentaire inférieur après avoir pratiqué la trépanation de la branche montante du maxillaire inférieur. Il avait fait cette communication trois mois après l'opération et avait pu déclarer que le malade était complètement guéri. Or, quelques jours après, il apprenait que les douleurs étaient revenues chez ce malade aussi cruellement que par le passé. L'élongation, dans ce cas, avait donc complètement échoué. Toutefois il a des intermittences de bien-être qu'il n'avait pas autrefois.

Dans un autre cas de névralgie intolérable du nerf dentaire inférieur, M. Polaillon a procédé de la façon suivante : il a fait la trépanation de la branche montante du maxillaire inférieur, a pratiqué d'abord l'élongation du nerf dentaire inférieur, puis la section à la partie supérieure et l'arrachement du bout inférieur. Jusqu'ici cette opération semble avoir donné de bons résultats. Les douleurs névralgiques ont persisté pendant un certain temps, puis ont disparu.

Dans les cas de ce genre, M. Polaillon pense donc qu'il ne faut pas s'en tenir à l'élongation et qu'il faut pratiquer la section du nerf et l'arrachement du bout inférieur. Il préfère le procédé de la trépanation de l'os à celui qu'a employé M. Marc Sée.

M. GILLETTE préfère le procédé employé par M. Sée, parce qu'il n'attaque pas l'os et qu'on a dans l'épine de Spix un excellent point de repère. Il regrette que M. Sée n'ait pas mesuré exactement la force avec laquelle il a tiré sur le nerf. Il ne croit pas qu'il ait arraché l'artère dentaire inférieure, car il aurait eu certainement, dans ce cas, une hémorrhagie.

M. POLAILLON fait observer que la trépanation de la branche montante du maxillaire inférieur est une opération sans gravité aucune.

M. MARC SÉE croit que, surtout chez une femme, le procédé auquel il a eu recours est préférable en ce sens qu'il ne laisse pas de traces apparentes. Il croit, en outre, que la trépanation de l'os n'est pas une opération indifférente.

Pansements. — **M. DESPRÈS** présente un jeune homme qui a reçu, il y a quinze jours, une balle qui lui a traversé la paume de la main ; il a fait à ce malade un simple pansement de Chassaignac, au diachylon, et a immobilisé le membre. Il a laissé ce pansement en place et le retire devant les membres de la Société. On peut constater qu'il y a eu réunion par seconde intention et que le blessé est presque complètement guéri.

Pseudarthrose. — **M. LE FORT** présente un jeune homme qui a eu, il y a vingt ans, une fracture à chaque cuisse. Du côté droit, il existe à la partie moyenne, au niveau de la fracture, une pseudarthrose complète qui permet un mouvement de rotation tel que le malade peut porter son talon sur son front. Cette pseudarthrose n'empêche nullement la marche, et cet individu marche très-bien sans aucun appareil.

Histoire d'une balle. — **M. CHARLES FAUVEL** communique l'observation d'un soldat ayant reçu une balle dans la tête, au-dessous de l'œil gauche, et retrouvée plus de dix ans après dans le larynx. Il s'agit d'un homme de trente-huit ans qui, le 5 janvier 1881, consulta M. Fauvel pour une affection de la gorge ; il se plaint de dysphagie, de dyspnée, et a beaucoup maigri ; il perd sa voix de jour en jour et présente tous les symptômes d'une phthisie laryngée. En 1870, pendant la guerre, ce malade avait reçu une balle au-dessous de l'œil gauche. On ne pouvait savoir si elle était restée ou si elle était ressortie pendant une des hémorrhagies consécutives à la blessure. Dans les années suivantes il sortit des débris d'os par la bouche. A l'examen laryngoscopique, M. Fauvel constata, du côté gauche, une tumeur noirâtre, mamelonnée, irrégulière. Cette tumeur a la plus grande analogie avec le cancer mélanique. Cependant M. Fauvel rejette ce diagnostic pour admettre celui de phthisie laryngée. Plus tard il crut qu'il s'agissait d'une tumeur ostéomateuse, et fit plusieurs tentatives d'extraction. Une nuit, le malade est pris de nausées, de vomissements, et crache une balle recouverte d'une mince pellicule blanchâtre et, sur divers points, entourée de lambeaux de muqueuse.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — Les professeurs de la Faculté, dans l'assemblée du 25 mai, ont pris les délibérations suivantes :

A. Les limites des consignations pour les examens probatoires du quatrième trimestre de l'année scolaire 1881-1882 sont fixées comme suit :

1° Pour le troisième examen de doctorat jusqu'au 15 juin inclusivement; 2° pour le quatrième examen de doctorat (ancien et nouveau mode) jusqu'au jeudi 29 mai inclusivement; 3° pour le cinquième examen de doctorat (ancien et nouveau mode également) jusqu'au jeudi 6 juillet inclusivement; 4° pour le troisième examen d'officiat et les sages-femmes, jusqu'au jeudi 6 juillet inclusivement; 5° pour les thèses jusqu'au jeudi 20 juillet inclusivement.

B. Les élèves ajournés, après le 15 juin, à un examen, quelle qu'en soit la nature, ne pourront plus se présenter avant les vacances.

C. Passé le 20 juillet prochain, MM. les professeurs n'accepteront plus de présidence de thèses et ne signeront plus de manuscrits.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — Par arrêté ministériel en date du 22 mai 1882, un enseignement spécial à l'usage exclusif d'élèves sages-femmes externes est institué à titre gratuit, à ladite Faculté, à partir du 1er novembre 1882. Les matières de cet enseignement seront traitées en deux années.

Les élèves sages-femmes qui voudront suivre cet enseignement devront s'inscrire au secrétariat de la Faculté et produire en même temps : 1° leur acte de naissance ; 2° un certificat dûment légalisé de bonne vie et mœurs ; 3° un certificat de vaccine ; 4° un certificat d'aptitude à l'examen préparatoire prescrit par l'arrêté du 1er août 1879 ; 5° l'adresse d'un domicile réel, et celle d'un correspondant. Les inscriptions seront reçues au commencement de l'année scolaire jusqu'au 30 novembre, terme de rigueur, et la liste en sera transmise à M. le Recteur de l'Académie. Après le 30 novembre, aucune inscription ne sera autorisée.

Pendant leur scolarité, les élèves sages-femmes devront faire preuve d'une assiduité constante et d'une conduite irréprochable, et seront soumises comme les internes et les élèves en médecine, et dans les mêmes conditions, à toutes les règles de police et d'ordre intérieur établies dans l'hôpital. Sur le rapport du professeur, l'exclusion pourra être prononcée par M. le Doyen de la Faculté contre toute élève qui aura manqué à ces obligations ; toutefois il devra en être référé à M. le Recteur de l'Académie.

L'enseignement donné par la Faculté aux élèves sages-femmes comprendra : 1° un cours théorique d'accouchements, qui sera toujours précédé d'un exposé élémentaire des notions les plus importantes de l'anatomie et de la physiologie ; 2° des exercices pratiques. Le cours théorique sera fait par le professeur ou l'agrégé d'accouchement dans l'amphithéâtre de la clinique obstétricale, et devra être suivi par les élèves de première et de deuxième année. Les exercices pratiques seront dirigés par la sage-femme en chef de la clinique. Les élèves de deuxième année seules pourront prendre part à ces exercices.

Les élèves sages-femmes seront tenues de faire chaque année

un stage hospitalier de dix mois, pendant lesquels chaque élève devra faire au moins une fois par semaine un service de jour et un service de nuit. Ces services de jour et de nuit seront établis en dehors des heures réglementaires (soit de sept heures à onze heures du matin) pendant lesquelles la clinique est ouverte aux étudiants en médecine. En conséquence, le service de jour commencera à onze heures du matin et finira à sept heures du soir. Le service de nuit commencera à sept heures du soir et finira à sept heures du matin. Le choix de ces heures offre cet avantage, que les élèves sages-femmes pourront se dispenser de prendre des repas à la clinique pendant la durée de leur service.

Les élèves sages-femmes de première année seront exclusivement chargées de faire les pansements et de donner des soins généraux aux femmes en couches et aux enfants nouveau-nés. Seules, les élèves sages-femmes de deuxième année, de garde pendant la nuit, pratiqueront les accouchements naturels qui se présenteront, sous la direction de l'une des maîtresses sages-femmes. Pendant le jour les accouchements naturels resteront le lot exclusif des étudiants en médecine. Les élèves sages-femmes de garde ne pourront s'absenter de l'hôpital, pendant toute la durée de leur service, sans l'autorisation de la sage-femme en chef. L'assiduité des élèves sera constatée par un registre d'appel régulièrement tenu au cours théorique, et par des feuilles de présence signées par les élèves à l'entrée et à la sortie de chacun des services de jour et de nuit. Un certificat, délivré à la fin de l'année scolaire par la sage-femme en chef à chaque élève, devra contenir, en outre, le témoignage d'une conduite irréprochable, et être visé par le professeur. Aucune élève ne pourra suivre l'enseignement de la deuxième année si elle ne satisfait pas aux obligations d'assiduité et de conduite, et si elle ne fait pas preuve de connaissances suffisantes, devant un jury composé: 1° du professeur de clinique obstétricale; 2° de l'agrégé d'accouchements; 3° de la sage-femme en chef. A la fin de la deuxième année scolaire, les élèves qui auront suivi les exercices de la Faculté pourront se présenter aux examens de la première ou de la deuxième classe à leur gré. Les élèves refusées à leurs examens pourront être autorisées, à titre exceptionnel, à suivre les exercices de la deuxième année, pour se préparer à subir une nouvelle épreuve dans les délais voulus par les règlements. Les élèves qui n'auront été reçues que pour la deuxième classe pourront être autorisées à suivre, pendant une nouvelle année, les exercices de deuxième année, afin d'arriver à la première classe. Les sages-femmes de deuxième classe reçues en dehors de l'enseignement donné par la Faculté, et qui voudraient obtenir le diplôme de première classe, pourront également être autorisées à suivre les exercices de la deuxième année, à la condition de se soumettre aux obligations du présent règlement.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. le docteur Étienne, prosecteur, est nommé chef des travaux anatomiques, en remplacement de M. Chrétien, nommé professeur.

— La Société des sauveteurs de la Seine vient d'accorder des médailles d'argent à MM. les docteurs Vilpelle et Guignard, et des médailles de bronze à MM. les docteurs Boillet et Darnay.

— La Société de médecine pratique décernera, au mois de janvier 1883, un prix de 300 francs à l'auteur du meilleur travail manuscrit et inédit qui lui aura été communiqué.

La période du concours sera close au 5 octobre prochain. Les candidats sont invités à envoyer, avant cette époque, leur manuscrit avec le pli cacheté contenant leur nom et le titre de leur travail.

— M. Baillon, professeur à la Faculté de médecine de Paris, fera sa prochaine herborisation dans la forêt de Montmorency, le dimanche 4 juin 1882. Départ à la gare du Nord au train de huit heures vingt-cinq minutes du matin pour la station de Domont.

— M. Bureau, professeur au Muséum, fera sa prochaine herborisation au Raincy, le dimanche 4 juin 1882. Le rendez-vous est au Raincy, à l'arrivée du train partant de Paris (gare de l'Est) à onze heures trente minutes du matin.

— M. Chatin, professeur à l'École supérieure de pharmacie, fera sa prochaine herborisation publique, le dimanche 4 juin 1882, dans la forêt de Montmorency. Le rendez-vous est à la gare du Nord, à sept heures et demie du matin, pour prendre le train partant à sept heures cinquante-cinq minutes pour la station de Montmorency. De plus, une grande herborisation publique aura lieu à Dijon les 12, 13 et 14 juin prochains. Le départ de Paris s'effectuera le dimanche 11 à une heure qui sera ultérieurement indiquée. Les personnes qui voudraient en faire partie devront s'inscrire soit au secrétariat de l'École supérieure de pharmacie, soit à l'herborisation de Montmorency auprès du professeur.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Étude sur la sclérose du myocarde (myocardite scléreuse hypertrophique primitive): De son importance dans la pathogénie des accidents asystoliques (myocardite scléreuse secondaire), par le docteur Juhel-Rénoy, ancien interne des hôpitaux de Paris et de l'hôpital des Enfants-Malades, lauréat des hôpitaux (concours des internes, 1re mention). In-8° de 116 pages, avec 2 planches en chromolithographie. — Prix : 4 fr. Paris, O. Doin.

De l'exposition d'électricicité au point de vue médical et thérapeutique, par le docteur G. Bardet. In-8°, avec 41 figures dans le texte. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 12946.

N° 65. — MARDI 6 JUIN 1882. 55e ANNÉE. MARDI 6 JUIN 1882. — N° 65.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

L'aphasie et les aphasiques (1).

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE. CLINIQUE. ÉTAT MENTAL.
MÉDECINE LÉGALE.

VIII

Si les lésions, au lieu d'être circonscrites, sont étendues, multiples, on peut observer un affaiblissement très-prononcé, et même une abolition complète de la mémoire. Mais alors ce trouble tient moins, je l'ai dit, à l'altération productrice de l'aphasie qu'à celle des circonvolutions cérébrales qui avoisinent la troisième frontale et jouent, comme on le sait, un rôle si important dans l'accomplissement des fonctions intellectuelles.

C'est à ces mêmes lésions qu'il faut rapporter l'incohérence, les hallucinations, le délire, qui se rencontrent parfois chez les aphasiques et rapprochent ces malades des aliénés. L'*incohérence* des idées ne marche pas toujours de pair, on le sait, avec celle des mots. Certains aphasiques, ceux qui rentrent par exemple dans la catégorie des aphasiques ataxiques, bien qu'ils soient incapables de coordonner les syllabes pour former les mots, ou les mots pour construire des phrases, ont cependant conservé en grande partie la faculté d'assembler les idées, au moins les idées simples, en vue d'un raisonnement tout mental. On le voit bien, quoique ces malades s'expriment mal, d'après ce qu'ils écrivent, — s'ils ont conservé l'écriture, — ou enfin d'après leur mimique, d'après la façon dont ils se déterminent et se conduisent. Mais il est d'autres malades plus sérieusement atteints, chez lesquels le langage intérieur n'est pas moins incohérent que le langage extérieur. Il est aussi difficile à ceux-là de combiner les idées que d'en assembler les signes représentatifs : la faculté du langage est lésée, mais l'intelligence ne l'est pas moins.

C'est chez ces aphasiques qu'on observe des *hallucinations*. Les plus communes sont celles de l'ouïe et de la vue. Ces malades entendent des voix qui les menacent ou leur ordonnent de se suicider, de se jeter à l'eau, de commettre des crimes ; ils voient des ennemis imaginaires, des fantômes qui se dressent devant eux. D'autres trouvent aux aliments qu'on leur sert un goût particulier ; ils s'imaginent qu'on cherche à les empoisonner et refusent de se nourrir. M. Sazie (1) cite un aphasique chez lequel il existait une anesthésie très-prononcée des membres et qui croyait avoir été amputé des deux jambes. On conçoit que ces hallucinés deviennent soupçonneux et méfiants, cherchent à s'entourer de mille précautions illusoires pour éviter les périls imaginaires dont ils se croient menacés.

A côté du *délire* hallucinatoire, il faut signaler quelques autres formes assez rares : tantôt il s'agit de délires intellectuels, délire des persécutions, délire mélancolique et hypochondriaque, tantôt de délires impulsifs qui se traduisent par la propension au vol, à l'ivrognerie, au suicide, à l'homicide. Je n'insiste pas sur ces différentes variétés de troubles intellectuels qui ne présentent point ici de caractères spéciaux.

Vous le voyez : les désordres qu'on peut observer chez les aphasiques (je dis chez les aphasiques, je ne dis pas dans l'aphasie), du côté de l'intelligence, sont multiples et variés.

Ces troubles élémentaires se combinent de différentes façons ; ils sont suivant les cas plus ou moins prononcés et plus ou moins nombreux, si bien qu'on peut, en s'en référant aux modifications mentales, diviser les aphasiques en plusieurs groupes. J'admets à ce point de vue trois catégories d'aphasiques suivant que l'intelligence est intacte ou légèrement atteinte, manifestement altérée ou totalement abolie. Les caractères distinctifs des malades de chacune de ces variétés ont été très-bien exposés par un de mes élèves, M. de Finance (2), dans sa très-remarquable thèse sur l'état mental des aphasiques.

Les aphasiques du *premier groupe*, après une obnubilation passagère produite par l'ictus apoplectique, paraissent avoir recouvré la plénitude de leur intelligence, en dépit des difficultés qu'ils éprouvent à s'exprimer. Leur mimique est animée et expressive. Le langage écrit, quelquefois conservé, peut ne pas être incohérent en apparence. Ces malades, si l'état de la motilité des membres le leur permet, vont et

(1) Suite. — Voir le numéro du 16 mai 1882.

(1) Ch. Sazie. — *Troubles intellectuels dans l'aphasie.* — Th. Paris, 1879.

(2) De Finance. — *État mental des aphasiques. Considérations médico-légales.* — Th. Paris, 1878.

viennent, s'occupent, paraissent s'entendre encore à diriger d'une façon convenable celles de leurs affaires à la gestion desquelles la parole n'est pas indispensable. Comme le facteur de la halle, dont Trousseau a rapporté l'histoire, ce sont en somme des individus à qui en apparence il ne manque qu'une de leurs facultés : celle de s'exprimer. Il existe cependant chez ceux-là même un état d'infériorité intellectuelle non douteux qui passera aisément inaperçu des personnes étrangères au malade et de celles qui ne l'approchent qu'accidentellement. Mais les parents, les amis de l'aphasique, les personnes de son entourage ne se laissent pas tromper par cette vigueur intellectuelle apparente : ils constatent un affaiblissement de la mémoire, une paresse anomale de l'intelligence. Les conceptions sont devenues plus lentes. L'idéation est plus laborieuse, l'attention est rebelle et fugitive. Les efforts cérébraux, plus pénibles, déterminent aisément de la fatigue ; le caractère est inégal. Ces aphasiques s'émeuvent facilement ; ils s'impatientent et s'irritent pour un rien ; ils sont mobiles et indécis.

Chez les malades du *deuxième groupe,* les troubles sont plus marqués. La déchéance intellectuelle est plus profonde, et elle est assez manifeste pour qu'il n'y ait plus place à l'illusion. La mémoire est sérieusement atteinte ; celle des faits et des évènements anciens subsiste encore, bien qu'amoindrie, mais le malade ne garde plus le souvenir des choses récentes ; les perceptions sont moins nettes et moins rapides, les idées sont banales et puériles. L'impressionnabilité est excessive, le caractère d'une mobilité frappante. L'aphasique pleure et rit tour à tour, et cela pour un rien, sans motif plausible ou sérieux ; il devient exigeant et querelle à tout propos ceux qui l'entourent. Les plus légitimes affections ont fait place au plus regrettable égoïsme : le malade ne songe qu'à lui ; parfois surgissent des antipathies soudaines et aussi des sympathies inexplicables. Ce sont ces aphasiques, chez lesquels la raison est affaiblie et les ressorts de la volonté détendus, qui deviennent aisément le jouet des personnes astucieuses assez habiles pour les circonvenir et simuler un faux intérêt à leur santé et à ce qui leur reste de penchants. Ils tombent ainsi sous la domination des exploiteurs qui les guettent ou d'une gouvernante cupide. Incapables de briser le joug qui les opprime, ils le subissent par crainte de l'abandon, ou par l'impuissance de s'en affranchir.

C'est chez ces malades qu'on est exposé à observer de loin en loin les conceptions délirantes et les troubles hallucinatoires dont j'ai parlé plus haut.

Il est une particularité intéressante et qui a été relevée depuis longtemps, c'est que ces aphasiques chez lesquels la déchéance intellectuelle est profonde, le souvenir très-affaibli, l'imagination à peu près nulle, peuvent temporairement recouvrer une partie de leurs facultés sous l'influence d'une vive émotion : s'ils sont profondément et subitement remués par la colère, la joie ou la peur, leur esprit devient momentanément plus lucide, leur mémoire plus nette. Ils retrouvent l'énergie première de leur caractère. Mais cette clarté fugitive disparaît bien vite et le malade retombe dans son apathie habituelle.

Enfin il est des aphasiques, — *troisième groupe*, — chez lesquels les désordres cérébraux, encore plus prononcés, se traduisent par une complète démence. Soit que les facultés se soient effondrées tout à coup sous l'influence du choc apoplectique, soit que les troubles intellectuels soient allés progressivement en s'accentuant, ces malades ne réfléchissent plus, ne s'intéressent plus à rien ni à personne. A peine ont-ils encore la notion de leur identité ! Véritables automates, ils vont errant à l'aventure, l'air hébété, le regard indécis, ou bien ils restent des journées entières affaissés sur un fauteuil. Tout sentiment de pudeur s'est effacé ; ces êtres dégradés mangent et boivent comme des brutes, se souillent inconsciemment d'urine et de matières fécales. C'est le dernier terme de la déchéance.

Il n'est pas toujours facile de déterminer avec précision le degré intellectuel des aphasiques, et, comme ce problème diagnostique est d'une importance de premier ordre, particulièrement au point de vue des questions que je vais aborder, permettez-moi de vous indiquer les différents éléments d'appréciation auxquels vous devrez en demander la solution. J'y ai insisté naguère dans l'un de mes ouvrages (1).

Le médecin appelé à donner son opinion sur l'état mental d'un aphasique, en vue de telle ou telle question médico-légale, devra, avant de procéder à l'examen direct des malades, recueillir les renseignements souvent précieux qui pourront lui être fournis par les personnes de l'entourage. Aucun médecin, en effet, ne connaît aussi bien l'état intellectuel d'un aphasique que ses parents et ses familiers.

On saura d'eux si le malade a conservé la faculté de communiquer avec le monde extérieur et comment se fait cette communication ; s'il continue à gérer ses affaires, et de quelle façon il les gère ; s'il a manifesté depuis l'apparition de son infirmité des antipathies et des sympathies inexplicables ; s'il n'est pas devenu la victime de quelque habile intrigant ; enfin s'il ne s'en remet pas sans contrôle à la direction d'un étranger, qui l'exploite et frustre, par anticipation, une famille dans ses droits les plus imprescriptibles.

Il est inutile d'ajouter que le plus grand tact doit être apporté par le médecin légiste dans l'enquête, pendant laquelle il ne se départira jamais de sa dignité de médecin et de son impartialité d'honnête homme.

L'interrogatoire du malade lui-même n'a pas moins d'importance que celui des gens de son entourage. Mais les données qu'il fournit sont particulièrement délicates et difficiles à démêler. Aussi le médecin devra-t-il y apporter tout le soin et la conscience dont il est capable, et faire appel à toutes ses connaissances scientifiques, en passant scrupuleusement en revue toutes les formes du langage.

Voici à cet égard les règles suivant lesquelles on devra procéder : la parole sera d'abord consultée. Il est évident, en effet, que l'on ne saurait demeurer indécis dans les cas où manquent simplement quelques mots, quelques groupes de mots plutôt. Le malade qui n'a perdu que la mémoire des substantifs, par exemple, saura toujours tourner la difficulté, et, au moyen de périphrases, faire comprendre ce qu'il veut dire. La mimique sera ensuite interrogée. Un malade qui supplée à l'insuffisance de ses paroles par un geste habile et toujours bien adapté à l'idée qu'il veut exprimer, ne saurait en effet être regardé comme un dément.

La nécessité de l'intervention médicale, dans les cas de ce genre, est absolument manifeste. Les magistrats ne sont-ils pas, en effet, portés à se faire une idée complètement fausse sur l'aphasique, sur le sujet qui leur répond « oui »

(1) Legrand du Saulle. — *Étude médico-légale sur l'interdiction des aliénés et sur le conseil judiciaire.* — Paris, 1881. Page 212.

quand ils attendent « non », ou bien « bonjour, Monsieur ! » quand ils lui demandent son âge ?

Un autre point de l'intelligence et de la faculté du langage sera toujours également interrogé avec le plus grand soin : nous voulons parler du calcul, qui présente dans l'espèce une importance très-grande. Combien, en effet, on doit se défier d'un malade qui a perdu le souvenir de la valeur des objets, qui a perdu même la notion de cet élément : « valeur ! ». Combien, au contraire, on peut avoir confiance dans le sujet qui sait très-bien le prix des choses qu'il consomme, la valeur des choses qu'il emploie ! On aura donc toujours soin de faire compter les malades, on verra s'ils peuvent faire comprendre quel est leur âge. On leur présentera une certaine quantité d'argent, en les priant d'en séparer une somme déterminée. A ce point de vue, les deux observations qui suivent sont particulièrement instructives.

Observation I. — *Aphasie ; hémiplégie droite ; conservation de l'intelligence et de la volonté ; possibilité de calculer.* — Mme H... est atteinte d'une hémiplégie incomplète du côté droit. La paralysie ne porte que sur les mouvements ; la sensibilité est partout intacte. Elle articule et prononce très-nettement un certain nombre de mots : *oui, non, à merveille, demain, ma fille*, etc.; mais elle ne peut prononcer de suite qu'un petit nombre de mots, et le plus grand nombre ne peut être trouvé ou prononcé par elle au moment où elle en a besoin pour exprimer ses idées.

Mme H... a la vue faible, elle ne peut pas lire. Elle ne sait écrire de la main gauche que son nom.

Elle comprend les questions qu'on lui adresse sur toute sorte de sujets. Si la question est de nature à être tranchée par *oui* ou *non*, elle a recours à des signes et à des gestes. Elle réussit très-bien à se faire comprendre lorsqu'elle a affaire à un interlocuteur patient et bienveillant.

Voici un exemple emprunté à une conversation tenue entre le médecin et Mme H... :

D. Comment vous portez-vous ?

R. A merveille.

D. Avez-vous bien dormi ?

R. Oui.

D. Étiez-vous déjà venue à Paris ?

R. Oui.

D. Combien de fois y êtes vous venue ?

R. Deux (et elle montre deux doigts).

D. Quel âge avez-vous ?

(Elle cherche à répondre et ne peut en venir à bout ; elle rougit, elle montre plusieurs fois les doigts écartés de sa main. On lui dit : Ne vous troublez pas, nous viendrons à bout de nous entendre).

D. Avez-vous plus de soixante ans?

R. Oui.

D. Avez-vous plus de soixante-dix ans?

R. Oui (et elle montre les doigts de sa main).

D. Vous avez donc soixante-quinze ans ?

R. Non (et elle montre les doigts de sa main).

D. C'est soixante-seize ans que vous avez ?

R. Oui, oui. (Et elle affirme de sa tête, en même temps qu'elle exprime sa satisfaction.)

Le médecin lui fait remettre une poignée d'argent, et lui dit : Donnez-moi 22 fr. 50 c. Elle rassemble quatre pièces de 5 francs, deux pièces de 1 franc et une pièce de 50 centimes, et les remet.

Les épreuves subséquentes ont établi que Mme H... est en possession de sa raison et de sa volonté ; qu'elle jouit de la plénitude de ses sens ; qu'elle peut exprimer son assentiment et son dissentiment par la parole ; qu'elle peut marcher à l'aide d'un appui, qu'elle peut se servir d'un bras pour signer son nom, manger, boire, etc., etc.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Dumontpallier.

Léthargie incomplète avec conservation de l'ouïe et de la mémoire. — De l'indépendance fonctionnelle de chaque hémisphère cérébral.

Une jeune malade de notre service, la nommée Maria C..., nous a offert une observation de léthargie, remarquable par ce double fait que la résolution musculaire était complète ainsi que l'anesthésie et que le sens de l'ouïe était seul conservé en même temps que la mémoire.

Le 16 mai, à huit heures du matin, cette malade paraissait endormie au moment de notre entrée dans notre service d'hôpital. On attribuait son sommeil à la fatigue que lui avait occasionnée l'agitation délirante de l'une de ses voisines de la salle.

A onze heures, Maria C... dormait toujours : le décubitus dorsal n'avait pas varié, la tête et les membres avaient conservé la même position. Il n'était guère vraisemblable que ce sommeil apparent fût naturel. La malade était-elle en état léthargique ? La piqûre en différents endroits du corps ne déterminait aucun mouvement, les membres soulevés retombaient sur le plan du lit. De plus l'état léthargique était démontré par l'existence du réflexe cutano-musculaire déterminé par le frottement léger de la surface de la peau de l'avant-bras ou la pression légère sur le trajet du nerf cubital.

Cet état léthargique étant bien établi, l'action du regard sur les paupières abaissées de la malade a suffi, après quelques secondes, pour déterminer le réveil. La malade était aphone ; elle nous fit comprendre qu'elle voulait écrire. Alors elle nous apprit que, vers le milieu de la nuit, sa voisine, affectée de délire, s'était approchée de son lit, ce qui l'avait effrayée, et aussitôt elle se sentit paralysée de tout le corps. Depuis ce moment il lui fut impossible de faire aucun mouvement, mais elle entendait tout ce qui se faisait dans la salle, et, dans la narration qu'elle a rédigée le jour même, elle marquait qu'elle attendait avec impatience notre arrivée à l'hôpital pour la réveiller. Aussi fut-elle très-émue lorsque, passant près de son lit, elle nous entendit recommander aux élèves de ne pas troubler son sommeil. Elle craignait de rester dans cet état de paralysie ; elle était persuadée qu'on eût pu l'ensevelir dans cet état sans qu'elle eût aucun moyen de faire comprendre qu'elle n'était pas morte. Elle ne pouvait remuer les lèvres ni la langue, elle ne pouvait ouvrir les yeux, ses membres étaient inertes et elle entendait tout ce qui se disait autour d'elle. Il est regrettable que dans cet état nous n'ayons pas compté les mouvements respiratoires et les battements du cœur, et que nous n'ayons pas pris la température du corps.

Quoi qu'il en soit, cette observation par l'insensibilité cutanée, la résolution musculaire et l'impossibilité absolue où se trouvait la malade de faire comprendre qu'elle entendait, qu'elle ne dormait pas, rappelle certaines observations de mort apparente qui ont eu les plus graves conséquences.

Cet état nerveux spécial, déterminé par la frayeur, a présenté les caractères de la léthargie provoquée expérimentalement, mais il en diffère par la conservation de l'ouïe et de la mémoire.

Dans les jours qui ont suivi cette crise de léthargie incomplète, la même malade a présenté plusieurs phénomènes nerveux, qui démontrent l'indépendance fonctionnelle de chaque hémisphère cérébral.

Voici le résumé des expériences qui nous ont conduit à formuler cette proposition de l'indépendance fonctionnelle de chaque hémisphère cérébral.

La malade étant éveillée, nous fixons notre regard sur ses yeux ; bientôt nous remarquons que la malade porte sa tête de droite à gauche, comme si elle cherchait à suivre un objet avec l'œil droit. L'état léthargique étant produit, nous constatons que la léthargie n'existe que pour le membre supérieur droit et le membre inférieur gauche. De même pour l'état cataleptique et l'état somnambulique. L'action de la lumière sur l'œil gauche et la pression sur le côté gauche du vertex restent sans résultat.

La malade est alors réveillée par le regard ou par l'action d'un

rayon de lumière dirigé sur les yeux, et nous recherchons quel est l'état de la sensibilité générale et sensorielle, et nous reconnaissons que la malade ne distingue aucun objet de l'œil gauche et qu'elle ne sent pas la piqûre sur le membre supérieur gauche. La vue, distincte bien qu'affaiblie, est conservée pour l'œil droit et la piqûre est sentie sur le bras droit.

Il ressort de cette expérience que la rétine de l'œil droit seulement transmettait au cerveau l'impression de la lumière, de même que la pression sur le côté droit du vertex était transmise au cerveau. De plus, étant admis l'entre-croisement des fibres nerveuses de la sensibilité générale et spéciale, nous étions conduit à supposer que le cerveau gauche seulement avait conservé son activité fonctionnelle.

Le lendemain, nous fîmes la contre-expérience, c'est-à-dire qu'ayant obtenu, au moyen des plaques métalliques, le transfert de l'anesthésie sensorielle et spéciale, nous pûmes constater que l'action du regard ou d'un rayon lumineux, dirigé sur les yeux pour hypnotiser la malade, déterminait la rotation de la tête de gauche à droite et que les états léthargique, cataleptique et somnambulique des membres supérieur et inférieur ne pouvaient être produits qu'en agissant sur l'œil gauche seulement dont la rétine était sensible et sur la région gauche du vertex qui seule était sensible à la pression.

Dans cette seconde expérience, les résultats obtenus indiquaient donc que le cerveau droit se trouvait dans les conditions où était le cerveau gauche le jour précédent. L'action des plaques métalliques avait transféré d'un côté à l'autre l'activité cérébrale, et l'hypnotisme avait rendu manifeste cette activité cérébrale unilatérale.

De plus, la malade étant réveillée, on pouvait constater que l'œil gauche seul distinguait les objets, de même que la sensibilité à la pression existait seulement du côté gauche du vertex.

Il résultait donc de ces expériences :

1° Que l'anesthésie et l'amyosthénie étaient la conséquence de l'hémiparalysie cérébrale ;

2° Que l'hémiactivité cérébrale pouvait être transférée d'un côté à l'autre par l'application des plaques métalliques d'un seul côté, ce qui démontrait l'action croisée des excitations périphériques.

Dans un troisième ordre d'expériences, nous avons recherché, un côté de la partie supérieure du corps étant anesthétique et la malade étant hypnotisée, si les phénomènes léthargique, cataleptique et somnambulique seraient modifiés par l'application d'un bandeau fixé sur l'œil sensible.

Dans les expériences instituées dans de telles conditions, nous avons reconnu que les états léthargique, cataleptique et somnambulique persistaient mais étaient amoindris, ce qui, du reste, était démontré par les procédés qui permettent de mesurer les réflexes cutano-musculaires dans ces différentes périodes de l'hypnotisme. L'activité cérébrale paraissait donc en rapport avec l'excitation périphérique.

Enfin, dans une dernière série d'expériences, ayant appliqué simultanément les plaques métalliques de chaque côté du front, la sensibilité générale et sensorielle existait des deux côtés de la partie supérieure du corps, mais elle était affaiblie, c'est-à-dire moins accusée que dans les expériences où la sensibilité avait été fixée d'un seul côté du corps.

Dans ces conditions nous avons constaté que les états léthargique, cataleptique et somnambulique pouvaient être déterminés, mais à un degré moins accusé que dans les expériences hémilatérales.

Il est donc permis de supposer que dans cette dernière expérience la somme d'activité du système nerveux étant également répartie dans les deux hémisphères de l'encéphale, cette activité paraissait notablement moindre pour chaque hémisphère que dans les cas où un seul hémisphère était le siège de l'activité nerveuse.

Ces faits et ces remarques concordent du reste avec les faits consignés dans les rapports que nous avons rédigés à une époque antérieure (Société de biologie, 1877 et 1878) sur les phénomènes du transfert.

Les résultats de ces expériences conduisent à tenter de nouvelles recherches. En effet, l'indépendance fonctionnelle de chaque hémisphère cérébral étant établie, et cette indépendance pouvant être rendue manifeste par divers procédés d'expérimentation, nous nous proposons de rechercher :

1° Si différentes fonctions relèvent principalement de l'un ou de l'autre hémisphère cérébral ;

2° Si la suppléance fonctionnelle de chaque hémisphère existe, et dans quelles conditions, dans quelles proportions cette suppléance peut être constatée.

VASTE CHONDROME DE LA PAROTIDE

EXTIRPATION COMPLÈTE PAR LA MÉTHODE ELLIPTIQUE

Par M. le Dr Pirotais (de Fougères).

B..., cantonnier, âgé de trente-six ans, est atteint depuis 1871, à la région parotidienne gauche, d'une tumeur qui est actuellement dure, élastique, par points, ulcérée dans presque toute son étendue.

Souvent saignante, elle mesure 12 centimètres dans son grand axe, 9 dans son petit axe. L'ulcération a commencé à se produire en 1876. Depuis lors, cet homme voit son enchondrome parotidien grossir et diminuer après énucléation de parcelles cartilagineuses. Quatre fois par sphacèle il s'est cru guéri, mais la récidive a été rapide, sans être générale ; les forces se sont épuisées, et tout récemment il est tombé, par faiblesse, deux fois sur la voie publique ; d'ailleurs, non-seulement il se débilite par des pertes sanguines provenant de la tumeur, mais les douleurs deviennent vives.

Il veut être opéré.

Extraire une tumeur de cette étendue, intéressant toute la glande, une partie du pavillon et remontant à 4 centimètres derrière l'oreille, paraît un acte téméraire. Le chirurgien voit en effet devant lui cette glande traversée par le facial, la carotide externe, la maxillaire interne, de grosses branches veineuses et anastomotiques et derrière elle se dressant la jugulaire interne.

Cependant il n'y a pas à hésiter ; il ne faut pas même penser à l'opinion de Dolbeau voulant qu'on enlevât une partie de la tumeur seulement, si on devait couper le facial ou de gros vaisseaux dans la pensée que le reste de la tumeur peut rester stationnaire, ce qui n'est pas admissible.

D'ailleurs cette opération a été assez fréquemment pratiquée de nos jours, et l'était déjà par Smith, Gensoul, Lisfranc et Sédillot (1847).

Nous avons donc, assisté de notre confrère militaire, M. Stouff : 1° décrit une incision elliptique circonscrivant toute la tumeur, à part la partie post-auriculaire ; 2° pratiqué le grattage de toutes les portions ulcérées et fongueuses ; 3° fait une incision cruciale sur toute la tumeur. Isolant par la pointe du bistouri (et non avec le manche, ce qui n'est praticable que dans les opérations en cabinet) chaque lobe, fait assez difficile, en raison de la dureté du néoplasme, en commençant par les inférieurs. Le tout étant attentivement enlevé, nous avons vu disséqués le masséter et le crotaphite ; 4° nous avons saisi les vaisseaux sectionnés par la pince hémostatique ; 5° nous avons soulevé le pavillon de l'oreille en y enlevant les parties malades ; nous avons énucléé les prolongements derrière l'oreille, nous avons lié l'auriculaire postérieure, puis la temporale et une branche de la maxillaire interne atteinte, en vertu de la profondeur de la dissection. Le facial n'a pas été complètement divisé, car il n'y a pas d'akinésie proprement dite.

Malgré la vaste plaie résultant de cette dissection étendue, nous n'avons pas éprouvé de grandes difficultés opératoires, ce qui prouve une fois de plus l'erreur de plusieurs chirurgiens liant l'artère carotide correspondante avant d'extirper la tumeur, temps opératoire inutile et dangereux, à moins de se trouver dans des circonstances analogues à celles où s'est trouvé M. Verneuil. Pansements plats phéniqués (solution faible). Le cinquième jour de l'opération il est survenu un érysipèle. Malgré cette com-

plication, dix-huit jours après l'opération, notre malade va bien, la plaie est presque guérie; il va reprendre ses travaux.

THÉRAPEUTIQUE

Des pilules de coloquinte composées.

Par le docteur V. Bidallet.

Un des plus vieux aphorismes de la médecine est celui qui prescrit de se tenir le ventre libre. C'est Boerhaave qui a formulé cet axiome sous une forme humoristique.

Ce précepte était né des anciennes conceptions humorales. A cette époque, on regardait le tube digestif comme une sorte de réceptacle dans lequel les divers liquides et humeurs de l'organisme entraient en conflit au grand détriment de l'individu.

Les purgatifs, suivant la doctrine d'alors, servaient à l'élimination des humeurs qui se trouvaient en excès et rétablissaient l'équilibre.

Nous avons depuis longtemps déjà abandonné ces théories fantaisistes, mais nous avons conservé la méthode, qui était bonne. Les vieux apozèmes galéniques dans lesquels entraient plus de cinquante ingrédients divers simplement juxtaposés, et qui ne se modifient nullement l'un l'autre, n'occupent plus guère de place dans la pharmacopée moderne. En revanche, nous tenons grand compte des découvertes physiologiques.

Les sympathies ne sont pas un mythe, comme on l'a dit; il existe entre telle région et telle autre une relation constante. On ne peut pas toujours suivre les voies de communication et voir le transfert des phénomènes, mais ce transfert existe. Nous avons affaire à une céphalalgie rebelle, accompagnée de congestion habituelle de la face, immédiatement nous songeons aux dérivatifs intestinaux et nous administrons un purgatif. Ajoutons que quatre fois sur cinq cette médication nous donne un succès complet. Les connexions des vaisseaux de l'intestin grêle et des vaisseaux du cerveau sont pourtant aussi lointaines que possible. La physiologie, qui ne nous a pas montré encore le mécanisme de ces faits, nous explique tout au moins leur raison d'être et leur possibilité.

Il existe entre les différentes parties du système circulatoire une solidarité rigoureuse. Vous interrompez brusquement la circulation dans une artère fémorale; croyez-vous qu'une élévation compensatrice de la pression ne se produira que dans sa congénère? Nullement, vous aurez une augmentation de tension dans tout le système artériel, jusque dans l'aorte et les carotides. En produisant la dérivation intestinale, nous intervenons donc dans le mécanisme de la circulation; nous avons des chances sérieuses que l'appel énergique déterminé par les médicaments sur le tube digestif contre-balance l'hyperhémie cérébrale et par contre-coup fasse disparaître la céphalalgie et ses conséquences. Mais pourquoi des purgatifs répétés et à petites doses? parce que seuls ils peuvent être supportés longtemps; parce que nous nous trouvons en présence d'une sorte d'*habitus* organique dont nous n'aurons raison qu'en appelant un *habitus* contraire; il faut qu'au lieu d'une dilatation, nous ayons une contraction périodique des vaisseaux encéphaliques, de manière que les accidents généraux soient éloignés à jamais.

On obtient difficilement ce résultat avec les purgatifs salins dont les éléments minéraux forment avec ceux du sang des composés analeptiques. Ils produisent une hypersécrétion intestinale temporaire suivie d'une raréfaction des éléments liquides de l'organisme, de telle sorte que, s'ils purgent un jour, ils amènent fatalement la production de phénomènes inverses les jours suivants.

Les drastiques légers, au contraire, qui amènent une irritation superficielle de la muqueuse intestinale, n'ont pas le même inconvénient, et à ce point de vue les pilules suisses (*Pilules de coloquinte composées : Codex n° 609*) nous paraissent remplir les conditions cherchées. Elles ont des effets certains et assez doux pour qu'on puisse les répéter à très-courts intervalles; avec elles enfin on obtient l'effet voulu sans produire aucune réaction violente et par conséquent funeste.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 27 mai 1882. — Présidence de M. Grimaux.

COMMUNICATIONS

Action de la brucine. — M. PRÉVOST (de Genève) fait une communication dans laquelle il résume une thèse faite sur ce sujet par un de ses élèves, M. Wintzenried.

Il résulte des recherches et des expériences de MM. Prévost et Wintzenried que, sur la grenouille verte, le chlorhydrate de brucine, injecté à la dose de 2 à 3 milligrammes, produit des effets paralyso-moteurs analogues à ceux du curare, tandis que, sur la grenouille rousse et sur le crapaud, la même dose produit des effets tétaniques comme ceux de la strychnine. Sur une grenouille verte, dont la circulation est interrompue dans le train postérieur, le chlorhydrate de brucine produit les effets tétaniques dans le train postérieur et des effets paralyso-moteurs dans le train antérieur. On a donc, dans ce cas, la double action du curare et de la strychnine. Il en est de même pour tous les sels de brucine.

Loi Rabuteau. — M. RABUTEAU, à l'occasion de la communication faite dans la dernière séance par M. Ch. Richet, fournit de nouvelles preuves à l'appui de la loi qu'il a formulée relativement à la toxicité des métaux, à savoir qu'un métal est d'autant plus toxique que son poids atomique est plus élevé.

M. DASTRES croit qu'il faut émettre des réserves, au point de vue physiologique, sur la loi de M. Rabuteau, la toxicité comprenant tout un syndrome bien difficile à analyser. Pourquoi, par exemple, y a-t-il des animaux intoxiqués par une substance qui reste sans effet sur d'autres animaux ?

M. RABUTEAU dit que tous les métaux sont des poisons musculaires.

M. GRIMAUX, tout en reconnaissant que la question est très-complexe, que la loi de M. Rabuteau pourra être modifiée, admet cependant l'existence de la relation trouvée par M. Rabuteau entre la toxicité d'un métal et son poids atomique.

M. LABORDE reconnaît la légitimité des objections faites par M. Rabuteau aux procédés employés par M. Richet et qui consistent à mettre des poisons dans des solutions métalliques. Il y a, en pareil cas, une action directe du métal sur les tissus qui aboutit forcément à des erreurs d'interprétation.

M. ALBERT ROBIN a maintes fois constaté en clinique l'exactitude de la loi de Rabuteau.

Des origines de la métallothérapie ; part qui doit être faite au magnétisme animal dans sa découverte. — M. BURQ fait une communication sur ce sujet. (Sera publié.)

La séance est levée.

Séance du 3 juin 1882. — Présidence de M. Paul Bert.

COMMUNICATION

Léthargie incomplète avec conservation de l'ouïe et de la mémoire. — M. DUMONTPALLIER fait la communication suivante. (Voir plus haut.)

Alimentation des herbivores par le sang cuit et désséché. — M. REGNARD montre à la Société les courbes de croissance de six agneaux nourris dans les conditions suivantes. Trois sont soumis au régime ordinaire purement végétal que l'on donne aux agneaux orphelins à la ferme-école de Joinville; trois autres sont nourris avec la même ration, plus une certaine quantité de poudre

de sang *cuit* et désséché. Les premiers de ces agneaux ont complètement dépéri pendant que les autres sont devenus superbes au point que les gens du métier déclarent n'en avoir jamais vu d'aussi beaux du même âge. Si les expériences ultérieures viennent confirmer ces résultats, il peut y avoir un grand avantage économique à l'emploi du sang, dont plusieurs centaines de mille kilogrammes sont à peu près perdus chaque semaine dans les seuls abattoirs de la ville de Paris. M. Regnard va commencer l'élevage des veaux dans les mêmes conditions, et il communiquera plus tard ses résultats à la Société.

M. BOULEY demande pourquoi l'on n'emploierait pas ce mode d'alimentation pour l'enfant privé de nourrice.

M. REGNARD cite l'exemple d'un enfant de dix-huit mois, rachitique, chez lequel ce mode d'alimentation a donné d'excellents résultats.

M. DASTRES fait observer que le système d'alimentation proposé par M. Regnard est plein de promesses pour l'avenir, et que les résultats qu'il a obtenus sont, en même temps, la condamnation absolue de la ration donnée par les éleveurs.

M. PAUL BERT fait remarquer que les courbes montrées par M. Regnard sont irrégulières. Il y a longtemps déjà que M. Bert avait fait cette remarque que la courbe de nutrition des animaux, en particulier du cochon d'Inde, est irrégulière, et toujours en forme de dents de scie, tandis que la courbe de l'enfant est, paraît-il, au contraire, régulièrement ascendante.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel en date du 30 mai 1882, l'Académie de médecine est autorisée à ajouter à l'article 2 de son règlement ainsi conçu : « Les associés libres peuvent être au nombre de dix », le passage suivant :

« Les membres associés libres seront choisis parmi les savants, les administrateurs d'un ordre élevé ou toutes autres personnes pouvant prêter un concours utile à l'Académie. »

— Le concours pour quatre places d'accoucheurs du Bureau central vient de se terminer par la nomination de MM. Budin, Porak, Pinart et Ribemont.

— Une place d'interne en médecine sera prochainement vacante à la Maison nationale de Charenton. Les candidats sont choisis parmi les élèves en médecine qui, ayant pris toutes leurs inscriptions, ont passé un examen de doctorat. S'adresser à M. le Directeur de la Maison nationale pour tous les renseignements relatifs aux obligations et aux conditions de l'internat.

— Par arrêté ministériel en date du 3 juin 1882, les concours pour l'obtention des bourses de licence s'ouvriront au siège des Facultés des sciences, le mercredi 12 juillet.

Les candidats peuvent s'inscrire dès maintenant au secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident. — Les registres d'inscription seront clos le samedi 8 juillet à quatre heures.

— MM. les médecins du quinzième arrondissement de Paris sont informés que, le dimanche 25 juin 1882, il sera procédé dans une des salles de la mairie à l'élection d'un médecin attaché au service du traitement à domicile. — Le scrutin, ouvert à midi, sera fermé à quatre heures.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Jules Diez, externe des hôpitaux de Paris.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Houzé de l'Aulnoit, professeur de clinique chirurgicale, est autorisé à se faire suppléer par M. Paquet, professeur de médecine opératoire.

M. Hermann (Gustave), docteur en médecine, préparateur des travaux d'histologie à la Faculté de médecine de Paris, est chargé des cours d'anatomie pathologique et de pathologie générale à la faculté de Lille, en remplacement de M. Kelsch, démissionnaire.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Chauveau, professeur de pathologie expérimentale et comparée, est autorisé à se faire suppléer par M. Arloing, agrégé.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — Par arrêté du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, en date du 15 mai 1882, le règlement suivant a été formulé pour les chefs de clinique de la Faculté de Nancy.

Article premier. — Les chefs de cliniques de la Faculté de médecine de Nancy sont au nombre de six, savoir : 1° Chaires magistrales : deux pour les cliniques médicales, deux pour les cliniques chirurgicales, un pour la clinique obstétricale ; 2° cours annexes : un pour la clinique des maladies des yeux.

Art. 2. — Les chefs de clinique sont nommés pour trois ans. Les chefs des cliniques magistrales reçoivent une indemnité annuelle de 1,200 francs. Le chef de clinique annexe reçoit une indemnité annuelle de 1,000 francs.

Art. 3. — Les attributions du chef de clinique sont les suivantes : Il est à la disposition du professeur pour les soins à donner aux malades, ainsi que pour les besoins du service et de l'enseignement. Il s'assure de la présence des internes, externes et stagiaires, et dirige leur service. Il peut suppléer le professeur comme chef de service dans le cas d'une absence imprévue et momentanée ; il peut être chargé de la contre-visite du soir.

Art. 4. — Les emplois de chefs de clinique sont donnés au concours. Sont admis à concourir : Les docteurs en médecine français, non pourvus du titre d'agrégé, et les étudiants en médecine ayant soutenu leurs cinq examens de doctorat, à la condition d'être docteurs dans les six mois.

La place de chef de clinique est incompatible avec celle de chef des travaux, de préparateur et d'aide dans les différents laboratoires.

Art. 5. — Les juges du concours sont :

Pour la clinique médicale : les deux professeurs de clinique médicale, le professeur de pathologie interne, le professeur de thérapeutique et le professeur d'anatomie pathologique ; suppléant : le professeur d'hygiène.

Pour la clinique chirurgicale : les deux professeurs de clinique chirurgicale, le professeur de pathologie externe, le professeur de médecine opératoire, le professeur de clinique obstétricale ; suppléant : le professeur d'anatomie.

Pour la clinique obstétricale : le professeur d'accouchements, les deux professeurs de clinique chirurgicale, un professeur de clinique médicale, le professeur de médecine opératoire ; suppléant : le professeur de pathologie externe ou de médecine légale.

Pour la clinique des maladies des yeux : les deux professeurs de clinique externe, le professeur de pathologie externe, le professeur de médecine opératoire, le professeur agrégé chargé de la clinique complémentaire des maladies des yeux ; suppléant : le professeur de physiologie ou de physique médicale.

Art. 6. — Les épreuves du concours pour les emplois de chef de clinique sont au nombre de trois :

1° Une question écrite sur un sujet de pathologie interne ou externe afférente à la spécialité du concours, avec les considérations d'anatomie et de physiologie qui s'y rapportent. Cinq heures sont accordées pour la rédaction de cette composition.

2° Une leçon clinique, d'une durée d'une demi-heure au plus, sur deux malades appartenant à la spécialité, après un examen de quinze minutes pour chacun des malades ;

3° Une épreuve pratique déterminée par le jury et qui consiste :

Pour la clinique interne : en une épreuve d'anatomie et d'histologie pathologique ;

Pour la clinique chirurgicale : en une épreuve de médecine opératoire et de dissection ;

Pour la clinique obstétricale : en une épreuve de médecine opératoire obstétricale ou gynécologique ;

Pour la clinique des maladies des yeux : en une épreuve de médecine opératoire spéciale, avec démonstration ou application d'instruments, et en une épreuve d'anatomie physiologique ou pathologie spéciale.

Le jury, en choisissant le sujet des épreuves pratiques, en déterminera la durée.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Charles Bouyer, dont les obsèques ont eu lieu à Saintes, au milieu d'un grand concours d'amis. Le deuil était conduit par M. le docteur Marcel Bouyer et ses deux fils, M. Mestreau, député, M. Stavelot et plusieurs autres membres de la famille.

Les cordons du poêle étaient tenus par MM. les docteurs Briault, Des Mesnards, Junin et Mongrand.

On comprendra les regrets laissés par la mort de M. le docteur Charles Bouyer en relisant la notice biographique que lui a consacré M. le docteur Briault et que nous reproduisons :

« Originaire du département de la Charente-Inférieure, le docteur Charles Bouyer semblait en quelque sorte prédestiné, par les honorables traditions de sa famille, à cette carrière médicale à laquelle il a consacré sa vie. Son père, médecin à Marennes, a laissé dans cette ville des souvenirs que le temps n'a pas effacés, et qu'a grandis et ravivés le rare mérite d'un autre fils du nom d'Étienne dont la mort prématurée a été, je puis le dire, une perte pour la science et pour l'humanité.

C'est à Saintes, au milieu de nous, que s'est écoulée tout entière la longue et utile existence du docteur Charles Bouyer.

Élevé au collège de Saintes, il fit ses premières études médicales à l'école de Rochefort. En 1833, il vint s'établir comme médecin à Saintes. Constamment unis par la plus amicale confraternité, c'est la main dans la main, si je puis m'exprimer ainsi, que nous avons exercé ensemble la médecine pendant près de cinquante années.

Médecin érudit, actif, consciencieux, Bouyer a mérité les regrets unanimes de la population de notre ville qui a bénéficié si longtemps de son savoir et de son dévouement ; sa réputation s'était étendue dans toute la région où son talent d'opérateur était justement apprécié, non-seulement par le public, mais aussi par les médecins.

Ceux de mes confrères qui l'ont vu à l'œuvre peuvent se rappeler avec quelle habileté et quel succès il pratiquait les opérations les plus délicates et les plus difficiles.

La maladie qui vient de nous l'enlever l'avait, depuis quelque temps, contraint au repos. Il s'est éteint doucement, résigné, plein de confiance en Dieu, nous ayant donné à tous l'exemple d'une vie honnête, pleine de dignité et admirablement remplie.

Charles Bouyer ne laisse pas sa place inoccupée ; nous avons la consolation de trouver dans son fils, notre cher confrère, l'héritier de ses qualités médicales et l'émule de ses talents et de ses services. »

M. le docteur Charles Bouyer était âgé de soixante-dix-sept ans.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 12962.

N° 66. — JEUDI 8 JUIN 1882. 55e ANNÉE. JEUDI 8 JUIN 1882. — N° 66.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La séance a été tout entière occupée par la lecture de divers rapports.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Desprès.

De l'amygdalotomie.

(Leçon recueillie par M. Bouicli, interne du service.)

Je veux vous entretenir aujourd'hui de l'amygdalotomie; c'est une vieille opération que l'on pratiquait autrefois, depuis Celse et Paul d'Égine, avec des instruments divers, mal appropriés au but qu'on se proposait et qui, bien souvent, exposaient les malades à des dangers sérieux. Pour éviter ces différents accidents, Fahnestock, chirurgien américain, perfectionnant le kiotome de Desault, inventa, au commencement de ce siècle, un instrument spécial, l'amygdalotome, qui est d'un maniement facile et dont on peut dire que c'est la seule machine-outil que le chirurgien doive conserver.

L'amygdalotomie a surtout été pratiquée par les chirurgiens préposés aux services d'enfants, et, pour bien vous rendre compte de ce fait, il faut que j'attire votre attention sur les conditions dans lesquelles il convient de pratiquer cette opération.

Vous n'ignorez pas que, chez les enfants, les amygdales s'enflamment et finissent par s'hypertrophier à un degré variable suivant les sujets. Pour en expliquer le développement, on a incriminé différentes diathèses, en tête desquelles se placent la scrofule, l'herpétisme, le scorbut, etc., et, fidèles à leur doctrine, les médecins ont voulu obtenir la guérison de l'hypertrophie amygdalienne par le traitement général, en s'attaquant ainsi à la cause première.

Sans juger définitivement la question, je pense qu'il faut tenir compte d'une coïncidence qui m'a souvent frappé et qui ne me paraît pas étrangère à la lésion que j'étudie en ce moment avec vous; je veux vous parler de la diarrhée du sevrage. Je l'ai déjà observée dans les antécédents des enfants atteints d'hypertrophie des amygdales, et je suis porté à admettre une relation de cause à effet entre les deux phénomènes morbides.

Quelle que soit d'ailleurs l'étiologie de cette augmentation de volume des tonsilles, toujours est-il que, par son existence, elle engendre une série de troubles fonctionnels qui nuisent à la santé et à la croissance de l'enfant.

Les petits enfants qui ont les amygdales grosses, de trois à quatre ans, ont de la peine à respirer par le nez; aussi sont-ils obligés de dormir la nuit la bouche ouverte, et de ronfler par suite de l'afflux rapide de l'air, qui fait vibrer leur voile du palais. Souvent ils sont pris, dans les mêmes conditions, d'accès de toux aboyante, accompagnés d'un sentiment d'angoisse pénible; ces attaques de suffocation ont quelquefois donné le change à des médecins peu attentifs, qui ont pu croire ainsi à l'existence d'une laryngite striduleuse, d'un accès d'asthme, et, chose plus curieuse encore, on a été, dans certains cas, jusqu'à se demander s'il n'y avait pas des tumeurs des fosses nasales capables d'obstruer la voie de l'air.

C'est Robert qui a surtout attiré l'attention sur cette gêne respiratoire, consécutive à l'hypertrophie des amygdales, et sur l'influence qu'elle peut avoir sur le développement de la poitrine. En effet les enfants s'épuisent en grands efforts inspiratoires, qui n'amènent pas dans la cavité thoracique largement dilatée une quantité d'air suffisante pour en combler le vide; aussi la pression de l'air extérieur s'exerce-t-elle avec énergie sur la surface externe de la cage thoracique, qui, peu solide à cet âge de la vie, cède et se déforme sous le poids de l'air.

Une série d'autres enfants deviennent sourds, et certains autres sont presque continuellement tourmentés par des amygdalites à répétition, qui, par leurs poussées réitérées, ont pu provoquer l'augmentation de l'hypertrophie des tonsilles, et qui, depuis, sont perpétuées par la présence de celle-ci; il y a là, comme vous le voyez, un véritable cercle vicieux.

On a préconisé diverses méthodes de traitement à opposer à l'hypertrophie des amygdales : on a employé tour à tour tantôt les scarifications, tantôt les cautérisations. D'autres médecins, tels que M. Lambron, conseillèrent les pulvérisations locales avec des eaux sulfureuses. A la même époque, Blache associa aux douches sulfureuses locales l'emploi des

bains sulfureux généraux; mais il constata bientôt l'inefficacité de ce mode de traitement.

La seule méthode rationnelle, dans ces cas, c'est l'amygdalotomie, pratiquée avec l'instrument américain. Malheureusement on alla plus loin que le but utile qu'on se proposait, et on tenta la même méthode de traitement dans des cas qui n'en étaient nullement justiciables. C'est ainsi que Chassaignac proposait d'enlever les amygdales, alors même qu'il ne s'agissait que d'une simple amygdalite intense avec tuméfaction de la glande; M. Bouchut, d'autre part, pratiqua la même opération dans les cas d'angine couenneuse, espérant ainsi enrayer la marche de l'affection.

Ce sont là autant de tentatives qui n'ont pas abouti, et actuellement tous les chirurgiens sont d'avis à peu près unanime de réserver cette excellente opération pour l'hypertrophie des amygdales.

Maintenant une question d'opportunité se pose. Quand doit-on enlever les amygdales? Les choses sont différentes suivant qu'il s'agit d'un enfant ou d'un adulte. Lorsqu'il est question d'un enfant à glandes hypertrophiées, accompagnées de poussées d'amygdalite à répétition, Blache pensait qu'il ne fallait pas se hâter; il faut savoir attendre, car tôt ou tard une rétrocession peut avoir lieu, et, de l'avis du même auteur, il ne faudrait pas enlever les amygdales d'un enfant avant l'âge de treize à quatorze ans. Je ne partage pas tout à fait cet avis; je vous engage à opérer les enfants arrivés à l'âge de sept à huit ans, car après ce délai vous avez peu de chance de voir l'hypertrophie des tonsilles disparaître d'elle-même. Il est évident qu'avant d'en arriver à l'opération, vous userez des moyens médicaux employés en pareils cas. Vous employerez les gargarismes fortement alunés, eau 500 gr., alun 50 gr., injectés dans la gorge avec une seringue quand les enfants ne savent pas se gargariser.

En présence d'un adulte qui a échappé pendant l'enfance à l'hypertrophie des amygdales, mais qui en est atteint à un âge plus avancé, il faut vous enquérir, avant tout, de l'origine et de la durée du mal, car bien souvent l'augmentation de volume des tonsilles tient à l'existence de plaques muqueuses dans la région. Dans ces cas, l'hypertrophie disparaît d'elle-même au bout de trois à quatre mois, grâce au temps, aidé tout simplement par quelques gargarismes. — Cependant, il y a des chirurgiens qui ont enlevé des amygdales syphilitiques. Cette opération n'est pas seulement inutile, elle peut être en même temps dangereuse, car il peut se produire sur la section des ulcérations rebelles. Il ne faut enlever les amygdales que quand, les plaques muqueuses ayant été guéries, l'hypertrophie persiste. C'est ce que vous m'avez vu faire à la fin de l'année dernière; il s'agissait d'ailleurs d'une malade qui avait de grosses amygdales avant d'avoir la syphilis.

Cette cause d'erreur éliminée, il faut bien vous garder d'enlever une amygdale en pleine période fluxionnaire; une pareille façon d'agir aurait des suites graves, et le moindre des dangers serait une hémorrhagie des plus graves. Vous reconnaîtrez que l'amygdale n'est plus enflammée à la coloration brique pâle de la glande, à son aspect de sécheresse, et à l'absence de mucus ou de muco-pus dans ses anfractuosités.

Pour enlever l'amygdale avec l'instrument de Fahnestock, voici comment il faut procéder : si c'est un adulte, il ouvre seul la bouche; mais, si c'est un enfant, il faut lui faire tenir la tête et placer le doigt indicateur de la main gauche garni d'un doigtier de façon à maintenir les mâchoires écartées. L'instrument, introduit dans la bouche, est conduit sur la base de la langue et produit généralement un haut de cœur. Dans ce moment l'amygdale fait saillie, et il faut brusquement passer la lunette autour de l'amygdale; alors on presse avec l'instrument en dehors de façon à mieux embrasser l'amygdale ; quelquefois même celle-ci fait une telle saillie qu'il n'est pas nécessaire de passer la fourche dans la glande. Lorsque l'amygdale, au contraire, ne fait pas saillie, on passe la fourche et on soulève un peu l'amygdale. Cela fait, on coupe d'un coup sec, et on laisse reposer le malade. Généralement, comme la douleur est peu forte, le malade se laisse facilement enlever l'autre glande.

Chassaignac, qui fit subir quelques modifications à l'instrument de Fahnestock, enlevait les deux amygdales en même temps en se servant de deux amygdalotomes. Ce procédé est inutile, et il vaut mieux enlever chaque glande séparément : car d'abord on voit mieux ce que l'on fait, et ensuite on peut mieux juger après l'ablation d'une glande ce qu'il faut enlever de l'autre pour donner suffisamment de jour à l'isthme du gosier. Il faut que vous le sachiez, on ne saurait impunément enlever la totalité d'une amygdale ; cela d'abord n'est pas nécessaire : c'est assez de donner un libre passage à l'air. Il suffira que je vous dise enfin que l'anatomie nous enseigne qu'une partie des branches artérielles de la glande ont leur source dans la carotide primitive directement, et que, parmi ces branches, il y a des troncs assez volumineux pour être quelquefois la source d'une hémorrhagie, parce que l'hémostase n'est pas possible. Lorsqu'on a enlevé la totalité de l'amygdale, on a ouvert ces artérioles tout près de leur origine. C'est sans doute ce qui est arrivé pour un malade qu'a perdu Broca en 1879. L'opération pratiquée, il faut prescrire à votre malade un gargarisme à l'alun, qui a pour but de hâter la cicatrisation, d'arrêter la légère hémorrhagie qui a toujours lieu, et enfin de mettre l'amygdale à l'abri de l'inflammation.

Un certain nombre de chirurgiens, malgré la supériorité de l'instrument américain, en ont employé d'autres.

Chassaignac, abusant de son excellent instrument, se servait de l'écraseur linéaire; M. Maisonneuve emploie le serre-nœud; d'autres opérateurs ont pratiqué récemment l'ablation des amygdales à l'aide du bistouri. Tous ces procédés opératoires doivent être abandonnés, le dernier surtout, car il expose à des blessures de la langue, du voile du palais et même du pharynx. Quelques-uns d'entre vous ont entendu parler d'un malade opéré à l'aide du bistouri, et mort dans l'espace de quelques heures, d'une hémorrhagie qu'on ne put arrêter et dont je vous parlais tout à l'heure.

D'ailleurs, c'est le seul accident que le chirurgien ait à craindre; la déglutition de l'amygdale enlevée n'est rien. S'il se produisait, vous pourriez obtenir l'hémostase en faisant, à la façon de M. Verneuil, de la compression à l'aide d'une longue pince, dont une des branches est appliquée sur l'amygdale et l'autre sur la partie correspondante de la joue du côté de la peau. C'est une ressource pour les cas désespérés. La glace pourra aussi vous rendre service dans certains cas; quant au perchlorure de fer, il faut le proscrire complètement, car vous pourriez brûler non-seulement l'amygdale, mais encore les parties environnantes.

En terminant, je vous engage, pour arrêter l'hémorrhagie, à avoir recours au moyen suivant, qui m'a toujours réussi : vous faites fermer la bouche au malade et vous lui dites de

respirer par le nez. Il faudrait une hémorrhagie excessive pour que ce moyen ne réussît pas.

HOPITAL DU MIDI. — M. CHARLES MAURIAC.

Des syphilides (1).

II

A proprement parler, la cause des syphilides est unique, et cette cause consiste dans l'envahissement de l'économie par le virus syphilitique. On a fait depuis longtemps justice de l'erreur qui les rattachait aussi soit au chancre simple, soit à la blennorrhagie. Toute éruption de cette nature a pour antécédent obligé la néoplasie primitive chancreuse ou l'infection héréditaire. Mais au-dessous de cette condition étiologique primordiale et essentielle, il existe des causes de second ordre, inhérentes à l'organisme ou indépendantes de lui, et un grand nombre de circonstances accidentelles, locales ou générales, qui favorisent l'apparition des dermatopathies spécifiques, qui les aggravent, les multiplient, les font dévier de leur évolution normale et troublent, en l'éveillant ou en l'excitant, la spontanéité de l'action diathésique dans ses rapports avec la peau et les muqueuses. — L'*âge* des malades n'a pas d'influence décisive sur le développement des syphilides. Cependant vous verrez que certaines formes éruptives, telles que les plaques muqueuses, sont plus communes chez les enfants, tandis que les éruptions pustuleuses et surtout phagédéniques s'observent plus fréquemment dans l'âge mûr et chez les vieillards. — Le *sexe* ne possède aussi qu'une influence très-restreinte : peut-être les femmes sont-elles, comme les enfants, plus sujettes aux plaques muqueuses que les hommes ; elles ne sont pas épargnées non plus par les formes profondes et graves des dermatopathies spécifiques. — La *constitution* et le *tempérament* jouent un rôle plus important ; il ne faudrait cependant pas l'exagérer. Le lymphatisme, la débilité organique, la faiblesse de la résistance vitale, l'inertie de la plasticité, etc., sont sans doute des causes puissantes d'aggravation et même de malignité. Toutefois ce ne sont pas les seules, et elles n'agissent, dans leurs rapports avec l'action syphilitique, que de la même façon banale qu'avec toutes les autres actions morbides locales ou générales, en puissance ou en activité, sans avoir rien d'effectif ou de spécial en ce qui concerne la peau et les muqueuses. Parmi les évènements physiologiques, ceux qui perturbent l'évolution ou le fonctionnement normal ont quelquefois une influence dont la dentition chez les enfants, la puberté dans les deux sexes, la grossesse, la parturition, la lactation, la ménopause, chez les femmes, fournissent quelquefois des exemples. On en doit dire autant des émotions morales et de toutes les secousses nerveuses brusques qui dérangent l'équilibre et l'harmonie des fonctions organiques.

Les substances qui possèdent la propriété de provoquer sur la peau et sur les muqueuses une excitation spéciale sont très-aptes à favoriser l'apparition des dermatopathies de toute espèce. Il y en a qui se comportent comme de véritables toxiques de l'appareil tégumentaire : tels sont certains crustacés, les moules et autres coquilles, par exemple les huîtres d'une certaine saison, etc.; tels sont encore les résineux, le copahu, le cubèbe, etc. L'ingestion de ces substances ferait-elle éclore des syphilides qui, sans elles, ne seraient pas survenues ? C'est possible ; mais je fais toutefois des réserves, surtout en ce qui concerne les balsamiques. Je les ai administrés souvent, sans aucun dommage pour la peau, chez des syphilitiques atteints de blennorrhagie. — On a aussi accusé l'alcool; on prétend qu'il joue un rôle important dans l'étiologie des syphilides, parce qu'il excite les centres nerveux et circulatoires et qu'il s'élimine en partie par la surface tégumentaire. Sans nier son action pathogénique et tout en lui faisant une part assez large, je crois qu'on l'a exagérée, car je ne vois pas fréquemment dans mon service, où les alcooliques ne manquent pas, des syphilides qu'on puisse uniquement attribuer à cette cause. Il n'en est pas moins vrai que les excès de toute sorte, ceux de la table surtout, que de grandes fatigues, que les excitations des téguments par les bains froids, les bains de mer, les bains de vapeur, les douches, les frictions, l'électrisation, etc., sont susceptibles de devenir, à un moment donné, des causes occasionnelles de syphilides qui peut-être ne se seraient produites que plus tard et sous une forme plus bénigne. — Parmi les excitants cutanés, les sulfureux méritent une mention à part, car ils possèdent incontestablement la propriété de faire naître les manifestations syphilitiques cutanées et muqueuses, ou de les exaspérer quand elles existent. Aussi conseille-t-on aux malades qui veulent être fixés sur leur état diathésique, de faire une saison aux thermes sulfureux des Pyrénées, d'Aix (en Savoie), etc. C'est une pierre de touche à laquelle il ne faudrait pas trop se fier ; mais on est en droit cependant de supposer que, si une médication sulfureuse externe et interne bien instituée ne provoque aucune poussée de syphilides, c'est que la maladie constitutionnelle est dans un état de torpeur inoffensif pour le présent et rassurant pour l'avenir.

Les climats ont aussi une influence marquée sur les déterminations tégumentaires de la syphilis. Je vous l'ai montré au sujet des endo-épidémies exotiques ; vous avez vu qu'elles sont moins graves dans les climats doux que dans les pays à température extrême du Nord et du Sud. — Je n'ai pas à m'en occuper de nouveau. Du reste, il me tarde d'en finir avec l'étiologie, car je suis convaincu que nos connaissances sont et resteront toujours vagues, indécises, incomplètes sur cette question. Des causes occasionnelles qui ont une action très-positive et incontestable sur les manifestations tégumentaires de la dartre, de l'arthritisme et même de la scrofule, n'en possèdent la plupart du temps qu'une fort hypothétique sur celles de la syphilis. Cette maladie subit peut-être moins que les autres l'influence du dehors ; on dirait que c'est en elle seule, dans son génie particulier, et aussi dans la nature des terrains qu'elle a infectés, que réside le grand et presque l'unique principe qui gouverne le mode, l'époque et la topographie de ses manifestations.

Si l'étiologie qui sort des limites de l'organisme est imparfaite et condamnée à des banalités sans intérêt ni importance, il n'en est pas ainsi de celle qui a pour base le conflit entre la diathèse et les états morbides spontanés ou provoqués et accidentels. Lorsque je vous aurai décrit toutes les syphilides, je m'occuperai de l'influence curative transitoire qu'exercent sur elles certaines maladies aiguës et fébriles. Je ne veux m'occuper ici que des maladies en général, envisagées comme causes provocatrices des manifestations syphilitiques. A ce point de vue il importe de distinguer celles qui sont aiguës de celles qui sont chroniques. Les premières, en effet, lorsqu'elles sont inflammatoires ou pyré-

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 25 mai 1882.

tiques et qu'elles entraînent violemment tout l'organisme dans le cercle de leur action, absorbent tellement son énergie vitale que tout autre travail pathologique ne peut s'établir. Bien loin de là, les états morbides qui existaient auparavant sont subjugués et s'éteignent momentanément. Aussi ne verrez-vous jamais une syphilide apparaître, par exemple, en pleine pneumonie ou en pleine fièvre typhoïde, ou à un moment quelconque des fièvres éruptives avant l'époque de la défervescence. Il y a incompatibilité entre ces actes, ou mieux il y a impuissance de l'économie à les concevoir et à les subir ensuite simultanément. — Mais, lorsque l'organisme a repris possession de lui-même et qu'une convalescence franche s'est établie, l'aptitude aux manifestations tégumentaires de la syphilis est-elle plus prononcée qu'auparavant? Je crois que cette question n'a point été soulevée et je n'ai devers moi aucun document pour la résoudre. Il est probable que la plupart des maladies fébriles n'agissent que comme le font, en général, toutes les autres causes dépressives, et sans qu'il y ait rien de spécial dans leur manière d'être vis-à-vis de la diathèse. Il faudrait en excepter cependant les fièvres éruptives, dont quelques-unes laissent peut-être la peau dans un état d'imminence morbide propre à favoriser l'invasion des syphilides.

J'ai eu récemment la preuve de ce fait: — X..., âgé de vingt-huit ans, entra dans mon service le 14 février 1882, pour deux chancres syphilitiques siégeant, l'un sur le prépuce, l'autre sur le filet. Ils étaient survenus vers le 24 janvier et s'étaient compliqués huit jours après d'une adénite très-volumineuse à droite, aiguë et fort douloureuse. — Le 13 février (20e jour des chancres), le malade, qui éprouvait depuis quelques jours du malaise général, de l'anorexie et de la courbature, fut pris d'une fièvre vive, et, le soir même, il s'aperçut que sa poitrine était couverte d'une multitude de taches rouges très-petites; en outre, il avait du larmoiement, du catarrhe nasal et des éternuements. — Le 15 février, à ma visite du matin, je constatai chez lui tous les symptômes de la rougeole: voix rauque, yeux injectés et larmoyants, écoulement nasal très-copieux; toux fréquente, pénible et retentissante, râles et rhonchus abondants disséminés dans les bronches des deux côtés; pouls 100; taches rubéoliques, petites et confluentes sur la face, le tronc et les membres, avec congestion prononcée dans leurs interstices, etc. Cette rougeole suivit son cours normal; au 4e jour de sa durée, la fièvre tomba, tous les symptômes s'amendèrent à la suite d'une défervescence franche, et la desquamation commença à se produire.

Vers le 20 février (27e jour des chancres, 7e de la rougeole), pendant que l'éruption rubéolique était en pleine période de desquamation, une syphilide papuleuse plate, généralisée et confluente, fit son apparition, sans avoir été annoncée par aucun phénomène avant-coureur. — Les chancres, à ce moment-là et même depuis quelques jours, étaient guéris, et l'adénite inflammatoire qu'ils avaient suscitée à droite s'était dissipée comme par enchantement, sans suppurer, dès les premières heures de la rougeole; mais l'adénopathie inguinale spécifique persistait. — Le 27 février (7e jour de la syphilide, 34e jour des chancres), voici quel était l'état du malade: papules lenticulaires de moyenne grosseur, confluentes et rouges sur la partie antérieure des jambes, discrètes sur les cuisses et sur le ventre, très-confluentes et violacées dans le dos, sur les épaules et à la base du cou, encore plus confluentes à la face, sur le front et dans la barbe, où elles commencent à se couvrir de squames grises, abondantes aussi sur les extrémités supérieures; rien aux mains ni aux pieds. Voix encore rauque, pas de plaques muqueuses, yeux clairs, toux moindre, peu de fièvre, langue nette, appétit.

L'invasion d'une rougeole, au 20e jour de l'accident primitif, a donc eu pour résultats: 1° de hâter la guérison des chancres et de faire disparaître très-vite le bubon inflammatoire qui les compliquait; 2° d'abréger considérablement la durée de la deuxième incubation, puisque la syphilis généralisée s'est déclarée le 27e jour des chancres, au lieu de survenir vers le 45e ou le 50e, comme c'est l'ordinaire. N'est-il pas naturel aussi de supposer que la rougeole qui, sans aucun doute, a fait éclore prématurément la syphilodermie, a eu aussi quelque influence sur sa forme et surtout sur sa confluence?

HOPITAL DE PÉTROPOLIS (Brésil). — M. Fort.

Grossesse extra-utérine datant de huit ans; laparotomie; guérison rapide.

Une mulâtresse, âgée de trente-cinq ans, se présente à M. Fort pour être débarrassée d'une tumeur qui la gêne considérablement, l'empêche de travailler et lui rend la vie insupportable. La malade a eu trois enfants, mais elle n'a pas eu de nouvelle grossesse depuis qu'elle porte sa tumeur.

Elle raconte qu'elle s'est crue enceinte, il y a huit ans, qu'elle a préparé la layette de l'enfant et qu'elle est allée trouver la sage-femme à l'époque présumée où devait avoir lieu l'accouchement. Les mouvements de l'enfant cessèrent peu à peu, et il resta une tumeur. Ces renseignements n'ont été fournis par la malade qu'après l'opération. Au moment de l'examen, il était difficile de lui arracher une parole, elle ne disait rien d'une manière précise.

La tumeur, dure, comme pierreuse, présentait un bord inférieur irrégulier, qui permettait de passer la main au-dessous. Elle avait approximativement le volume d'une tête d'adulte.

Les fonctions s'accomplissaient régulièrement, et, si ce n'eût été les douleurs vives ressenties par la malade, aucun symptôme particulier n'eût déterminé le chirurgien à pratiquer l'opération. L'utérus, normal, était parfaitement mobile.

Le diagnostic fut: *tumeur fibreuse* de siège indéterminé, probablement de l'ovaire. On pratiquera l'ovariotomie.

Opération. — Le 27 janvier 1882, tout étant préparé pour l'ovariotomie, avec tout l'appareil listérien, M. Fort pratiqua l'opération à l'hôpital de Pétropolis, en présence de M. le docteur baron de Cattate, directeur, avec l'aide de MM. les docteurs Brito, médecin de l'hôpital, Souza Gomez, médecin adjoint, Castro Rebello, Miranda et Mello Franco. La paroi abdominale fut incisée sur la ligne blanche dans une étendue de 17 centimètres, 7 au-dessus de l'ombilic et 10 au-dessous. La tumeur était complètement adhérente à la paroi antérieure de l'abdomen. Des brides nombreuses s'étendaient de la tumeur à la paroi, et en certains points il y avait adhérence intime. Après un travail des plus pénibles, et qui dura environ une heure, les adhérences étant détruites avec la spatule et l'hémorrhagie étant arrêtée par des ligatures au catgut fin et par des attouchements au perchlorure de fer liquide pur, M. Fort put enfin découvrir la tumeur et passer la main au-dessous de son bord inférieur.

Enfin, la tumeur bascula et elle put être extraite, après avoir rompu encore quelques adhérences. Cette tumeur était formée par un fœtus, ainsi qu'on le verra plus loin.

Le pédicule de la tumeur, qui n'était plutôt qu'une forte adhérence, contenait des vaisseaux qui paraissaient se confondre avec ceux de l'épiploon. Il fut lié avec le catgut moyen n° 2.

La toilette du péritoine terminée et les sutures étant posées, il y eut une hémorrhagie en nappe qui fut maîtrisée par la compression et le perchlorure de fer ; le sang venait de la paroi antérieure de l'abdomen. Les sutures furent serrées ensuite, le pédicule fut placé entre les deux lèvres de la plaie, complètement caché. Les fils de catgut seuls sortaient par la plaie.

La suture profonde, comprenant la peau, les aponévroses et le péritoine, fut faite avec huit fils de catgut moyen ; la superficielle, comprenant seulement la peau, avec sept fils d'argent.

Le 27, soir, rien de nouveau. Eau pour boisson, par cuillerées.

Le 28, T. 37°,5, P. 84. Bouillon.

Le 29, T. 37°,5, P. 84. Bouillon ; la malade a dormi.

Le 30, T. 37°,5, P. 84. Premier pansement.

Le 31, T. 37°,5, P. 84. Potages, deux pilules d'extrait thébaïque de 0,025, dans le but d'empêcher l'évacuation de l'intestin.

Le 2 février, T. 37°,5, P. 84. Deuxième pansement. On enlève les fils d'argent.

Le 4, T. 37°, P. 76. On enlève les fils de catgut.

Le 5. La malade se lève.

Le 11. Elle quitte l'hôpital complètement guérie.

La malade a présenté les phénomènes de la montée du lait, comme s'il se fût agi d'un accouchement (1). Dès le lendemain de l'opération, les seins ont commencé à gonfler, ils sont devenus gros et douloureux, et le 10 février la malade a pu retirer de son sein une demi-tasse de lait ayant fort bonne apparence.

Fœtus. — Le produit de la conception est dans un état d'atrophie légère et de dégénérescence graisseuse. Il n'y a pas trace des eaux de l'amnios, qui ont été résorbées pendant le long séjour du fœtus dans la cavité abdominale. L'amnios et le chorion, ce dernier hypertrophié et mesurant plus de 1 millimètre d'épaisseur, créent au fœtus une enveloppe complète qui empêche de reconnaître la forme d'un enfant. Cette membrane, ressemblant à un parchemin épais, passe comme un pont sur les interstices qui séparent les diverses parties du fœtus appliquées les unes contre les autres, et donnant à l'ensemble la forme d'une tumeur fibreuse irrégulière.

La tumeur, dure et lourde, tombe comme une pierre sur le parquet. M. Fort, pour s'assurer de sa nature, la tranche en deux morceaux d'un coup de couteau, et s'aperçoit qu'il s'agit d'un fœtus.

On constata alors que la membrane enveloppante était très-adhérente au dos du fœtus, et qu'elle pouvait être séparée sur les autres points. Un cordon grêle, gros comme une ficelle de fouet, s'étendait de l'ombilic à la face interne du chorion, où l'on voyait des filaments, débris des vaisseaux placentaires, s'étaler en divergeant.

Le fœtus était placé en travers, la tête à droite, la face dirigée en avant, fortement courbé sur son côté gauche, de telle sorte que le genou gauche touchait la joue du même côté.

La main droite était placée contre la joue droite et la gauche était en arrière du cou. Les jambes, croisées, étaient rejetées en arrière.

L'enfant, du sexe féminin, était bien conformé. La couleur, jaunâtre, rappelle assez bien celle d'un poulet rôti, bien doré. Quoiqu'il fût le produit d'une mulâtresse et d'un nègre, il ne portait aucune trace évidente de pigment cutané, mais il avait les cheveux crépus et très-noirs.

Aucune ossification n'existait en dehors du système osseux. Les tissus étaient seulement indurés. La peau était jaune et graisseuse, elle était dure comme un parchemin épais. Les viscères étaient indurés ; les anses intestinales, aplaties les unes contre les autres, pouvaient être déroulées. Les muscles indurés, également, n'offraient aucune trace d'ossification.

Il est inutile de faire ressortir l'extrême rareté du cas, et par conséquent son intérêt. Nous appelons l'attention sur l'absence de placenta et sur la rapidité de la guérison de la malade.

(1) Pour le phénomène de la sécrétion du lait, se reporter à la leçon de M. le professeur Depaul. (*Gazette des hôpitaux*, 1882, p. 428.)

DES ORIGINES DE LA MÉTALLOTHÉRAPIE

PART QUI DOIT ÊTRE FAITE AU MAGNÉTISME ANIMAL DANS SA DÉCOUVERTE.

Par M. le docteur V. Burq.

I

Avant d'aborder notre sujet, il nous paraît nécessaire de bien préciser qu'elle est, suivant nous, la valeur respective de ces deux mots, *magnétisme* et *hypnotisme*, qui pour beaucoup sont synonymes.

Les phénomènes magnétiques et hypnotiques ont, en apparence, la plus grande analogie. Tous ont un terrain commun *nécessaire*, la névrose, soit native soit accidentelle, caractérisée par des troubles en moins de la calorification, de la circulation, de la sensibilité et de la motilité ; plus l'athermie, l'anesthésie et l'amyosthénie sont généralisées, plus elles sont profondes, et plus rapidement se manifestent ces phénomènes sous l'influence des divers moyens propres à les produire. Tous ont pour caractéristique des sensibilités métalliques spéciales, que nous ferons connaître, d'après lesquelles on peut préjuger des unes ou des autres, ainsi que des moyens de s'en rendre maître. Tous aussi relèvent plus ou moins des conditions mentales du sujet, et surtout de celui qui conduit l'expérience. Mais il existe entre eux des différences capitales, parmi lesquelles nous nous bornerons à signaler les suivantes :

1° Dans le magnétisme le sujet est entièrement passif, il reçoit du magnétisant *force* ou *fluide neurique* ou autre, peu importe le nom ; dans l'hypnotisme au contraire, le sujet est essentiellement actif, c'est lui-même qui fait tous les frais de son nouvel état, il *s'auto-magnétise*.

2° La réceptivité ou sensibilité magnétique est beaucoup moins répandue que la sensibilité hypnotique. La première a pour corollaire obligé la deuxième, mais la réciproque n'existe point toujours, ce qui revient à dire que, tandis que tous les sujets magnétiques sont aussi hypnotiques, ces derniers peuvent se montrer, eux, insensibles à l'influence magnétique d'autrui.

3° Dans le sommeil hypnotique, le sujet peut encore plus ou moins s'appartenir, bien que l'influence de la suggestion y soit des plus marquées, mais dans le somnambulisme magnétique, surtout lorsqu'il est poussé jusqu'à la production du phénomène qui a reçu le nom de lucidité, le sujet a perdu sa personnalité, une autre volonté s'est substituée à la sienne, ce n'est plus qu'un reflet, et c'est alors que s'observe la dualité psychique.

4° Le magnétisme animal, tel que nous l'avons vu appliquer à l'infirmerie mesmérique de Londres, sous la direction de J. Elliotson, et employé souvent nous-même sous les yeux de Rostan, Robert, Horteloup (père), Trousseau, G. Monod, etc., dans le but de guérir des névroses invétérées, est un agent thermogène, œsthésiogène et dynamogène de premier ordre, dont on peut suivre les effets curatifs avec le thermomètre, l'esthésiomètre et le dynamomètre, et qui ne saurait être nuisible que lorsqu'il est appliqué intempestivement.

5° L'hypnotisme est un agent tout autre. Il ne mérite pas assurément, sous le rapport de la nocivité, tous les reproches qui lui sont venus d'Allemagne et qui ont trouvé de l'écho jusque devant l'Académie des sciences, mais par l'expérience que nous en avons acquise, expérience très-limitée, il est vrai, par la raison que le véritable avènement de l'hypnotisme est de date postérieure à celle où nous fîmes les recherches sur lesquelles est basé ce travail, nous nous croyons autorisé à dire que les pratiques hypnotiques tendent généralement à perpétuer, sinon à aggraver, les états pathologiques dans lesquels les phénomènes qu'elles déterminent sont seulement possibles, et que la science peut seule en retirer des services réels.

Donc la différence entre le magnétisme et l'hypnotisme est trop grande, en somme, pour qu'il soit possible de continuer à leur appliquer indistinctement la même dénomination. — Le mot *hypnotisme* eut un moment, il est vrai, ses avantages. Mais, outre que ce vocable ne peut plus aujourd'hui tromper personne, outre que le nombre de ceux qui se compromirent davantage à crier : Haro ! sur le magnétisme animal va diminuant de jour en jour, et

que, de nos jours, personne n'oserait plus traiter de mystifiés ou de mystificateurs les Jussieu, Deslon, Deleuze, Husson, Boston, Georget, etc., notre amour pour la vérité et notre indépendance nous faisaient un devoir d'arborer franchement notre drapeau. Voilà pourquoi, dût l'étiquette du sac nuire à son contenu, nous avons inscrit sans ambages ni réticences le mot de magnétisme animal en tête de cette première communication, pourquoi nous continuerons à l'écrire dans celles qui suivront, et pourquoi nous ne parlerons point d'autre langage que celui qui a été consacré par les maîtres vénérés que nous venons de nommer, et tant d'autres qui, pour être moins connus, n'en sont pas moins dignes du respect de tous.

Historique. — Le docteur Burq passe ensuite à l'historique de la question. Nombre de ceux qui ont étudié de près le magnétisme animal n'ont pas pu ne pas observer ce fait, tant il est commun, à savoir: que dans l'état somnambulique les sujets magnétisés appréhendent beaucoup le contact de certains métaux et prennent plaisir, au contraire, à en manier certains autres. Il rappelle à ce sujet l'observation de Fisher, qui date de 1805, et dont M. Ch. Richet a précédemment entretenu la Société, puis des passages de l'article de Virey, *Magnétisme*, dans le Grand Dictionnaire. Il précise les observations faites par A. Despine à Aix (en Savoie) à partir de 1820, comme il l'avait déjà fait dans le *Lyon médical*, et il montre que ces observations, contrairement à ce qu'avaient prétendu MM. Despine neveu et Monard, ne sont rien moins que des antériorités de la métallothérapie, qu'elles témoignent seulement que A. Despine comme Fisher, bien avant lui et tant d'autres, avait connu les répulsions des somnambules pour certains métaux, pour le cuivre en particulier, et leurs attractions pour l'or; mais qu'il n'avait rien su tirer de l'*appétence de ses somnambules* pour ce métal, pour la pratique courante; qu'il ne lui était même pas venu une fois à la pensée d'expérimenter la métallothérapie monocorde hors de l'état de crise magnétique; qu'il avait même ignoré la chose capitale, l'action du métal sur la sensibilité mesmérique, et que d'ailleurs il s'était complètement trompé, non-seulement en classant les métaux, au point de vue de leur action, d'après la loi de leur capacité galvanique, classement d'après lequel l'or et le platine seraient tout en haut de l'échelle, et le fer tout au milieu seulement, tandis que c'est lui puis le cuivre qui viennent en tête; mais aussi en attribuant à l'or des effets qui n'appartenaient qu'au cuivre, qui entrait tantôt pour près d'un quart et tantôt pour près d'un tiers en volume dans les pièces de monnaie et bijoux dont il s'était servi. Partant que c'est à tort que des auteurs aussi estimables que MM. Dujardin-Beaumetz et Petit, trompés par la ténacité de revendications que rien ne justifiait et qui ne tendaient rien moins qu'à accuser la Société de biologie de ne point avoir fait à Despine la juste part qui lui revenait dans la découverte de la métallothérapie, ont écrit qu'il l'avait entrevue.

— Maintenant que nous avons préparé le terrain et fait la part du passé; maintenant que nous croyons nous être mis suffisamment à l'abri du reproche soit de pécher par trop de précipitation, puisque nos observations remontent au-delà de trente années, soit de combattre *pro aris et focis*, puisque, à partir de l'année 1856, époque à laquelle dix années d'études sur la question du magnétisme animal nous ayant appris tout ce que nous en désirions savoir, nous ne touchâmes plus à un seul sujet magnétique; maintenant, enfin, que, grâce à l'initiative prise par la Société de biologie, les faits qui relèvent de la métallothérapie sont suffisamment acquis pour que nous n'ayons plus à redouter de les voir rejetés à cause de leur origine et parenté, nous pouvons dévoiler, sans en rien cacher, le secret de la naissance du Burquisme. Puisse cette révélation être une leçon salutaire contre les préjugés et préventions, et montrer, une fois de plus, qu'il peut exister des choses dans le domaine des sciences *dites occultes* qui valent un peu mieux que les sarcasmes ou les dédains de ceux dont les yeux ne savent point en percer les ténèbres. Seulement, comme notre sujet embrasse une période d'étude qui ne compte pas moins de dix années, nous serons obligés de beaucoup l'écourter et de le scinder en un certain nombre de communications dont nous arrêterons ici la première.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 juin 1882. — Présidence de M. Gavarret.

CORRESPONDANCE

La correspondance non officielle comprend une lettre de M. E. Hardy, qui se présente comme candidat pour la place vacante dans la section de physique et de chimie.

L'Académie désigne comme ses délégués au Congrès international d'hygiène, qui doit se réunir prochainement à Genève, MM. Fauvel, Proust, L. Colin.

RAPPORTS

M. Yungfleisch, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, lit une série de rapports dont les conclusions négatives sont adoptées sans discussion.

M. Gautier lit un rapport sur une demande en exploitation d'eau minérale. (Adopté.)

M. Bernutz lit un rapport sur le prix Portal. La question posée était la suivante : « Des lésions de l'utérus et de ses annexes dans la fièvre puerpérale. »

L'Académie se forme en comité secret.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Collection de documents pour servir à l'histoire des hôpitaux de Paris, publiée sous les auspices de l'administration de l'Assistance publique.

Par Léon Brièle, archiviste de l'administration.

I

L'année dernière paraissait, sous les auspices de l'administration générale de l'Assistance publique, le premier fascicule de la *Collection de documents pour servir à l'histoire des hôpitaux de Paris*. Il y a quelques jours, le premier volume de cette collection se trouvait complété par la publication d'un second fascicule.

La *Gazette des hôpitaux*, fidèle à ses traditions et toujours soucieuse de tenir ses lecteurs au courant du mouvement scientifique et littéraire dans tout ce qui a trait à la médecine, ne pouvait manquer de signaler cet important ouvrage.

La publication de cette immense collection est en effet un événement dont se réjouissent les amis de l'histoire, les chercheurs et tous ceux qui s'adonnent à la reconstitution du passé. Ce n'est pas seulement au point de vue médical que ces documents sont précieux; les amis du vieux Paris y trouveront un vaste champ de travail ouvert à leur curiosité scientifique. On y trouve en effet des notions précises sur la topographie de plusieurs quartiers de l'ancien Paris, et pour ne citer qu'un fait rappelé avec raison dans la préface de l'ouvrage, c'est grâce aux titres de propriété d'une maison donnée à l'Hôtel-Dieu par Perreau de la Charnaye, administrateur de cet hôpital, qu'on a pu fixer définitivement l'emplacement de la maison où est né Molière, c'est-à-dire à l'angle de la rue Saint-Honoré et de la rue Sauval actuelle (ancienne rue des Vieilles-Étuves-Saint-Honoré).

Mais avant d'initier le lecteur aux richesses historiques contenues dans cet ouvrage, et d'en faire une analyse aussi complète que le format de la *Gazette* le permet, qu'il nous soit permis d'adresser ici nos sincères félicitations à ceux qui ont pris l'initiative de cette importante publication.

Pourquoi cette initiative n'a-t-elle pas été prise plus tôt? Pourquoi avoir laissé si longtemps enfouis dans les cartons ces trésors

incomparables, et comment expliquer la coupable jalousie que l'on manifestait à tous ceux qui désiraient pénétrer dans les archives de l'Assistance publique ? Était-ce une tradition dans la maison de laisser lettre morte ce précieux dépôt des siècles passés, ou était-ce ineptie et indifférence ?

Ces deux hypothèses sont admissibles ; car, s'il y avait, au début, un culte sacré, un respect mal compris, il est vrai, de toutes ces richesses encore vierges, et le parti pris incompréhensible de l'administration de léguer à ses successeurs le *trésor* aussi intact qu'elle l'avait reçu, on y attachait du moins un grand prix, et les archives faisaient l'orgueil de la maison ; jamais on n'en avait parlé avec indifférence, et il a fallu arriver à ces dernières années pour rencontrer des administrateurs ayant assez peu *cure* de ce riche dépôt pour le laisser dans un complet abandon.

C'était une tradition de faire de ces archives comme un arcane où nul ne pénétrait, tradition funeste, et dont les conséquences devaient, hélas ! se faire sentir plus tard.

Tenon, Rondonneau de la Motte, ces deux grands écrivains qui se sont occupés de l'histoire hospitalière, n'ont pas trouvé grâce devant cet ostracisme, et nous ont légué leurs regrets dans certains passages de leurs ouvrages.

Plus tard, presque hier, en 1855, Léopold Delisle, qui préparait son bel ouvrage des *Actes de Philippe-Auguste*, se vit catégoriquement refuser l'entrée des archives, et il en fut ainsi pour tous, jusqu'à ces dernières années.

Nous devons cependant dire que, de 1860 à 1870, M. Husson, alors directeur de l'Assistance publique, se montra un peu moins observateur de la tradition que ses prédécesseurs. Quelques personnes furent autorisées à venir travailler aux archives ; on permit des recherches pour l'histoire de l'Hôtel-Dieu, mais comme si cet acte eût provoqué un remords de conscience, on imposa la condition expresse que rien n'en serait publié, détruisant ainsi tout ce qu'avait de bon et de profitable pour la science ce premier élan de libéralisme.

Les grandes catastrophes sont toujours, pour ceux qui veulent approfondir, la source de grands enseignements ; il fallut traverser les jours sinistres de 1871 pour rompre définitivement avec le passé.

La science avait été repoussée ; le feu pénétra, impitoyable, détruisant sur son passage ces précieux documents de l'histoire de nos hôpitaux, et consumant ces trésors dont la perte sera à tout jamais regrettée.

Lisez la préface de l'ouvrage de M. Brièle, et vous verrez que les titres inexplorés du Grand-Bureau des pauvres et de l'Hôpital général, ces deux sources de l'histoire du paupérisme au XVIe et au XVIIe siècle, n'existent plus aujourd'hui. Qui sait jusqu'où se seraient étendus les ravages et quelles pertes nous aurions à déplorer encore, s'il ne s'était trouvé là un homme dont la prudence nous a valu la conservation de grandes richesses.

Cet homme, c'est le sympathique archiviste de l'administration de l'Assistance publique, M. Brièle, dont nous avons déjà cité le nom ; avec sa modestie habituelle, il nous dit que nos richesses sont grandes encore, puisqu'elles se composent de plus de 32,000 pièces, dont 7,500 parchemins et plus de 800 registres précieux ; les archives de l'Hôtel-Dieu sont encore presque au complet ; mais ce qu'il ne nous dit pas, et ce que nous ne devons pas oublier, c'est que grâce à lui notre fortune n'est qu'amoindrie, tandis qu'une ruine complète eût été la conséquence de cette vieille et fatale tradition d'ostracisme, dont une guerre civile eût confirmé les funestes effets.

Après 1871, l'administration ouvrit ses portes aux travailleurs, et toutes les demandes de recherches qui lui furent adressées furent accueillies favorablement et sans aucune réserve.

L'inventaire en trois volumes qui avait été publié avant 1870 et brûlé en 1871, ne fut réimprimé que sous l'administration de M. Möring, et c'est à lui également, ou, pour être juste, à son secrétaire général, M. d'Echerac, que nous devons reporter l'intelligente initiative de la publication des documents pour servir à l'histoire des hôpitaux de Paris, dont nous entretenons nos lecteurs aujourd'hui.

L'œuvre si bien commencée a acquis toute la sollicitude du directeur actuel, M. Ch. Quentin, et de son secrétaire général, M. Brelet, qui favorisent la vulgarisation des précieux documents contenus dans les archives de l'administration en ouvrant à tous ces portes si longtemps fermées. Aussi est-ce avec bonheur que nous lisons dans la préface de ce premier volume :

« Nos archives sont un dépôt public qui doit être accessible à tous. »

Dr O. GUILLIER.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — La limite d'âge est portée de trente-cinq à trente-huit ans pour l'admission aux concours de clinicat chirurgical, obstétrical et ophthalmologique. Pour les autres clinicats, la limite d'âge reste fixée à trente-cinq ans.

— M. Chatin fera sa prochaine herborisation publique du dimanche 11 au mercredi 14 juin 1882, aux environs de Dijon.

Le rendez-vous est fixé à la gare de Lyon le dimanche 11, pour le train partant de Paris à six heures et demie pour Dijon.

Retirer au secrétariat de l'École de pharmacie, en s'inscrivant, jeudi au plus tard, la carte de voyage à demi-prix du tarif.

Les personnes empêchées de partir dimanche à six heures et demie peuvent prendre tout autre train des 11 et 12 juin, excepté les rapides.

— M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle, fera une excursion géologique publique le dimanche 11 juin 1882, à Gentilly, Villejuif et Arcueil. Pour prendre part à la course il suffit de se trouver au rendez-vous aux fortifications, Porte d'Italie, à onze heures moins le quart du matin.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 12962.

N° 67. — SAMEDI 10 JUIN 1882. 55e ANNÉE. SAMEDI 10 JUIN 1882. — N° 67.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. » . — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Paralysie saturnine par contact.

Dans le service de M. Hérard, à l'Hôtel-Dieu, on nous a fait voir un malade atteint d'une paralysie de l'avant-bras gauche, survenue d'une manière tout à fait insolite.

Il s'agit d'un homme de vingt-huit ans, très-robuste et qui avait toujours joui d'une santé excellente.

A l'armée, on lui avait donné le surnom de *Dur à cuire*, parce que, engagé dans l'infanterie de marine, il avait pu passer trois ans de suite dans les postes les plus malsains, soit de l'Algérie, soit du Sénégal, sans un seul jour de maladie. Or la fièvre jaune, la dysentérie, les fièvres pernicieuses, etc., faisaient alors tant de victimes autour de lui, que sur soixante-dix de sa compagnie, ils revinrent seulement six. Il est vrai qu'il eut soin, dit-il, de rester toujours couvert de flanelles, en portant plutôt plusieurs doubles, dans ces pays excessivement chauds, précaution presque indispensable pour les Européens qui veulent s'y bien porter, — nous reviendrons bientôt sur ce point dans une autre revue clinique. — Bref, les antécédents morbides de cet homme se réduisent à un lumbago qui dura fort peu et céda à une application de ventouses.

Devenu charretier, il ne s'enivrait pas et était exceptionnellement sobre, à ce qu'il prétend. En effet, nous n'avons pu constater chez lui aucun des signes bien connus de l'alcoolisme chronique. Il y avait trois semaines à peine qu'il transportait des tonneaux de céruse, — jusqu'alors il n'avait manié que des articles d'épicerie absolument inoffensifs, — lorsqu'un jour un de ces tonneaux se défonça, au moment où il le chargeait, laissant échapper son contenu. Il voulut en sauver le plus possible, car la céruse est un produit cher, et, saisissant de la main droite le tonneau retourné sur le fond qui restait, il se servit de la main gauche comme d'une cuillère, faute d'autre instrument. La main et l'avant-bras se trouvèrent donc bientôt tout enduits de céruse. Il ne s'en inquiéta pas autrement et négligea de se laver.

Cependant, le soir, il sentit quelques fourmillements dans les doigts, et le lendemain matin il s'aperçut qu'il ne pouvait plus relever le poignet gauche, ni ouvrir complètement les doigts de la main gauche.

Ainsi, sans avoir rien éprouvé jusque-là, paraissant complètement indemne d'intoxication saturnine, n'ayant jamais eu de colique de plomb, ne présentant pas de liséré plombique sur le bord des gencives, sans préparation, du soir au matin, il se trouva paralysé des extenseurs du membre seul qui s'était trouvé en contact un peu prolongé avec la céruse.

L'empoisonnement a été local, à ce qu'il semble, et non général, comme dans le saturnisme ordinaire. C'est en cela que cette observation tranche sur les tableaux classiques et mérite d'être publiée.

La paralysie a été traitée par l'électricité. Mais comme les résultats de cette médication n'étaient pas très-rapides, le malade, s'ennuyant à l'hôpital, a demandé à en sortir. Il reviendra se faire électriser à la consultation.

Paralysie amyotrophique chez un adulte précédée de douleurs violentes.

M. le professeur Charcot a présenté à ses élèves, dans sa dernière leçon clinique, un homme qui n'a pour ainsi dire plus de muscles dans le membre inférieur du côté droit, qui en a conservé fort peu dans le membre inférieur du côté gauche; et qui cependant marche encore, en s'aidant, il est vrai, le plus souvent de deux cannes.

L'histoire de cet homme est singulière et vaut la peine d'être racontée.

C'est un juif d'Orient, qui se portait bien, était marié, père de famille, et avait atteint l'âge de trente-cinq ans sans maladie grave, lorsque, il y a neuf ans, un jeudi, à Salonique, au sortir d'un bal où il avait bu beaucoup de vin, étant en sueur, il se coucha et s'endormit les fenêtres ouvertes.

Le lendemain matin il ressentit dans les deux genoux des douleurs très-vives, sans aucune faiblesse des membres : tous les mouvements étaient encore parfaitement libres. Le soir de ce même vendredi, les douleurs, de plus en plus violentes, s'étaient étendues jusqu'aux pieds et jusqu'aux hanches. Leur intensité était telle que, bien que n'étant encore paralysé en rien, le malade évitait de bouger dans son lit, qu'il ne quitta plus à partir du samedi. Pendant trois jours, la situation ne changea pas. Les douleurs étaient toujours les mêmes, mais le malade sentait bien qu'il aurait pu se mouvoir si elles eussent cessé.

Le dimanche et le lundi on lui avait donné du sulfate de quinine. Le mardi, on lui fit prendre un bain; et c'est ce bain qu'il incrimine surtout.

Ce fut à ce moment que, suivant lui, commença la paralysie. Dès lors, affirme-t-il, il cessa de pouvoir remuer le moins du monde ses doigts de pied, et à partir du bain, pendant quatre-vingts heures il ne put uriner. Il souffrait toujours aussi violemment des membres inférieurs, des hanches et des reins. Mais de plus, il avait perdu la faculté d'étendre et de fléchir les pieds, et tout ce qu'il pouvait faire en fait de mouvement des jambes, c'était de soulever à une certaine hauteur le talon au-dessus du lit, le membre restant étendu.

Quatre jours après le début de cette nouvelle période de sa maladie, — période à la fois de paralysie et de douleurs, tandis que la première aurait été, suivant lui, de douleurs exclusivement, sans paralysie et même sans faiblesse, — il put de nouveau uriner, mais sans jet, lentement, péniblement, à force d'efforts et *la sueur au front*, selon son expression pittoresque. Il en fut ainsi pendant un mois. A cette époque, il eut recours aux conseils d'un médecin français, qui lui fit boire une eau alcaline et lui fit prendre des pilules dont il ignore la composition. Sous l'influence de ce traitement, la vessie reprit sa puissance et l'urine sa limpidité.

Les douleurs, qui avaient duré quarante jours sans interruption, cessèrent à peu près vers la même époque. Mais le malade n'en fut pas moins dans l'impossibilité complète de se lever; ses membres inférieurs lui refusaient tout service. Ce fut seulement après un an de séjour au lit qu'il parvint, pour la première fois, à se tenir debout en s'appuyant sur deux chaises. Il y a de cela huit ans; et, depuis lors, il marche par des prodiges d'équilibre, ayant à peine gardé quelques minces faisceaux de quelques muscles de la cuisse droite et du bassin du même côté, sans mollet, la fesse effacée et formant creux plutôt que relief.

Quand on étudie l'état des muscles au moyen de l'électricité, on constate d'abord que le courant faradique, le courant d'induction, ne provoque aucune contraction, quelque fort qu'il soit, dans aucune des régions du membre. Le courant direct, même avec un grand nombre d'éléments, reste presque partout également impuissant, tant à l'ouverture qu'à la fermeture, et au pôle positif comme au pôle négatif. Ce n'est que vers le haut du couturier et du droit antérieur qu'on arrive à provoquer une secousse appréciable, et encore exclusivement à la fermeture, au pôle positif (tandis que dans des muscles sains, c'est surtout au pôle négatif que la contraction est énergique).

L'étincelle électrique produite par une machine à frottement très-puissante, étincelle si efficace pour mettre en jeu les muscles sains, est absolument sans action sur tous les muscles de ce membre.

Ces constatations ont été faites, sous les yeux du maître, par M. le docteur Vigouroux, attaché comme électricien à la clinique de M. Charcot.

Et cependant, il est des mouvements volontaires ou spontanés qui prouvent que ces muscles n'ont pas tous, en entier, à jamais disparu, comme on serait tenté de le croire d'après ces données.

D'abord, quand le malade est assis, les parties molles des régions antérieure et interne de sa cuisse droite sont agitées parfois de sortes de spasmes répétés ou d'une espèce de trémulation. Par un acte de sa volonté, cet homme peut faire naître, à son gré, ou arrêter, s'ils se sont produits sans qu'il le veuille, ces spasmes et cette trémulation.

Quand il est couché, il peut maintenir sa jambe étendue, toute droite, de manière à la soulever par un mouvement du bassin (les mouvements de flexion de la cuisse sur le bassin lui sont, en effet, impossibles).

Quand il est debout, il peut marcher en effectuant successivement des mouvements d'extension et de flexion de la jambe sur la cuisse.

Ainsi non-seulement les faisceaux du droit antérieur ou du couturier, qui réagissaient à la fermeture au pôle positif, mais même certains faisceaux des muscles fléchisseurs de la jambe subsistent encore.

Ils subsistent si bien, du reste, que quand on applique l'électricité sur le haut du mollet, non loin de leurs tendons, on les sent se raidir. Cela peut tenir à la douleur, car la sensibilité électrique est très-développée chez ce malade, qui paraît, du reste, très-douillet. Cela peut aussi tenir à la diffusion, qui fait arriver l'excitation sur un point resté encore sensible de l'extrémité tendineuse de ces muscles. La chose ne serait point impossible, bien que le réflexe tendineux soit complètement aboli sur les deux tendons rotuliens de cet homme. La conclusion, d'ailleurs, n'en serait pas moins la même en ce qui touche l'état des muscles et leur survivance, pour ainsi dire.

Du côté gauche, dans la cuisse et la hanche, les reliefs musculaires sont moins complètement effacés que du côté droit. La fesse est encore restée saillante. Aussi la cuisse est-elle soutenue dans une position à peu près normale par rapport au bassin, et la progression ne s'effectue-t-elle pas de ce côté comme de l'autre par une sorte de dislocation. Cette dislocation ou cette tension du bassin du côté droit devient douloureuse quand, par exemple, le malade, marchant avec une seule canne, tient cette canne de la main droite. Il souffre alors des reins. Il en souffre également quand il se baisse, en se pliant, comme pour ramasser quelque chose. Mais cela n'a rien de comparable aux douleurs atroces qu'il éprouvait pendant les quarante premiers jours de sa maladie.

Bornons-nous aujourd'hui à ce tableau clinique, que M. Charcot doit comparer, dans une leçon prochaine, au type classique de la paralysie atrophique de l'enfance, type bien tracé par Duchenne (de Boulogne).

Étroitesse congénitale du prépuce amenant les mêmes conséquences qu'un rétrécissement de l'urèthre.

M. le professeur Richet a opéré, samedi dernier, un malade chez lequel la production d'abcès urineux, avec fistules périnéales consécutives, avait été le résultat, non point, comme c'est si fréquent, d'un rétrécissement de l'urèthre, mais simplement d'un phimosis, avec étroitesse congénitale extrême de l'ouverture préputiale.

Cet homme, un maçon, actuellement âgé de quarante-quatre ans, raconte que depuis son enfance il a toujours eu beaucoup de difficulté pour uriner; la vessie ne se vidait qu'avec de grands efforts, très-lentement, par un filet très-mince.

En examinant le pénis, on constatait que le prépuce adhérait au gland et formait, en avant de lui, un canal étroit, induré, d'un centimètre environ de longueur, qui admettait à peine un stylet de trousse.

Dans d'autres cas, l'adhérence au gland d'un prépuce

étroit a pu mettre obstacle à l'érection et au coït. M. Richet nous a raconté l'histoire d'un jeune homme qui, à la veille de se marier, avait dû se faire opérer pour cette cause. Mais il n'en était pas ainsi chez cet homme ; dès l'âge de dix-huit ans, il avait contracté une blennorrhagie ; marié à vingt ans, il était devenu père de quatre enfants, et, il y a sept ou huit ans, il avait eu un chancre de la verge. Quand il éjaculait, le sperme, à ce qu'il raconte, restait en très-grande partie dans l'urèthre, et pour l'en faire sortir il était obligé d'exercer une pression d'arrière en avant sur le canal. Il avait fait cette remarque depuis ses premiers rapports sexuels.

Il y avait donc eu d'abord un travail de dilatation de l'urèthre, comme derrière les rétrécissements portant sur ce canal lui-même ; puis sur un point il s'était fait une déchirure dont l'infiltration urineuse survenue dans le mois dernier avait été la conséquence. Il était facile de prévoir que si l'on n'intervenait pas, le pronostic serait le même jusqu'au bout que dans les anciens rétrécissements de l'urèthre. La vessie, ne pouvant se vider complètement, s'irriterait et prendrait la forme de ce qu'on a nommé *vessie à colonnes*. Sous l'influence de ses contractions prolongées et inefficaces, l'urine refluerait par les uretères jusque dans les reins, dont elle dilaterait les cavités et irriterait le tissu, et le malade finirait par mourir de néphrite.

Une opération était donc urgente. M. Richet la pratiqua le 3 juin. Il excisa d'abord la portion du prépuce qui formait, en avant du gland, comme un cordon dur, percé d'un canal extrêmement étroit ; puis, par une dissection minutieuse, il isola sur toute l'étendue du gland la muqueuse de cet organe de celle du prépuce, et, après avoir régularisé et raccourci cette dernière, il la ramena en arrière et en fixa le bord au bord de la peau à l'aide d'érignes. Le méat, qui avait formé, pour ainsi dire, la base du canal préputial, se trouvait lui-même rétréci. On l'élargit par une incision. Dès lors on put faire pénétrer sans difficulté jusqu'à la vessie une bougie n° 18, et la miction put se faire par un gros jet.

Il n'y avait donc pas de rétrécissement en arrière du gland, comme on avait pu le craindre d'abord, et c'est là ce qui rend ce fait particulièrement instructif.

Les pleurésies insidieuses.

Deux faits observés dans le service de M. Gallard, à l'Hôtel-Dieu, nous fournissent l'occasion de rappeler l'attention sur les pleurésies insidieuses.

Un des malades en question, un homme de quarante-cinq ans, qui occupe le n° 1 de la salle Saint-Louis, accusait, lors de son entrée, un point de côté, dont il souffrait, disait-il, depuis près de trois mois, mais qui était devenu plus fort depuis deux jours. A l'auscultation, on ne trouva absolument rien du côté des plèvres. Ce jour-là il avait la fièvre ; mais dès le lendemain, la température était devenue tout à fait normale, et l'auscultation, comme la percussion, donnait toujours des résultats complètement négatifs. Ce fut seulement le troisième jour qu'on vit l'épanchement se produire, sans réaction fébrile, sans que la température, prise soit le soir, soit le matin, dépassât jamais 38 degrés.

Chez l'autre malade, l'invasion fut également insidieuse, sauf que la pleurésie survint alors qu'il y avait de la fièvre depuis plusieurs jours.

Les faits de ce genre sont loin d'être rares dans la pratique. Souvent la pleurésie survient à petit bruit, sans autre signe qu'une douleur, qui existait déjà à l'état de névralgie intercostale. Souvent même cette douleur manque ; et c'est ainsi que Bretonneau, fort peu de temps avant sa mort, nous a raconté avoir vu des enfants, atteints de pleurésies latentes à la suite d'un bain froid, revenir, par exemple, des bords de la mer avec une plèvre pleine de liquide sans que personne s'en doutât.

Il importe donc que le praticien se tienne sur ses gardes, en ne perdant pas de vue cette éventualité.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 juin 1882. — Présidence de M. L. Labbé.

COMMUNICATIONS

Injections d'iodoforme dans les arthrites fongueuses.

M. Marc Sée. L'iodoforme a été préconisé non-seulement en applications locales, pour le traitement des plaies et des ulcères, mais aussi à l'intérieur comme spécifique des affections tuberculeuses.

Cette dernière opinion, soutenue par les Allemands, principalement par Mazetti (de Vienne), n'a pas été confirmée par l'expérience, et l'on sait aujourd'hui que l'action de l'iodoforme est absolument nulle contre les lésions tuberculeuses éloignées du point d'application.

Il n'en est pas de même de son application locale et, particulièrement en injections, dans les fongosités articulaires d'origine tuberculeuse. M. Sée l'a récemment employé de cette façon chez une jeune fille de quinze ans, très-délicate et dont les deux genoux, surtout le genou gauche, étaient atteints d'arthrite fongueuse. Tous les divers traitements employés jusqu'ici avaient été sans résultats. La marche restait toujours impossible. Le diagnostic étant très-précis, M. Sée fit une première injection d'une solution d'iodoforme dans l'éther au côté externe de la rotule, dans le genou gauche. Il se déclara bientôt de la rougeur, du gonflement, de la douleur, qui disparurent en peu de jours sous l'influence des cataplasmes. Quinze jours après on constatait dans le genou gauche une amélioration très-notable. M. Sée fit la même injection dans le genou droit ; il obtint les mêmes effets.

Quelque temps après, une seconde injection fut faite dans le genou gauche, puis on y appliqua la bande d'Esmarch. Après quelque temps, plus de douleurs, plus de mobilité latérale anomale ; les mouvements étaient redevenus faciles.

Peu à peu les genoux revinrent à leur état normal ; la malade marche sans aucune claudication et paraît guérie. M. Sée rappelle qu'on a employé, dans ce cas, concurremment, la compression élastique, à laquelle on pourrait bien attribuer au moins une part de la guérison ; mais M. Sée n'hésite pas à penser que les injections d'iodoforme ont été aussi très-favorablement appliquées.

M. Desprès a fait trois fois une injection iodée dans des articulations. Dans les deux premiers cas, il a obtenu la guérison ; dans le troisième cas, le malade est mort deux ans après d'une affection du cœur. On a trouvé, à l'autopsie, l'articulation remplie de pus. Ces injections, d'ailleurs, ne sont pas un nouveau mode de traitement ; Boinet, Velpeau les avaient déjà pratiquées.

M. Desprès a vu la malade dont a parlé M. Sée ; pour lui cette malade est purement et simplement améliorée, mais non guérie ; les mouvements sont encore difficiles. M. Desprès appliquerait en ce moment, chez elle, la compression ouatée.

M. Verneuil. La communication de M. Sée soulève deux questions : l'une de thérapeutique, l'autre d'anatomie pathologique. Au point de vue thérapeutique, il n'y a rien de nouveau. M. Le Fort a recommandé les injections interstitielles dans les fongosités; M. Duménil (de Rouen) également. Ce traitement, qui consiste à aller attaquer directement les tissus fongueux, constitue bien réellement une nouvelle méthode.

Relativement à la question d'anatomie pathologique, M. Sée semble dire que toutes les fongosités inter-articulaires sont d'une seule et même origine ; il y aurait là une erreur. Il existe en effet trois variétés bien distinctes : 1° les synovites rhumatismales chroniques ; 2° les follicules tuberculeux si bien étudiés, de nos jours, par Brissaud, Lannelongue, etc., et qui constituent la synovite tuberculeuse ; 3° enfin ces fongosités souvent fort considérables qui ne sont ni d'origine rhumatismale ni d'origine tuberculeuse, mais symptomatiques d'une affection osseuse, ostéite ou autre. Cette distinction est très-importante dans la pratique. Les synovites tuberculeuses considérables ne guérissent pas et exigent les mesures radicales ; c'est en vain même que, dans ces cas, l'on fait la résection de l'articulation malade ; le plus souvent il faut en arriver d'emblée à l'amputation. Dans les synovites fongueuses rhumatismales, au contraire, il ne faut jamais réséquer ni amputer, la compression, jointe aux badigeonnages iodés, suffisant le plus souvent pour en obtenir la guérison en huit ou dix mois ; dans les synovites symptomatiques d'ostéites, on recommande, quand on fait la résection, d'exciser la synoviale. Cette extirpation de la synoviale est souvent difficile et inutile. Il n'y a aucun inconvénient à la laissser ; la résection osseuse suffit ; la synoviale épaissie finit toujours par se résoudre.

M. LANNELONGUE dit que la question est de la plus haute importance et doit être mise à l'ordre du jour de la Société. Il n'admet pas entièrement la distinction établie par M. Verneuil ; il n'admet que deux variétés de fongosités intra-articulaires, l'une d'origine tuberculeuse comme l'a démontré pour la première fois Koster, en 1870, qui a pour caractéristique anatomique la présence, l'apparition dans la synoviale articulaire de nodules tuberculeux amenant le développement des fongosités tuberculeuses; l'autre constituée par des fongosités dites inflammatoires ou simples, se séparant des premières en ce qu'il n'y a pas de nodules tuberculeux, mais bien de simples bourgeons charnus, un tissu purement vasculaire, granuleux, qu'il s'agissse d'ailleurs d'une ostéite des os du voisinage ou de toute autre cause, de rhumatisme, par exemple. Il n'y a donc au point de vue de l'anatomie pathologique que deux variétés bien distinctes de fongosités intra-articulaires.

Si l'on se place au point de vue de l'étiologie, il faut reconnaître que diverses causes peuvent amener la seconde variété ; il y a, par exemple, la synovite d'origine rhumatismale aboutissant très-rarement à la formation de fongosités, variété beaucoup plus fréquente qu'on le croit. Les indications thérapeutiques doivent varier en raison même des causes et de la nature de l'affection.

M. MARC SÉE fait remarquer à M. Desprès que les injections iodées faites dans des hydarthroses n'ont rien de commun avec les injections d'iodoforme qu'il a faites dans des arthrites fongueuses; que la malade qu'il a présentée est tellement améliorée, qu'elle peut être considérée comme guérie ; qu'enfin, contrairement à M. Desprès, si elle revenait à lui, il ne chercherait pas l'ankylose et persévérerait dans la voie où il s'est engagé. A M. Verneuil, M. Sée répond qu'il ne regarde pas toutes les fongosités intra-articulaires comme étant d'origine tuberculeuse, qu'il en distingue deux espèces : celles qui sont véritablement tuberculeuses et celles qui sont le résultat de l'extension d'une inflammation des os voisins. Quant à l'arthrite rhumatismale chronique, elle peut amener la formation de fongosités, mais jamais elle ne prend l'étendue des arthrites tuberculeuses. D'ailleurs il est facile de la distinguer des autres variétés d'arthrites.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL lit, au nom de M. Daniel Mollière, un travail sur l'extirpation préventive des synoviales périarticulaires dans les arthrites fongueuses. Il cite plusieurs observations, une entre autres qui peut ainsi se résumer : éthérisation, ischiémie à l'aide la bande d'Esmarch, emploi de la méthode de Lister, incision cruciale, ouverture des articulations tibio-tarsienne et calcanéo-astragalienne, des sinus du tarse, dissection des fongosités, pansement phéniqué, drainage, immobilisation plâtrée, réunion immédiate, conservation des mouvements, guérison parfaite.

M. DESPRÈS ne s'explique pas comment la simple incision cruciale indiquée par l'auteur ait suffi pour accomplir cette opération.

M. TRÉLAT rappelle que l'extraction des fongosités tendineuses, même jusque dans l'intérieur des articulations, est une opération qui a été préconisée il y a vingt-cinq ans par Bidart.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE dit que l'extraction des fongosités intra-articulaires est un fait banal pour un grand nombre de chirurgiens. Il ne voit pas en quoi l'opération préconisée par M. Daniel Mollière diffère des autres et puisse constituer une méthode nouvelle.

De la colotomie lombaire comme opération palliative dans l'épithélioma du rectum. — M. TRÉLAT présente de nouveau à la Société la malade qu'il lui a déjà présentée et chez laquelle il a pratiqué la colotomie lombaire pour un épithélioma volumineux du rectum. Elle a subi cette opération le 2 décembre 1881, c'est-à-dire il y a six mois. Elle se porte aussi bien que possible, quoiqu'ayant toujours son épithélioma du rectum. Comparativement, M. Trélat cite l'observation d'un malade chez lequel il avait diagnostiqué tout à fait au début l'existence d'un petit épithélioma du rectum. Il en a fait largement l'ablation. Cette ablation a été faite très-correctement et dans les meilleures conditions de guérison. Après cinq semaines, traces de récidive. Nouvelle ablation, nouvelle récidive. Aujourd'hui, ce malade entre dans la période cachectique. Or, sa première opération a été faite en même temps que la colotomie lombaire a été pratiquée chez la première malade, qui se porte très-bien, tandis que lui se meurt. M. Trélat cite l'exemple d'un autre malade auquel il a fait l'ablation d'un large anneau épithélial. L'opération, bien que très-étendue, a été faite aussi largement que possible; malgré cela, le malade a succombé le neuvième jour à une cellulite pelvienne. Donc, dans un cas où il s'agit d'une tumeur dont le volume excède le poing, une opération palliative a donné, jusqu'ici, six mois d'une survie complète, tandis que dans des cas analogues ou même moins graves, les opérations radicales ont donné de fort mauvais résultats.

M. DESPRÈS, qui vient d'examiner le malade de M. Trélat, émet quelques doutes sur la nature cancéreuse de la tumeur qu'elle porte dans le rectum.

M. TRÉLAT fait observer qu'il a pu en extraire un petit lobe qui a été examiné au microscope, et qu'il s'agit d'un épithélioma parfaitement caractérisé.

M. DESPRÈS rappelle, à cette occasion, qu'un malade porteur d'un épithélioma rectal dont il a parlé à la Société et, chez lequel il s'est contenté de pratiquer une simple dilatation pour rétablir le cours des matières, va actuellement encore aussi bien que possible.

M. MARC SÉE. M. Trélat veut-il dire que dans tous les cas il faut préférer la colotomie lombaire à l'ablation des épithéliomas rectaux? Nous savons cependant que, en général, à la suite de ces dernières opérations, les malades se rétablissent très-promptement et guérissent très-bien de l'opération. La colotomie lombaire paraît inutile tant que les matières passent bien ; elle ne semble indiquée que dans les cas de rétention des matières, à moins que l'on ne considère le contact de ces matières contre la tumeur ulcérée comme dangereux au point de vue de l'infection.

M. TRÉLAT conteste cette assertion émise par M. Sée, à savoir que les malades opérés de cancers du rectum guérissent toujours très-bien de l'opération. Il renonce par exemple à l'ablation totale de la partie inférieure du rectum, qu'il regarde comme une opération très-dangereuse. Les Anglais, qui ne sont pourtant pas des chirurgiens timides, considèrent cette opération comme une opération barbare, et lui préfèrent de beaucoup l'opération palliative de la colotomie lombaire. Sans aucun doute, ajoute M. Trélat, le contact permanent des matières contre la tumeur ulcérée est un danger auquel pare précisément très-bien la colotomie lombaire.

M. MARCHAND fait observer que cette opération est de pratique constante en Angleterre et faite précisément dans le but d'éviter le contact permanent des matières.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Histoire de l'hôpital de Notre-Dame de Pitié de Paris (1612-1882).

Par M. le docteur O. Guillier.

I

NOTICE HISTORIQUE SUR L'ORIGINE DES HOPITAUX.

C'est au christianisme qu'il faut faire remonter l'origine des hôpitaux; et l'honneur de leur fondation, tant en Europe qu'en Afrique et dans les parties de l'Asie qui les avoisinent, ne peut lui être contesté.

Avant cette époque, il n'existait que des maisons publiques où les voyageurs et les étrangers recevaient l'hospitalité.

La mendicité qui existe dans nos sociétés actuelles était inconnue des anciens, car l'esclavage qui existait chez eux obligeait les grands propriétaires à nourrir ceux qui, libres aujourd'hui, manquent de tout et sont forcés de demander l'aumône.

D'ailleurs, il faut arriver au christianisme pour trouver les sentiments charitables et les idées philanthropiques; jusque-là, la voix de l'humanité ne s'était pas encore fait entendre. L'égoïsme et la personnalité dominent les sociétés antiques, tandis qu'au contraire la fraternité et l'assistance mutuelle sont les traits principaux de la doctrine chrétienne; les hommes eurent dès lors une place marquée dans le monde social, et une espèce de solidarité s'établit entre les membres de cette nouvelle société, dont les aptitudes, les facultés physiques et morales différentes, constituèrent les seuls éléments d'inégalité.

Cet égoïsme des sociétés antiques, nous le retrouvons partout; ne voyons-nous pas, en effet, Moïse, pour préserver son peuple des épidémies et de la contagion, chasser sans pitié de son camp les pauvres malades et les condamner ainsi à une mort certaine?

N'est-ce pas également dans le seul but d'assurer la tranquillité publique et la libre jouissance des fortunes particulières, que, dans les républiques grecques, les riches venaient au secours des pauvres?

Enfin, si nous en croyons un auteur philosophique, qui écrivait au commencement du XVI[e] siècle, le *baron de Bock*, cette hospitalité, dont on a fait tant d'honneur à l'antiquité, n'était qu'une espèce d'assurance mutuelle qui trouvait sa source et son explication dans l'intérêt seul des particuliers.

Ce ne fut vraiment qu'après la conversion au christianisme de l'empereur Constantin, c'est-à-dire au commencement du IV[e] siècle, que le dévouement et la bienfaisance de la religion nouvelle apparurent au grand jour.

Les plus riches d'entre les chrétiens firent bâtir de vastes établissements où les douleurs et la misère trouvèrent un refuge. Les évêques suppléaient à l'insuffisance des fortunes particulières, soit en faisant appel à des souscriptions volontaires, soit en réalisant toutes sortes d'économies sur les revenus de leur église.

Nous devons reconnaître, il est vrai, que la création de ces établissements fut pour beaucoup dans l'augmentation du nombre des mendiants et des fainéants, qui trouvèrent là un moyen facile de vivre aux dépens de ces fondations et s'accoutumèrent très facilement à ne plus s'en passer.

A l'imitation de ces gens vivant dans l'oisiveté, il se forma de nouvelles générations de pauvres qui nécessitèrent la multiplication de ces maisons destinées à les recevoir, soit dans le cas de maladie, soit dans le cas d'extrême misère.

Le premier établissement de ce genre qui fut établi à Rome, le fut vers l'an 380, par une dame très riche du nom de *Fabiola*. Saint Jérôme (1) nous fait un long tableau de tous les malades qu'on y recevait et qu'on allait même chercher dans la rue où ils gisaient consumés par la faim et les douleurs. Cet établissement fut aussi, d'après saint Jérôme, le premier auquel on donna le nom de νοσοκομεῖον (2).

Il existait déjà depuis quelque temps des espèces d'infirmeries dans les camps, pour les soldats malades ou blessés et qu'on appelait *valetudinarium*. Dans les *Commentaires* de Jules César, on ne trouve aucune mention de semblables établissements, et il ressort même de la lecture de cet ouvrage que les soldats étaient respectivement soignés dans leurs tentes ou confiés dans les villes à des femmes et à des vieillards qu'on rétribuait.

Ce n'est qu'au *deuxième* siècle de notre ère que l'on trouve l'existence de valetudinarium dans les camps.

Rome avait été cependant devancée par l'Orient dans la voie généreuse où Fabiola était entrée.

Saint Épiphane qui écrivait un demi-siècle environ avant saint Jérôme, dit que Eustathe, évêque de Sébaste, fonda un établissement où étaient reçus les malades et dont la direction fut confiée à l'hérésiarque Ærius : voici d'ailleurs un fragment de ce passage :

Nam et presbyterum hunc postea creavit et Xenodochii, quod ptochotrophium in Ponto vocatur, curam ei (Aerio) commisit; ejusmodi quippe domicilia præ amore erga hospites ab ecclesiarum antistitibus exutari solent ; in quibus mutilatos et imbecillos collocant, iisque ad victum necessaria pro virili suppeditant (3).

D'après ce passage, on voit que saint Épiphane lui-même ne donne pas le *Xenodochium* de Sébaste comme une nouveauté, puisqu'il reconnaît que de semblables établissements existaient déjà dans le royaume de Pont, sous le nom de *Ptochotrophium*.

Vers l'an 372, saint Basile se distingua tout particulièrement, pendant qu'il était évêque de Césarée, par la fondation d'un vaste établissement qu'il fit bâtir en dehors de la ville et auquel il donna le nom de *Ptochotrophium*. Cet hôpital devint si important, que saint Jean Chrysostome le compare à une seconde ville; on y recevait, en effet, toutes les personnes pauvres, les malades, les vieillards, les veuves, les enfants et les pèlerins. Des médecins étaient attachés à la maison, ainsi que des serviteurs, et l'on dit même que les ouvriers y avaient des ateliers pour y exercer leur profession.

Sous le règne de Constantin, deux hommes riches, Sampron et Eubule, fondèrent à Byzance un hôpital destiné aux malades et aux infirmes. Ces deux établissements furent, peu de temps après leur construction, brûlés dans un incendie suscité par une émeute populaire (4).

D'après ce que nous venons de rapporter, il est certain que le berceau des établissements hospitaliers se trouve en Orient, et que le *Nosocomium* de Fabiola ne fut que l'impor-

(1) *Lettres de saint Jérôme*, traduct. de MM. Grégoire et Colombet, t. IV, p. 288. (Paris, 1840.)

(2) Νόσος, maladie, κομέω, je soigne. *Nosocomium.*

(3) Epiphani *Constantiæ sive Salaminis in Cypro, episcopi opera omnia adversus hæreses*, lib. III, t. I, p. 905. (Paris, 1622.)

(4) *Antiquités grecques.* — Petrus Gyllius, *De topographiâ Constantinopoleos, de Xenodochiis Sampronis et Eubuli* (t. VI, lib. II, cap. VIII).

tation à Rome des *Ptochotrophium* de saint Basile et de saint Jean Chrysostome.

On vit bientôt ces sentiments de charité se répandre avec ardeur dans tout l'empire d'Orient, et surtout à Constantinople, où des établissements furent fondés pour toutes les infortunes. Chaque établissement étant destiné à recevoir différentes catégories de personnes, on leur donna également un nom différent, en rapport avec le but qu'ils remplissaient; c'est ainsi qu'on désignait sous le nom de *Ptochodochium* ou *Ptochotrophium* les asiles des pauvres.

Ceux destinés aux enfants s'appelaient *Pædotrophium.* Les établissements destinés aux enfants trouvés et aux orphelins portaient le nom de *Orphanotrophium.* Les femmes et les filles trouvaient un asile dans les *Gynetrophium*, et enfin, sous les dénominations de *Xenodochium* ou *Xenotrophium* on désignait les endroits où l'on recevait les étrangers, voyageurs et pèlerins.

Cette multiplication des hôpitaux n'a rien qui doive nous surprendre, car, d'après M. Fleury, sur cent mille chrétiens qu'il y avait à Constantinople on comptait environ cinquante mille pauvres; c'est pour cette raison que saint Jean Chrysostome conseillait au peuple d'avoir chacun chez soi son hôpital domestique, c'est-à-dire une petite chambre pour les malheureux.

Quant à l'origine du mot *hôpital*, dont nous nous servons aujourd'hui et dont la racine est latine, son acceptation dans le sens de Nosocomium est de date relativement moderne.

Si nous lisons, en effet, l'ouvrage de M. le docteur Pointe (1), nous voyons que l'Hôtel-Dieu de Lyon, fondé en 542, et qui, comme ceux de l'Orient, recevait des pauvres, des orphelins, des malades et des pèlerins, est encore désigné dans les actes du 5e concile d'Orléans, en 549, sous le nom de Xenodochium. Le mot hôpital fut primitivement employé dans le sens de sa racine *Hospes, hospitalium*, et servait à désigner tous les établissements consacrés à l'hospitalité, quels que fussent les motifs et la position de l'hôte (hospes) qui venait la réclamer.

Nous retrouvons dans le vieux Paris les traces de ces établissements. Une bulle du pape Urbain III, de 1187, dit que Robert de Dreux, quatrième fils de Louis le Gros, fonda, avec l'église Saint-Nicolas du Louvre, quatre prébendes et un hôpital pour les pauvres écoliers; hôpital qui, au XIIIe siècle, était appelé *Hôpital des écoliers de Saint-Nicolas du Louvre*, et était composé en 1350 de 18 boursiers.

En 1316, de bons bourgeois fondèrent un hôpital destiné à recevoir les pèlerins qui passaient par Paris pour se rendre à Saint-Jacques de Compostelle ou qui en revenaient: on y recevait aussi les pauvres passants.

En 1326 fut fondé l'hôpital du Saint-Sépulcre, dans la rue des Lombards, pour recevoir les pèlerins de Jérusalem.

Nous pourrions citer encore bien d'autres établissements du même genre, dont l'énumération nous entraînerait trop loin. Ce que nous désirons surtout faire ressortir, c'est que sous cette appellation d'*hôpital* on ne comprenait pas un lieu destiné aux malades, mais bien une maison d'hospitalité. Toutefois, grâce aux fatigues et aux privations éprouvées par les gens qui venaient ainsi demander l'hospitalité, il arriva que ces établissements se remplirent peu à peu de malades. Si bien que, dans la suite, on conserva le nom d'*hôpital* aux établissements qui furent créés non plus pour y recevoir des voyageurs, mais comme lieux destinés spécialement aux malades.

Cette explication, que nous empruntons au docteur Roubaud (1), nous paraît, comme à lui, des plus probables, car s'il en était autrement, nous ne retrouverions pas ce mot hôpital employé dans toute l'Europe pour désigner les mêmes établissements; ce qui s'explique au contraire en songeant que toute l'Europe participa au grand mouvement des croisades, qui obligea toutes les puissances à créer des maisons hospitalières pour le nombre si considérable de voyageurs et de malades qui exista à cette époque.

Les hôpitaux se multiplièrent prodigieusement en France, en Italie et en Espagne. Vers les VIe, VIIe et VIIIe siècles, on s'occupa même, avec plus de soin qu'on ne l'avait fait jusqu'alors, de leur administration temporelle et spirituelle.

L'empereur Justinien est, dit-on, le premier qui ait fait publier une loi à cet effet. Il est dit par cette loi que:

Les *Administrateurs des hôpitaux* n'auront point la liberté de disposer de ce qu'ils auront acquis depuis qu'ils sont entrés en charge, non plus que les évêques; que tous leurs acquêts appartiendront aux hôpitaux, en considération desquels on les leur donne, puisque l'on est persuadé qu'ils emploient à ces bonnes œuvres même leurs biens propres.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours pour la nomination à trois places de chirurgien du Bureau central vient de se terminer, quant aux épreuves d'admissibilité, par l'admission de MM. Balzy, Duret, Henriet, Jalaguier, Jullien, Petit, Prengrueber, Quenu, Reynier et Segond, à subir les épreuves définitives.

Les questions qui ont été données pour l'épreuve de médecine opératoire sont: 1° ligature de la carotide externe; désarticulation du cinquième métacarpien et du doigt correspondant; 2° ligature de la fémorale dans le canal de Hunter; désarticulation tarso-métatarsienne dite de Lisfranc; 3° ligature de l'iliaque externe; désarticulation sous-astragalienne.

Le sujet de la composition écrite a été: Synoviales de la main; plaies artérielles de la main.

— *Faculté de médecine de Paris.* — 1° Un concours pour les emplois vacants de chef de clinique chirurgicale s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris, dans le courant du mois de juillet 1882. Il sera pourvu à la nomination de deux chefs de clinique titulaires et de deux chefs de clinique adjoints.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté avant le 1er juillet 1882. (Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours de midi à trois heures.) Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de doctorat.

Sont admis à concourir tous les docteurs en médecine qui n'ont pas plus de trente-huit ans au jour d'ouverture du concours. Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin ou de chirurgien des hôpitaux, de prosecteur ou d'aide d'anatomie. Pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté. Une affiche ultérieure fera connaître la date précise de l'ouverture du concours.

2° Un concours pour un emploi vacant de chef de clinique obstétricale s'ouvrira à la Faculté, dans le courant du mois de juillet 1882. Il sera pourvu à la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint.

---

(1) Dr Pointe, *Histoire topographique et médicale du grand Hôtel-Dieu de Lyon* (p. 1 et suiv.). Lyon, 1842.

(1) Dr Roubaud, *Des Hôpitaux au point de vue de leur origine et de leur utilité.* (Paris, 1853.)

Les conditions du concours sont identiquement les mêmes que celles du concours de clinicat chirurgical.

3° Un concours pour un emploi vacant de chef de clinique des maladies mentales s'ouvrira à la Faculté dans le courant du mois de juillet 1882. Il sera pourvu à la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint.

Mêmes conditions que pour le clinicat chirurgical, si ce n'est que les docteurs en médecine admis à concourir ne devront pas avoir plus de trente-quatre ans au jour d'ouverture du concours.

4° Un concours pour les emplois vacants de chef de clinique médicale s'ouvrira à la Faculté dans le courant du mois de juillet 1882. Il sera pourvu à la nomination de deux chefs de clinique médicale titulaires et de deux chefs de clinique adjoints.

Mêmes conditions que ci-dessus, si ce n'est que seuls sont admis à concourir les docteurs en médecine n'ayant pas plus de trente-quatre ans au jour d'ouverture du concours.

5° Un concours pour un emploi vacant de chef de clinique des maladies des enfants s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris dans le courant du mois de juillet 1882. Il sera pourvu à la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint.

Toutes les conditions sont les mêmes que ci-dessus, y compris la limite d'âge fixée à trente-quatre ans le jour d'ouverture du concours.

6° Un concours pour un emploi vacant de chef de clinique des maladies cutanées et syphilitiques s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris dans le courant du mois de juillet 1882. Il sera pourvu à la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint.

Les conditions sont exactement les mêmes que celles qui sont ci-dessus spécifiées, et seuls sont admis à concourir les docteurs en médecine qui n'ont pas plus de trente-quatre ans au jour d'ouverture du concours.

— *Corps de santé militaire.* — Par arrêté ministériel en date du 7 juin 1882, le Comité consultatif de santé est composé ainsi qu'il suit :

Président : M. Legouest, médecin inspecteur général. — Membres : MM. les médecins inspecteurs Didiot, Perrin, Champenois, Colin et Daga ; M. le pharmacien inspecteur Coulier. — M. Péruy, médecin principal de première classe, est attaché au comité en qualité de secrétaire.

— Sont nommés, par arrêté préfectoral, médecins du service des Enfants assistés de la Seine : MM. les docteurs Lemoine, pour la circonscription de Château-Chinon ; Ravet, pour la circonscription de Saint-Benoit d'Azy (Nièvre) ; Théry, pour la circonscription de Courrières (Pas-de-Calais) ; Pirotais, pour la circonscription de Fougères (Ille-et-Vilaine) ; et Tournier, pour celle de Druiges (Orne).

— La Société de médecine légale vient de nommer :

1° *Membres honoraires :* MM. les docteurs Cazelles, ancien interne des hôpitaux de Paris, préfet de Meurthe-et-Moselle ; Duguet, médecin des hôpitaux, et M. Turquet, député, ancien magistrat.

2° *Membres titulaires :* M. Danet, avocat à la cour de Paris ; MM. les docteurs Foville, inspecteur général du service des aliénés ; Pinard, médecin accoucheur, agrégé, et Vibert, médecin expert des tribunaux.

Elle procédera, dans sa séance du mois de juillet, à l'élection de cinq membres correspondants nationaux. Deux places de membres titulaires ont été déclarées vacantes. Les nominations auront lieu vers la fin de l'année. Les candidats sont invités à faire parvenir leurs demandes au secrétariat général avant les vacances.

— *Faculté des sciences de Nancy.* — M. le professeur Grandeau est maintenu dans les fonctions de doyen, pour une période de trois ans.

— *Hôpitaux de Lyon.* — Le lundi 10 juillet 1882, à huit heures du matin, il sera ouvert, à l'Hôtel-Dieu, un cours public pour la nomination de quinze pharmaciens-adjoints des hôpitaux, et d'un nombre de pharmaciens-adjoints provisoires, à fixer au moment du concours.

Le registre d'inscription, ouvert à l'administration centrale des hospices de Lyon, 44, passage de l'Hôtel-Dieu, sera clos le mardi 4 juillet, à quatre heures.

— Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Lagarelle, médecin en chef de l'asile des aliénés de Bordeaux, qui a succombé avant-hier, mercredi 7 juin 1882.

— La Société médicale des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance mercredi 14 mai, à huit heures précises du soir, à l'administration de l'Assistance publique.

Ordre du jour : 1° Présentation de deux membres titulaires ; 2° constitution médicale du mois de mai, policlinique ; 3° observation à propos d'une épidémie d'oreillons, par M. Depasse.

— M. le docteur Edmond Langlebert commencera lundi prochain, 12 juin, à sept heures et demie du soir, ses conférences sur la thérapeutique des maladies vénériennes, et les continuera, à la même heure, les vendredis et lundis suivants, rue de l'Odéon, 10.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 12978.

N° 68. — MARDI 13 JUIN 1882. 55e ANNÉE. MARDI 13 JUIN 1882. — N° 68.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Legrand du Saulle.

L'aphasie et les aphasiques (1).

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE. CLINIQUE. ÉTAT MENTAL. MÉDECINE LÉGALE.

IX

Obs. II. — *Affaire X... — Apoplexie ; aphasie ; perte absolue de la parole, mais conservation de l'intelligence et du pouvoir coordinateur de l'écriture ; interdiction demandée ; conseil judiciaire* (2). — M. X..., Jean, âgé de cinquante ans, ancien caissier, domicilié à Paris, a éprouvé un léger accident congestif du côté du cerveau, en août 1873. Huit jours après, il était rétabli et avait repris ses occupations ordinaires.

Le 23 juillet 1874, il fut frappé d'apoplexie, avec hémiplégie droite et aphasie. La paralysie de la moitié droite du corps ne persista que pendant deux mois, mais l'aphasie resta complète. En 1875, survint une nouvelle attaque d'apoplexie, également suivie d'hémiplégie droite, et dont on ne retrouve plus aujourd'hui que quelques indices assez peu prononcés.

Après des désordres physiques aussi graves, M. X... s'est réparé partiellement et a pu, en outre, conserver presque toute son intelligence ou même toute son intelligence. On n'observe chez lui, en effet, ni dérèglements de la raison, ni troubles de la mémoire, ni déviations apparentes de la volonté, ni absence du jugement, ni perversion des sentiments, mais une grande infirmité subsiste : la parole manque. M. X..., qui voit, entend et comprend tout, éprouve une insurmontable difficulté dans le fonctionnement du langage ; il essaye de parler, mais, ne parvenant qu'à prononcer une ou deux syllabes, et invariablement les mêmes, *ni, eni, ni*, il a recours à une mimique animée, significative et expressive. Bientôt cette mimique est elle-même insuffisante, et M. X..., pour traduire mieux encore sa pensée, dont il reste toujours le maître, tire de sa poche un carnet, écrit à la hâte et présente son opinion écrite ou sa réponse. Véritable Tantale de la parole, mais aphasique privilégié, il a perdu, en effet, le pouvoir législateur de la faculté du langage, mais il a conservé le pouvoir coordinateur de l'écriture. S'il ne parle point, ce n'est donc point parce que sa pensée est dépourvue de vivacité ou de clarté, mais c'est parce qu'il n'a pas le moyen de l'exprimer ; il manque, en un mot, de l'instrument qui communique la pensée. Sa maladie n'est donc point caractérisée par la nuit de la raison, mais par le sommeil de la parole. Du reste l'aphasie n'est point une forme particulière de l'aliénation mentale, mais un symptôme lié à diverses affections du cerveau.

Voici quel a été l'interrogatoire de M. X... :

D. Quels sont vos nom, prénoms, âge, profession et domicile ?

R. (Le comparant fait signe qu'il ne peut pas parler.)

D. Veuillez alors écrire votre réponse.

R. X..., Jean, cinquante ans, ex-caissier, rue ***.

D. Ce sont vos enfants qui demandent votre interdiction ?

R. (Par signes). Oui.

D. Croyez-vous que cette mesure soit dans votre intérêt ? Dans le cas contraire, pourquoi votre fille la sollicite-t-elle ?

R. (Par écrit). Non, elle veut être seule à gérer ma fortune.

D. En quoi consiste votre fortune ?

R. 5,000 francs de rente et ma retraite de 2,900 francs.

D. Le conseil de famille, à l'unanimité, a pensé aussi que la mesure sollicitée par votre fille était dans votre intérêt.

R. Que je n'en connais aucun.

D. Vous voulez dire que vous ne connaissez pas les personnes qui ont composé le conseil de famille ?

R. Oui.

(Nous faisons connaître au comparant les noms des personnes qui ont fait partie du conseil de famille. Il nous fait comprendre par gestes qu'il les connaît assez pour les saluer, mais qu'il n'a pas de rapports avec elles et qu'elles ne sont pas au courant de sa position.)

D. Etes-vous en bonne santé ?

R. Oui. J'ai été malade en 1874, et très-malade en 1875.

D. Vous devez bien calculer, ayant été caissier ?

R. Oui.

D. On prétend que vous ne savez plus calculer ?

R. Oui.

(Invité à additionner les deux nombres 497 et 579, le comparant en fait l'addition exacte. Invité à multiplier 498 par 769, le comparant trouve 375,562 au lieu de 382,962. Nous constatons d'ailleurs que ses chiffres ne sont pas très-nets.)

D. Demeurez-vous encore avec votre fille ?

R. Oui.

D. N'êtes-vous pas dans l'intention d'aller demeurer aux Batignolles ?

R. Oui.

D. Pourquoi voulez-vous cesser d'habiter avec votre fille ?

R. Parce que je me plais avec eux.

D. C'est une raison pour ne pas les quitter ?

R. Je couche à huit heures et demie.

D. On craint que vous ne subissiez une influence étrangère. Que vous ne dissipiez votre fortune ?

(1) Suite. — Voir le numéro du 6 juin 1882.

(2) Observation personnelle.

R. Une influence *étrangère*, mais je connais personne, sauf M. et Mme T..., Mme F... et Joséphine P...

D. Votre gendre et votre fille sont-ils bien intentionnés pour vous?

R. Ma fille peut-être, mon gendre non.

D. Croyez-vous que vous soyez en état de faire vos affaires vous-même?

R. Oui.

(Lecture faite au comparant, il a persisté.)

M. X... peut écrire et est comparable jusqu'à un certain point au sourd-muet lettré qui impose sa volonté par signes et qui jouit de tous les privilèges de la capacité civile.

A l'hospice de Bicêtre, pendant treize années consécutives, j'ai observé un certain nombre d'aphasiques. Quelques-uns étaient restés aussi intelligents que l'est aujourd'hui M. X... Mais je finissais cependant par découvrir chez eux un point vulnérable. Ainsi, il m'a paru que ces aphasiques demeurés intelligents résistaient parfois mollement à des suggestions avides et qu'ils prenaient alors des dispositions testamentaires en dehors des liens de la famille, discutables à l'occasion, qui, sans l'aphasie préalable, n'auraient peut-être pas été consenties aussi facilement? Sauf cette fermeté diminuée sur un seul point, sauf cette aptitude un peu défaillante à tester, les opérations diverses et variées de l'entendement se manifestaient dans des conditions qui ne laissaient point de prise à la suspicion pathologique.

Je reconnais que l'absence de la parole est une cause d'amoindrissement, d'infériorité relative, mais je constate d'autre part que le défendeur est pourvu de l'intelligence nécessaire à la gestion de ses affaires. Un tribunal ne pourrait pas interdire M. X... parce qu'il est aphasique, mais parce qu'il serait imbécile, dément ou furieux; or il est intelligent, donc il ne peut être interdit.

Les causes d'incapacité, a dit la Cour de cassation, doivent être traitées comme de véritables exceptions et ne jamais s'étendre, par induction, d'un cas nettement prévu à un cas purement hypothétique.

Est-ce à dire que M. X... n'ait pas besoin d'un protecteur nécessaire? Si l'on ne doit pas lui retirer tous ses droits civils, parce qu'il est resté intelligent et parce que les motifs de l'interdiction sont limités aux maladies mentales et ne s'étendent aucunement à une lésion purement physique, ne serait-il pas équitable que quelqu'un pût l'aider et le suppléer, à l'occasion? Ne pouvant pas parler et débattre ses intérêts, je crains que cette suppression du principal mode de communication de la pensée n'engendre des complications dans les transactions de la vie civile, et n'expose M. X... à devenir facilement la victime de manœuvres dolosives.

Dans l'espèce, il me paraît que la nomination d'un conseil judiciaire établirait non-seulement auprès du défendeur un contrôle sérieux, propre à prévenir toute erreur, toute surprise dans les transactions, mais aurait encore pour but de lui adjoindre un interprète, une sorte de traducteur qui faciliterait singulièrement ses relations sociales.

En résumé:

1° M. X... est un apoplectique frappé d'aphasie, mais demeuré intelligent et raisonnable;

2° Il communique sa pensée par une mimique expressive, mais surtout par l'écriture;

3° A aucun titre, il ne saurait être interdit;

4° Toutefois, comme il a besoin d'être assisté par une personne dévouée, ferme et éclairée, je suis d'avis qu'il y a lieu de le pourvoir d'un conseil judiciaire.

La décision judiciaire suivante est intervenue:

« Le tribunal...,

« Attendu que, dès à présent, et sans qu'il soit nécessaire de recourir aux mesures sollicitées par les époux ***, à titre subsidiaire, il résulte des documents de la cause et spécialement de l'interrogatoire subi par X..., que celui-ci n'est pas dans un état d'imbécillité, de démence et de fureur, que dès lors la demande d'interdiction dirigée contre lui ne saurait être accueillie;

« Attendu que, néanmoins, X... a subi dans sa santé deux atteintes graves qui ont entraîné une aphasie complète et qui ont réagi sur ses facultés intellectuelles, de manière à rendre l'exercice de ces facultés moins libre et moins sûr; qu'il y a lieu, pour sauvegarder ses intérêts dans l'avenir, de recourir à la mesure de protection prévue par l'art. 499 du Code civil, en lui donnant un conseil judiciaire;

« Par ces motifs, sans s'arrêter aux conclusions subsidiaires des demandeurs à fin d'enquête et d'expertise médicale, déclare les époux *** mal fondés dans leur demande principale et les en déboute;

« Dit néanmoins que X..., à l'avenir, ne pourra plaider, transiger, emprunter, recevoir un capital mobilier ni en donner décharge, aliéner ni grever ses biens d'hypothèques, sans l'assistance de M. O..., que le tribunal lui nomme en qualité de conseil judiciaire.

« Et attendu la qualité des parties, compense les dépens. »

On le voit, si le malade peut écrire, il rentre dans la catégorie des sourds-muets lettrés et doit être interrogé comme tel. Si cette forme de langage, au contraire, est plus ou moins atteinte, on doit en tenir compte, tout en l'interrogeant avec le plus grand soin, et en cherchant à obtenir, par les autres modes d'expression, autant de renseignements qu'il est possible de s'en procurer.

DE LA VALEUR DES RESPIRATIONS ANOMALES

COMME SIGNES DU DÉBUT DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE COMMUNE

Par M. le docteur GRANCHER, médecin de l'hôpital St-Antoine.

Tous les auteurs, depuis Andral, décrivent avec soin les respirations anomales que l'on peut observer au début de la tuberculose pulmonaire; tous les livres classiques enseignent que la respiration rude, la respiration saccadée, la respiration affaiblie, sont des signes d'une grande valeur. L'accord est à peu près unanime sur ce point, et les divergences ne commencent à se produire que lorsqu'il s'agit d'établir le degré d'importance de tel ou tel de ces signes par rapport aux autres.

Mais, par une contradiction singulière, ces mêmes livres, qui, au chapitre de la symptomatologie, vantent l'importance des respirations anomales, font, au chapitre du diagnostic, de telles restrictions, qu'il semble impossible d'affirmer la tuberculose tant que ce signe est isolé, c'est-à-dire quand il n'existe pas en même temps que lui d'autres signes fournis par la percussion et par la palpation. Le diagnostic de la tuberculose ne serait pratiquement possible que si la respiration rude ou saccadée ou faible se trouve associée à des craquements ou à de la submatité.

Tel est l'ensemble de signes physiques que les classiques, MM. Barth et Roger en tête, croient nécessaire pour affirmer le début de la tuberculose pulmonaire, c'est-à-dire la présence de tubercules crus. Quelques médecins attachent cependant une importance considérable à la respiration saccadée, et ont tendance à la considérer comme caractéristique à elle seule du processus tuberculeux.

En fait, la jurisprudence médicale est loin d'être fixée sur ce point, et la pratique de tous les jours, en ville et à l'hôpital, montre quelle incertitude règne sur le moment où il est permis de faire le diagnostic de tuberculose pulmonaire. La plupart des médecins, fidèles aux enseignements classiques, attendent pour se décider ou la submatité ou même les craquements. La plupart méconnaissent les respirations anomales, ou du moins n'en tirent aucune conséquence diagnostique et pronostique, jusqu'à ce que la percussion et la palpation aient fait percevoir une submatité nette et une augmentation des vibrations vocales.

Alors seulement ils portent le diagnostic de tuberculose à la première période.

Cette manière d'envisager les choses est dangereuse et erronée,

car elle laisse aux tubercules le temps de croître et elle repose sur une connaissance imparfaite de son développement. Le tubercule cru, c'est-à-dire congloméré, réuni en masse suffisante pour modifier la sonorité thoracique ainsi que les vibrations, représente une étape déjà très-éloignée du début de la tuberculose. Ces tubercules adultes, formés par la réunion de follicules tuberculeux, n'arrivent à cet état, au moins dans la tuberculose commune, que très-lentement ; avant eux et pendant une période de temps quelquefois très-longue, que l'on peut appeler période de germination, le tubercule est à l'état embryonnaire, c'est-à-dire composé de corpuscules à peine visibles à l'œil nu et dispersés discrètement dans les lobules pulmonaires.

Dans cet état le processus tuberculeux est représenté par des lésions si minimes, que ni la sonorité ni les vibrations physiologiques n'en sauraient être atteintes. Seul le murmure vésiculaire est altéré. Plus tard seulement, après des semaines, des mois et même des années, la submatité apparaîtra ainsi que les craquements.

Dès lors la question qui se pose est la suivante : « L'une quelconque des respirations anomales suffit-elle à elle seule pour le diagnostic de la tuberculose pulmonaire ? »

A cette question je n'hésite pas, pour ma part, à répondre par l'affirmative. Oui, ces respirations anomales suffisent pour le diagnostic, dans certaines conditions qu'il s'agit de déterminer.

Contrairement à l'opinion de quelques médecins, je pense que les modifications pathologiques de l'inspiration ont une plus grande valeur que celles de l'expiration. D'une part, parce qu'elles sont beaucoup plus précoces; d'autre part, parce que l'inspiration a partout le même caractère de douceur et donne partout la même note, ne diffère dans les divers points de la poitrine que par une intensité plus ou moins grande selon les régions, mais reste identique dans les régions symétriques droites et gauches. Au contraire, l'expiration varie d'intensité, même à l'état physiologique, selon le côté que l'on examine et aussi selon le mode respiratoire du malade.

Pour ces deux raisons, il importe donc d'étudier, au début de la tuberculose, le temps de l'inspiration.

La chose est vraie surtout pour l'inspiration rude, qui, selon moi, des trois respirations anomales précitées, a la valeur principale, parce que c'est elle que l'on observe le plus fréquemment et aussi parce qu'on l'observe longtemps avant les autres.

Ce type de respiration anomale présente trois degrés que l'on désigne ordinairement sous les noms de respiration granuleuse, respiration rude et respiration râpeuse, et qui correspondent naturellement à des lésions de plus en plus considérables.

A son degré le plus faible, l'inspiration rude ne constitue, il est vrai, qu'une nuance dont la perception est délicate et nécessite une assez grande habitude de l'auscultation. Néanmoins on arrive à la percevoir en auscultant exclusivement une série d'inspirations sous les clavicules droite et gauche et en les comparant.

D'habitude la rudesse de l'inspiration coïncide avec l'abaissement de sa tonalité ; dans ces circonstances, l'inspiration et l'expiration donnent la même note, tandis qu'à l'état physiologique elles sont séparées par un ton. La sensation que donne cet abaissement de tonalité est quelquefois plus perceptible pour une oreille même peu exercée que celle qui résulte de la rudesse proprement dite ; ces signes s'entendront surtout sous la clavicule ; dans les fosses sus-épineuses, l'auscultation est trop difficile pour permettre de reconnaître de telles nuances.

Cette respiration rude et basse est le plus souvent réalisée par présence des tubercules, mais elle peut être aussi en rapport avec la congestion pulmonaire et avec l'inflammation superficielle des petites bronches ; il faut donc, pour qu'elle ait sa valeur de définition de la tuberculose, qu'elle se produise dans certaines conditions.

Elle doit être localisée au sommet du poumon et, en second lieu, doit être permanente, c'est-à-dire persister sans modifications pendant des semaines ou des mois.

En pareil cas, lors même que l'inspiration rude tiendrait à une congestion pulmonaire ou à une bronchite chronique, la circonscription de ces lésions au sommet et leur fixité prouveraient qu'elles sont secondaires et imposeraient le diagnostic de tuberculose.

Il va sans dire d'ailleurs que l'on doit tenir un grand compte des symptômes généraux et des phénomènes rationnels que présentent presque toujours les malades. Mais les symptômes de cet ordre manquent quelquefois ou sont peu apparents.

La respiration saccadée constitue aussi un bon signe de tuberculose ; mais elle est, à mon avis, bien moins fréquente que la précédente et elle se montre beaucoup plus tard. En outre, sa pathogénie est encore plus complexe que celle de l'inspiration rude, et par conséquent les chances d'erreur auxquelles elle expose sont plus nombreuses.

Quant à la respiration faible, elle est certainement plus commune que la respiration saccadée, mais elle s'observe à une période encore plus avancée, ce qui diminue son importance.

Il va de soi que je ne fais allusion ici qu'à la forme commune de la tuberculose à marche lente ; car dans les formes aiguës ou subaiguës à type pneumonique ou pleurétique, la respiration faible joue au contraire un rôle prépondérant.

J'arrive donc aux conclusions suivantes :

Vu la nécessité de faire le plus tôt possible le diagnostic de la tuberculose, il faut attacher aux respirations anomales une valeur plus grande qu'on ne l'a fait jusqu'ici.

Quand elles sont localisées à un sommet, surtout au sommet gauche, et permanentes, ces respirations anomales ne permettent pas seulement de faire le diagnostic ; elles l'imposent, à elles seules, et sans aucune modification du son ni des vibrations vocales, sans aucun signe adventice, craquements, etc.

Ces respirations anomales sont, par ordre d'importance : l'inspiration rude et basse, la respiration saccadée, la respiration affaiblie.

L'inspiration rude et basse est celle qui a la plus grande valeur, parce qu'elle est la plus fréquente et la plus précoce.

Ces conclusions ne sont pas applicables aux malades qui ont souffert antérieurement d'une pleurésie généralisée, d'une pneumonie ou de toute autre maladie grave de la plèvre ou du poumon.

Elles ont au contraire le maximum de leur valeur chez les jeunes gens et les jeunes filles suspects, pour quelque raison que ce soit, d'un processus tuberculeux.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 9 juin 1882. — Présidence de M. Dujardin-Beaumetz.

COMMUNICATIONS

De la valeur des respirations anomales comme signes du début de la tuberculose pulmonaire. — M. GRANCHER fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut.)

Action comparée de l'acide phénique et du salicylate de soude. — M. FERRAND, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Debove et Hallopeau, lit un rapport sur la candidature de M. Desplats (de Lille), au titre de membre correspondant. A l'appui de sa candidature, M. Desplats a adressé à la Société un travail sur l'action comparée de l'acide phénique et du salicylate de soude. C'est ce travail qu'analyse M. Ferrand.

Déjà en 1880, M. Desplats, dans un travail communiqué à l'Académie de médecine (v. *Gazette des hôpitaux*, 1880), appelait l'attention sur l'emploi de l'acide phénique comme agent antipyrétique. Il concluait que c'est un antipyrétique sûr, prompt, et dont l'action est courte ; qu'il peut être employé dans toutes les maladies fébriles ; qu'il doit être manié avec hardiesse, quoique ses effets, au début surtout, doivent être surveillés ; que lorsqu'on y recourt pendant longtemps il faut surveiller l'état du cœur et du

rein. Le nouveau travail de M. Desplats démontre, avec un grand nombre de faits à l'appui, que l'acide phénique est bien un agent antipyrétique, qu'il peut être administré à tous les fébricitants, quel que soit leur âge, à des doses plus élevées que celles qu'on a eu jusqu'ici l'habitude d'employer. L'auteur cite à l'appui des observations de fièvre typhoïde, de fièvre rémittente, de variole et même de rhumatisme.

M. Ferrand rappelle les nombreux travaux qui ont suivi celui de M. Desplats, entre autres le travail de M. Hallopeau, les expériences qu'il a faites lui-même en 1876 sur l'action toxique de l'acide phénique, les études qu'il a continuées depuis au point de vue clinique.

Dans son mémoire, M. Desplats rapproche l'action de l'acide phénique de celle du salicylate de soude. Il montre que l'action de ce dernier est très-effective, qu'elle est prompte et qu'elle est courte, autant sinon plus que celle de l'acide phénique. Il n'est pas jusqu'à l'action analgésique du salicylate de soude que l'auteur ne retrouve après l'administration de l'acide phénique, d'où il conclut que sans être aussi efficace que le salicylate, dans le rhumatisme, il peut lui être substitué dans certains cas.

M. Desplats reconnaît que les doses de 0,25 et de 0,50 centigrammes d'acide phénique suffisent parfois, mais il ne craint pas de les élever jusqu'à plusieurs grammes. Le lavement n'est pas le seul mode d'emploi qu'il préconise ; il s'est bien trouvé d'une tisane faite avec 750 grammes d'eau, 3 grammes d'acide phénique et 1 gramme d'essence de citron.

Revenant sur les inconvénients que peuvent présenter ces médicaments, tels que répugnance de goût, troubles gastriques, troubles urinaires, accidents nerveux, phénomènes d'intoxication proprement dite, M. Desplats croit qu'il est facile de les éviter. La voie rectale substituée à la voie buccale affranchit les malades des répugnances du goût. La coloration noire des urines atteste l'élimination de l'acide phénique par cette voie, mais n'implique aucune autre perturbation. Toutefois, la prudence commande en ce cas de modérer ou même de supprimer la médication. Quant à l'albuminurie, bien que M. Desplats ne l'ait jamais observée que passagère et sans gravité, malgré les doses élevées qu'il emploie, M. Ferrand croit qu'il est sage de surseoir chaque fois qu'elle est constatée.

Ces réserves faites, M. le rapporteur appuie les conclusions du mémoire de M. Desplats sur le fait suivant : Un phthisique auquel il prescrit des lavements d'acide phénique pour combattre une fièvre intense et persistante a pu prendre pendant deux mois, sauf de très-légères interruptions, deux lavements par jour, avec 0,50 centigrammes d'acide phénique par chaque lavement, sans présenter aucun trouble dans la coloration de l'urine, ni la moindre trace d'albuminurie.

En résumé, l'acide phénique et le salicylate de soude sont d'excellents agents antithermiques et antialgésiques, sûrs dans leur action, rapides à la produire, impuissants à la maintenir, mais par cela même faciles à éliminer, et par conséquent d'un usage peu dangereux.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ fait observer que la médication par les lavements phéniques n'est pas toujours sans inconvénients ni même sans dangers. On constate, en effet, à la suite de l'administration de ces lavements, un abaissement souvent considérable de la température et une tendance aux congestions pulmonaires. La température s'abaisse parfois de 40° à 36°. Ces phénomènes s'observent surtout dans les cas où les lavements sont gardés par les malades. Il est donc indiqué de formuler ces lavements de telle façon qu'ils ne soient pas gardés, c'est-à-dire de faire dissoudre l'acide phénique dans une très-grande quantité de liquide. Depuis que l'on a recours à cette médication dans le traitement de la fièvre typhoïde, un grand nombre de malades ont succombé à des phénomènes de congestion pulmonaire.

M. DAMASCHINO confirme l'opinion émise par M. Dujardin-Beaumetz. Il a employé les lavements phéniqués dans le traitement de la fièvre typhoïde. C'est là, dit-il, quand ces lavements sont gardés, une médication énergique, puissante, qui amène un notable abaissement de la température. Après cinq ou six jours de ce traitement, l'acide phénique étant donné aux doses de 1 ou 2 grammes par jour en deux fois, on observe souvent des phénomènes d'intoxication phéniquée, urines noires, accidents encéphaliques, accidents nerveux, etc. Il faut donc s'informer si les malades gardent ou rendent les lavements phéniqués.

Il est vrai, ajoute M. Damaschino, que depuis quelque temps on voit bien plus souvent des broncho-pneumonies graves survenir dans le cours de la fièvre typhoïde, tandis qu'autrefois on constatait simplement de la bronchite ou de la congestion pulmonaire ; mais il ne faut peut-être pas attribuer ces graves accidents pulmonaires à la médication phéniquée, attendu qu'on les observe également dans le rhumatisme et dans la plupart des maladies aiguës où, les complications pulmonaires, par suite de cet inconnu qu'on appelle le génie épidémique, jouent depuis quelque temps un rôle considérable.

M. RATHERY a eu recours aussi aux lavements phéniqués dans le traitement de la fièvre typhoïde. Il a obtenu, par cette médication, des abaissements considérables de la température. Chez plusieurs malades, 50 centigrammes d'acide phénique en lavements ont suffi pour faire baisser la température jusqu'à 35° 1/2. Un autre fait a frappé M. Rathery, c'est que les malades traités par l'acide phénique paraissent avoir une convalescence beaucoup plus longue. Il a constaté également que les complications pulmonaires étaient extrêmement fréquentes, mais il a fait la même constatation chez des malades qui n'avaient pas été soumis à la médication phéniquée.

M. GÉRIN-ROZE emploie les lavements phéniqués, mais en faisant mettre 2 grammes d'acide phénique dans 500 grammes d'eau, de telle sorte que les malades rendent toujours ces lavements. En agissant ainsi, il n'a pas eu d'accidents, et l'acide phénique agit bien que rendu, comme le prouve l'intensité de la sueur, parfois telle qu'il a fallu diminuer les doses. M. Gérin-Rose n'a pas constaté que les congestions pulmonaires fussent plus fréquentes sous l'influence de ce traitement. En résumé, la médication phéniquée, associée au sulfate de quinine, paraît lui avoir donné de bons résultats.

M. SIREDEY a eu recours aux lavements phéniqués il y a deux ans. Il a renoncé à cette médication, qui lui a souvent donné des accidents et, dans quelques cas même, a déterminé la mort des malades. Il faut faire en sorte, quand on a recours à cette médication, que les malades ne gardent pas les lavements, sans quoi c'est une médication très-dangereuse.

M. DREYFUS-BRISAC a traité un grand nombre de fièvres typhoïdes par les lavements phéniqués, aux doses de 75 centigrammes à 1 gramme dans 500 grammes d'eau. Il a fait prendre toutes les heures la température des malades soumis à ce traitement. Il a toujours obtenu un abaissement considérable, souvent très-grave, allant jusqu'à 35°. Il a eu huit morts par complications pulmonaires. Il a alors suspendu la médication. Quelque temps après il l'a reprise, avec un autre interne en pharmacie ; dès lors, il n'a plus eu d'accidents pulmonaires, et n'a plus obtenu que des abaissements modérés de la courbe thermique. M. Dreyfus a constaté que la durée de l'action médicatrice est très-passagère. Un abaissement de deux degrés disparaît après une heure ou deux et la température remonte après à un degré aussi élevé qu'auparavant. La marche générale de l'affection n'est nullement modifiée. La statistique n'est pas en faveur de cette médication qui, entre autres inconvénients, a celui d'épuiser souvent les malades et devient parfois dangereuse.

M. DU CASTEL a employé comparativement les lavements phéniqués et les lavements d'eau froide ; il a pu constater que ces derniers produisaient le même abaissement que les lavements phéniqués et paraissent même agir plus rapidement, la durée de l'action restant la même.

M. SIREDEY fait observer que les lavements phéniqués non gardés ont, sur les lavements froids, l'avantage de désinfecter les garde-robes.

M. FERRAND. L'action des lavements phéniqués est très-diffé-

rente selon que l'intestin est rempli de matières ou qu'il en est antérieurement débarrassé par un lavement simple. Quand l'acide phénique a épuisé son action sur les matières, il y a lieu de supposer qu'il n'est plus absorbé. Il faut donc faire précéder les lavements phéniqués du lavage de l'intestin. Si le lavement est rendu aussitôt que pris, il agit simplement comme réfrigérant. Mais alors, dira-t-on, si on fait absorber le lavement, il devient dangereux. Oui, si on dépasse certaines doses. M. Ferrand ne le prescrit que lorsque la température atteint ou dépasse 40°. Jusque-là il se contente de lavements froids qui, dans beaucoup de cas, constituent une médication antithermique puissante, souvent suffisante. Dans les cas où elle devient insuffisante, M. Ferrand emploie le lavement phéniqué, mais en commençant, il ne dépasse jamais la dose de 25 centigrammes, répétée, selon les cas, deux ou trois fois par jour. Il y a, en effet, de grands avantages à donner des doses légères, quitte à les répéter plus souvent.

Les complications pulmonaires doivent être attribuées à la constitution médicale et non à la médication phéniquée.

M. Ferrand a employé cette médication chez les phthisiques ; elle lui a donné de bons résultats, dans la phthisie commune, en abaissant la fièvre et en permettant aux malades de reprendre des forces. M. Ferrand ne croit pas à l'influence de l'acide phénique sur l'apparition de congestions pulmonaires ; il ne les a pas observées plus fréquemment que dans les cas où ce médicament n'a pas été donné. Il cite l'exemple d'un phthisique qui, pendant deux mois et demi, a pris tous les jours 1 gramme d'acide phénique en deux lavements ; non-seulement ce malade n'a jamais présenté aucune complication, ni congestion pulmonaire, ni albuminurie, ni urines noires, etc., mais il s'est trouvé tellement amélioré qu'il peut aujourd'hui courir les rues. M. Ferrand ne croit pas à l'influence de l'acide phénique sur le plus ou moins de lenteur de la convalescence de la fièvre typhoïde, cette convalescence étant très-différente selon les cas.

M. LABBÉ cite l'observation d'un jeune homme de dix-neuf ans, atteint de fièvre typhoïde, qui, par suite d'une erreur des parents, a pris à deux reprises 3g,50 d'acide phénique en deux lavements. Aussitôt après il a été pris d'un refroidissement tel qu'on a eu beaucoup de peine à le réchauffer. Depuis, il a pris 50 centigrammes à 1 gramme par jour au maximum et n'a jamais eu d'accidents. A cette dose, on obtient déjà une hypothermie très-marquée. M. Labbé ne l'emploie jamais plus de 4 à 5 jours de suite.

M. FÉRÉOL, à Beaujon, a donné l'acide phénique en lavements dans la fièvre typhoïde. Il n'en a pas obtenu tout le bien qu'il en espérait. Il a bien constaté un abaissement notable de la température, mais très-fugace. Il a aussi constaté les inconvénients suivants : sueurs excessives, hypothermie, tendance aux congestions pulmonaires, quelquefois même état cyanique. M. Féréol a renoncé à cette médication.

M. DREYFUS-BRISAC. Le médicament s'accumule dans l'économie. Si on le trouve pendant plusieurs jours de suite, tout à coup on observe un abaissement considérable de la température. C'est là encore un des dangers de la médication phéniquée. A la suite de cet abaissement, la température remonte exactement au degré primitif.

M. ALBERT ROBIN ne croit pas à l'accumulation de l'acide phénique en totalité ; ce médicament s'élimine, en général, dans les vingt-quatre ou quarante-huit heures.

M. FÉRÉOL a constaté le fait signalé par M. Dreyfus, fait difficile à expliquer.

M. FERRAND fait observer que, dans la fièvre typhoïde, on voit se produire ces phénomènes de collapsus, en dehors de toute médication phéniquée.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ. En résumé, on peut dire que la médication par les lavements phéniqués ne donne pas tout ce qu'elle promet ; qu'elle est active, mais souvent dangereuse, surtout aux doses proposées par M. Desplats, doses qui se montent jusqu'à 4 grammes par jour.

M. FERRAND ne veut pas laisser l'acide phénique sous le coup de la réprobation que vient de lui infliger M. Beaumetz. Il fait observer, en outre, que là dose de 4 grammes mentionnée par M. Desplats est donnée en plusieurs fois.

M. GÉRIN-ROZE ne s'explique pas comment l'acide phénique, faisant suer, peut être utile aux phthisiques. Il demande à M. Ferrand s'il a un grand nombre de faits en faveur de ce traitement des phthisiques.

M. FERRAND répond que chez trois malades phthisiques la médication par les lavements phéniqués lui a donné de très-bons résultats. Les sueurs, loin d'être augmentées, sont diminuées. Il se contente de constater ces faits sans pouvoir les expliquer.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité des maladies de l'oreille (1), par le docteur V. URBANTSCHICH, traduction par le docteur Calmettes.

Pour qui écrit-on un ouvrage scientifique? Cette question, qui semble naïve, et à laquelle la plupart des auteurs répondront par cette vérité de M. de la Palisse : On l'écrit pour qu'on le lise, est un peu plus compliquée qu'elle n'en a l'air.

Il n'est pas nécessaire d'appeler à son aide les distinctions d'une casuistique subtile, d'accumuler hypothèses sur hypothèses pour trouver dès le début plusieurs solutions vraisemblables, et reconnaître que ce problème, dont l'énoncé tient en moins d'une ligne, appartient à ce qu'on appelle en mathématiques les cas d'indétermination.

On écrit un ouvrage scientifique pour les autres... et pour soi-même ; pour les autres qui ne savent pas et que l'on veut instruire ; pour soi-même, parce que la fièvre d'auteur vous saisit, parce qu'à force de lire des noms en noir, sur des couvertures bleues, blanches, vertes, rouges, on se dit un beau jour que le sien est tout aussi digne qu'un autre de figurer dans ce musée multicolore à l'usage du public et de la postérité ; parce qu'un certain nombre de médecins lisent, et qu'en dépouillant un ouvrage ils finissent par songer à celui qui l'a écrit, et si c'est un spécialiste surtout, par se dire qu'il a déployé beaucoup de science et qu'ils ne pourraient remettre en meilleures mains les cas dont ils ne savent que faire. Un traité de pathologie spéciale, c'est une sorte de guide à l'usage des plaideurs en cour d'appel. Le premier juge s'est prononcé sans conviction, parce que c'est son métier ; mais il n'hésite pas à signaler lui-même les points faibles de son arrêt et à s'incliner au besoin devant une juridiction plus compétente. Or celle-ci n'est désignée ni par un article du code ni même par la coutume, mais par cette espèce de *consensus populi* qu'on appelle la notoriété. C'est une plate-forme dont les abords sont escarpés et abrupts, dont les voies sont glissantes et nombreuses. Pour l'atteindre, il faut un peu de science et beaucoup d'habileté ; on y arrive parfois par une pratique habilement divulguée, par des titres académiques ou plus correctement par des ouvrages. Ceux qui sont rédigés avec cette arrière-pensée ont une utilité scientifique souvent douteuse ; on sent que leurs auteurs ont voulu s'occuper du public, mais qu'ils veulent surtout que le public s'occupe d'eux.

Si le traité dont on a lu le titre en tête de cet article appartenait à cette catégorie, nous l'eussions annoncé comme un autre, mais sans insister autrement. C'est précisément parce que c'est un ouvrage didactique, c'est-à-dire destiné à l'instruction de ses lecteurs, qu'il mérite mieux qu'une mention dans un bulletin collectif ou une indication de deux lignes. M. Urbantschich est un des *privat-docentes*, c'est-à-dire des professeurs libres d'otologie, les plus suivis de l'Université de Vienne ; il a rédigé et condensé ses leçons et a fait ainsi un livre substantiel et réellement utile. Il est à la fois élémentaire et complet ; il est élémentaire parce que l'auteur ne s'adresse point seulement à des spécialistes ayant

(1) 1 vol. in-8°. Prix : 15 francs. — Paris, G. Masson.

acquis de longue date la plupart des notions indispensables à l'auriste, mais à des médecins qui ne savent sur l'oreille et ses maladies que ce qu'on en dit dans les cliniques chirurgicales et les traités généraux, c'est-à-dire fort peu de chose. M. Urbantschich est avant tout un maître consciencieux; il prend, pour ainsi dire, son élève par la main, lui montre les difficultés et lui apprend à les surmonter sans dégoût et sans fatigue. Le travail est complet, parce qu'aucune notion utile n'est passée sous silence. C'est précisément un des avantages de la méthode suivie; le lecteur arrive insensiblement des points classiques aux points litigieux; il est tout surpris vers la fin d'un chapitre d'avoir déjà une opinion sur des sujets qui lui étaient étrangers et à propos desquels l'auteur ne conclut pas.

Un spécialiste pour lequel l'idéal de la science se résume en un certain nombre d'aphorismes bien obscurs, de questions non résolues et souvent insolubles, haussera peut-être dédaigneusement les épaules et reposera le livre sur les rayons de sa bibliothèque après s'être dit : « C'est un manuel comme tant d'autres. » Ceux qui ne sont point arrivés à ce degré de perfection critique, le lisant au contraire d'un bout à l'autre, il y a tout lieu de penser qu'ils apprendront un certain nombre de choses absolument nouvelles pour eux. On parlait, il y a quelque temps, à l'Académie de médecine, des accidents palustres observés du côté de l'oreille; cette question est traitée. Il y a des détails de pratique minutieux que nous serions fort embarrassés de trouver si nous en avions besoin dans les vingt-quatre heures.

Supposons, pour un moment, que l'anatomie pathologique de l'appareil auditif nous intéresse, que nous voulions vérifier sur le cadavre ce qu'on dit à propos de l'oreille moyenne ou de l'oreille interne, que nous y soyons même obligés par une réquisition en bonne forme du parquet, que trouverons-nous dans les classiques? Rien.

M. Urbantschich a, sur ce sujet, un chapitre dans lequel ces procédés de préparation sont décrits de telle sorte qu'avec un peu de bonne volonté nous pouvons les répéter nous-mêmes.

Les questions de théorie sont élucidées avec la même simplicité. En voulez-vous un exemple? On a longuement discuté à propos des lésions nerveuses consécutives aux affections de la caisse du tympan. Voyons ce qu'en dit l'auteur :

« Les inflammations qui se propagent de la caisse au sommet du rocher peuvent déterminer une lésion de la portion intra-crânienne du trijumeau, dont le ganglion de Gasser occupe une fossette sur la face interne du rocher, fossette du trijumeau. Gilberto Scotti rapporte une observation dans laquelle un séquestre était sorti du conduit auditif après une chute. Il se produisait de temps en temps une céphalalgie violente dans la moitié correspondante de la tête. Plus tard il se forma un abcès de l'apophyse mastoïde, qui s'ouvrit au dehors et donna issue au limaçon et au méat auditif externe; puis il survint une conjonctivite gauche avec pannus, adhérence de la paupière inférieure au globe oculaire, amblyopie, affaissement de la cornée, puis anesthésie complète de la moitié gauche de la face, chute des dents du même côté et perte du goût dans la moitié correspondante de la langue. La nécrose du rocher avait évidemment produit d'abord l'irritation du ganglion de Gasser. »

Nous avons cité ce passage, parce qu'il nous a paru intéressant et parce qu'il donne une idée vraie de la méthode. Il y a deux écueils à éviter quand on écrit un livre classique : la multiplicité des faits qui embrouille l'exposition et déroute le lecteur, et la sécheresse dogmatique grâce à laquelle le cas le plus intéressant se trouve résumé par un nom d'auteur et une phrase d'une demi-ligne.

M. Urbantschich a su éviter habilement l'un et l'autre. Sans faire une espèce d'encyclopédie bibliographique, il a choisi des exemples caractéristiques analogues à celui que nous venons de voir, et les a donnés avec assez de détails pour qu'au lieu d'embarrasser l'étudiant ils l'éclairent et servent à lui rappeler des points que sans eux il oublierait peut-être.

L'ouvrage est bon, du moins il nous a semblé tel. Ajoutons qu'il est bien traduit; ce n'est pas toujours chose facile de rendre intelligible en français une pensée formulée en allemand; bien des gens croient que le meilleur procédé pour cela c'est de suivre le mot à mot et de calquer pour ainsi dire la tournure; ils arrivent à une raideur synthétique absolument contraire à l'esprit de notre langue. Des traités justement appréciés en Allemagne n'ont eu aucun succès en France à cause de cela. A peine a-t-on lu dix phrases qu'on est fatigué sans savoir pourquoi. M. Calmettes a traduit ce livre comme il devait l'être, c'est-à-dire qu'il nous l'a présenté en bon français de France, clair, concis et sans ambages, et non dans un idiome hybride, composé de mots français et de tournures germaniques, qui n'est pas même de l'auvergnat.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

Appareils orthopédiques de MM. Rainal frères (1)

VII

FRACTURES DU MEMBRE INFÉRIEUR.

FRACTURES DU TIBIA. — L'appareil fig. 37 est employé pour les

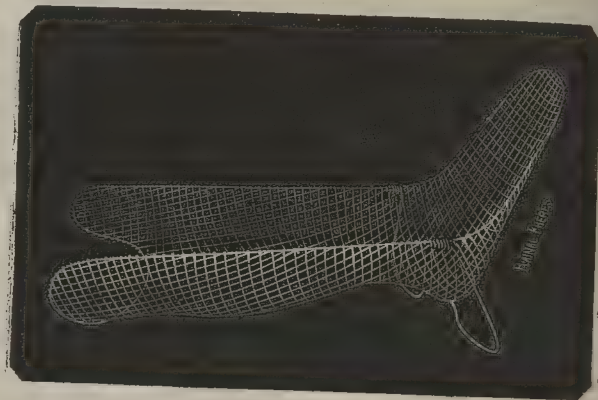


Fig. 37.

fractures au tiers inférieur de la jambe; il embrasse le membre depuis la plante du pied jusqu'au jarret.

FRACTURES OBLIQUES DU TIBIA. APPAREIL DU DOCTEUR BENJAMIN ANGER. — Cet appareil (fig. 38) est destiné à comprimer la saillie en avant des fragments, dans la fracture oblique du tibia. Il a été imaginé par M. le professeur Benjamin Anger, pour remplacer les pointes

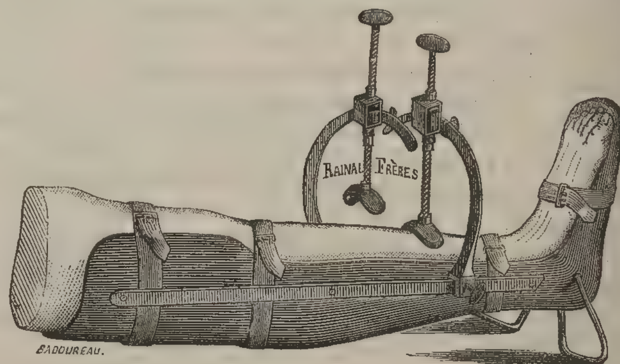


Fig. 38.

de Malgaigne. C'est une gouttière bien matelassée, à laquelle sont adaptées deux pelotes mobiles et à pressions alternatives, ce qui permet d'exercer une pression plus ou moins forte sur le fragment saillant.

ANKYLOSE DU GENOU ET RAIDEURS ARTICULAIRES. GOUTTIÈRE ARTICULÉE DE BONNET (appareil de nuit). — Cette gouttière (fig. 39) est

(1) Suite. — Voir le numéro du 29 avril 1882.

applicable pour le traitement de l'ankylose du genou comme appareil de nuit ; la flexion de l'articulation, placée au niveau de la rotule, qui est réglée par une vis de pression, permet de placer le membre dans la position convenable, de manière à conserver pendant la nuit l'extension obtenue par l'appareil à engrenage employé pendant le jour. Cette gouttière est aussi employée avec avantage dans les raideurs articulaires produites par l'immobilisation à la suite des fractures de la cuisse ou de la jambe, etc. Elle



Fig. 39.

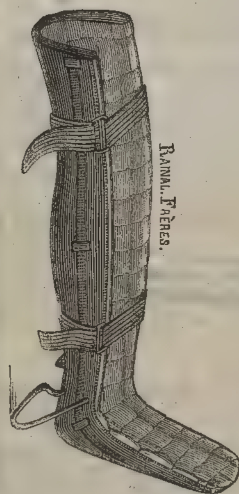


Fig. 40.

est matelassée et munie de courroies qui servent à fixer le membre dans la gouttière.

Fractures de la cuisse au tiers inférieur. — La gouttière (fig. 40) est en toile métallique et matelassée ; nous avons soin d'accentuer l'endroit de l'articulation tibio-tarsienne, et de faire la cavité qui doit recevoir le talon assez large. Deux supports placés de chaque côté des malléoles servent à empêcher la gouttière de se déplacer. Ce modèle enveloppe tout le membre depuis sa partie inférieure jusqu'au milieu de la cuisse.

Fractures de la rotule. appareil du docteur boyer. — Cet appareil (fig. 41) est composé d'une gouttière s'étendant depuis la partie supérieure de la cuisse jusqu'au tiers inférieur de la jambe. Deux courroies bien rembourrées exercent une pression en haut et en bas des deux fragments et tendent à en favoriser le rap-

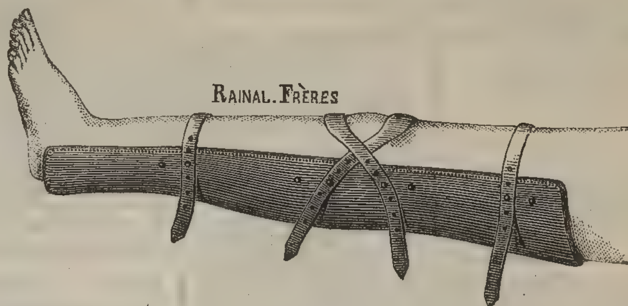


Fig. 41.

prochement, deux autres courroies servent à fixer solidement le membre dans la gouttière. Cet appareil offre l'avantage de laisser le membre à découvert et exerce une pression réellement suffisante.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 8 juin 1882, M. Baizeau (Anacharsis), médecin inspecteur, est nommé directeur du service de santé à l'administration centrale de la guerre.

— M. le docteur Brugerolles vient d'être élu sénateur par le département du Cantal.

— M. le docteur Lecoconier a été élu, hier dimanche, médecin du bureau de bienfaisance du Ve arrondissement.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le concours pour huit places d'aides d'anatomie s'est terminé par la nomination de MM. Jonnesco, Broca, Hache, Chapu, Assaky, Ricard, Wickham et Barbulée.

— Une place d'interne en médecine est actuellement vacante à l'hôpital-hospice de Saint-Denis (Seine). Les candidats devront justifier de seize inscriptions ou du titre d'externe avec douze inscriptions de doctorat. — Se faire inscrire immédiatement à l'économat de cet établissement.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Delbos, professeur de géologie et minéralogie à la Faculté des sciences de Nancy. Né à Bordeaux en 1814, M. Delbos était devenu professeur, puis directeur de l'École industrielle de Mulhouse. Il fut de là appelé à la Faculté de Nancy où il avait acquis l'estime et la sympathie de tous.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 12987.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Le nouveau discours de M. Blanche doit, croyons-nous, clore la discussion sur la folie et le divorce. Comme l'a si bien démontré M. Legrand du Saulle, dans la *Gazette des hôpitaux* (n° du 14 mars), quand on est pénétré de l'esprit de notre législation française sur le mariage, sur toute l'organisation de la famille, on ne saurait songer à faire de la folie une cause de rupture de l'union conjugale. Chez nous, cette union n'a pas pour but exclusif et indispensable, aux yeux de la loi, la procréation des enfants ; aussi, l'impuissance ne suffit-elle pour motiver la séparation. Le mariage crée pour chacun des époux un état social et des droits dont il ne peut plus être dépouillé, malgré lui, que par sa faute, comme indigne, à titre de pénalité. Or aucune pénalité ne peut atteindre le fou irresponsable. Le fou placé dans un asile n'est plus un danger pour les siens, et cet argument du danger ne saurait être invoqué ici. Reste l'argument des appétences fonctionnelles non satisfaites chez l'époux bien portant; mais, on ne saurait trop le répéter, la loi française n'en tient jamais compte. Suivant elle, ce n'est pas une cause de divorce, pas plus que ce ne saurait être une excuse pour l'adultère.

Elle ne veut admettre, en pareil cas, ni le relâchement ni la rupture du lien conjugal.

Et c'est sur la base du mariage ainsi compris qu'a été constitué notre édifice social.

Si on l'ébranle, tout notre code est à refaire du même coup.

M. Denis-Dumont, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Caen, est venu lire une nouvelle observation de rage guérie chez l'homme à l'aide d'injections hypodermiques de nitrate de pilocarpine.

C'est le second fait de ce genre qui ait été communiqué, cette année, à l'Académie ; et dans la prochaine séance, M. Bouley doit faire un rapport sur le premier, rapport rédigé depuis déjà plusieurs semaines.

HOTEL-DIEU. — M. RICHET.

I. Fracture d'un métacarpien par une balle de revolver, amputation du doigt. — II. Division de la voûte palatine, staphylorrhaphie. — III. Sarcome des fosses nasales, opération.

L'année dernière, quelque temps avant de pratiquer l'opération dont je vais vous parler, je vous ai fait une leçon sur un des malades du service, rédacteur dans un journal politique, qui, le 25 juin 1881, en maniant un revolver, s'était grièvement blessé à la main gauche (1). Un coup de feu étant parti spontanément, cet homme avait eu la tête du troisième métacarpien fracturée par la balle, en même temps que les tendons extenseur et fléchisseur du doigt médius se trouvaient coupés.

Un médecin, appelé sur-le-champ, avait pratiqué un débridement de la plaie pour extraire la balle, mais celle-ci n'était plus dans la plaie, et une hémorrhagie intense, difficile à arrêter, s'en était suivie. C'est alors qu'il était venu dans notre service.

Notre malade était en voie de guérison, lorsque, le 3 ou le 4 juillet, je découvris dans la plaie les battements d'un anévrysme diffus de l'arcade palmaire. Je recommandai une surveillance continue et toutes les précautions nécessaires pour parer à une rupture de la tumeur, qui paraissait imminente. Cette rupture eut lieu, en effet, vingt-quatre heures plus tard, et quelques instants après j'arrivais. L'écoulement du sang fut difficile à arrêter, néanmoins l'on put y parvenir par la bande élastique.

Le lendemain, après avoir appliqué de nouveau la bande hémostatique, j'allai à la recherche des extrémités du vaisseau pour en faire la ligature, et, chemin faisant, je dus lier cinq ou six branches artérielles au fond de la plaie. Nous obtînmes bientôt une guérison parfaite, et notre malade partit avec cette petite infirmité, cependant, que le doigt médius, dont la tête du métacarpien avait été brisée et dont les tendons avaient été sectionnés par la balle du revolver, ne lui était plus d'aucun usage.

Nous n'en avions donc plus entendu parler depuis cette époque, lorsque, ces jours derniers, il est revenu nous trouver, se plaignant non-seulement de l'inutilité de ce doigt médius, mais encore de la gêne et des douleurs qu'il lui causait, le heurtant fréquemment et à tout propos. Il nous

(1) Voir la *Gazette des Hôpitaux*, numéro du 9 février 1882.

a demandé de vouloir bien l'en débarrasser par l'amputation.

Nous rencontrons souvent dans la pratique des faits semblables à la suite de panaris ou de blessures des doigts, et les blessés qui, au début, demandaient à tout prix qu'on leur conservât le doigt malade, s'en viennent un peu plus tard, alors qu'ils sont guéris déjà depuis quelque temps, solliciter l'ablation du doigt passé à l'état d'infirmité.

Ainsi, en ce moment même, nous avons dans les salles un homme dont le bras, pris dans une machine, a été en grande partie dénudé et a donné lieu aux accidents les plus graves. Les désordres sont tellement considérables que son bras ne peut pas guérir.

Néanmoins, comme ce malade a pu surmonter tous les accidents qui ont eu lieu jusqu'ici, comme sa plaie est en voie de cicatrisation, il tient à conserver son membre. Je n'insiste pas, du reste, pour l'opérer, étant convaincu d'avance que dans quelque temps il nous demandera de lui-même de l'amputer.

Je vais donc pratiquer chez notre journaliste l'amputation du doigt médius et réséquer la tête du métacarpien, et, lorsque la plaie que nous allons créer sera complètement cicatrisée, ses doigts seront beaucoup plus libres et il pourra se servir convenablement de sa main.

A ce propos, je dois ajouter quelques mots touchant le procédé opératoire. Je vois aujourd'hui à l'ancien collège Rollin, notre nouvelle École pratique, que l'on a quelque peu changé nos procédés opératoires d'autrefois. Les meilleurs, cependant, cliniquement parlant, sont aujourd'hui modifiés pour faire place à des méthodes plus brillantes peut-être, je n'en disconviens pas, mais certainement beaucoup moins pratiques.

Ainsi, dans le cas qui nous occupe, je procéderai par la méthode à deux lambeaux, qui rend tout d'abord l'extraction plus facile, qui favorise aussi l'écoulement du pus au dehors et permet d'éviter que celui-ci ne pénètre dans les gaines des tendons et n'aille former des abcès dans la paume de la main et le long de l'avant-bras.

Au lieu de cela, aujourd'hui, on a imaginé le procédé en raquette, qui crée une véritable dépression, ce que l'on peut appeler un nid à pus, facilite la pénétration de celui-ci dans les gaines tendineuses et tous les accidents des fusées purulentes remontant le long du membre supérieur. C'est un très-beau procédé d'amphithéâtre, mais qui n'est nullement pratique.

Je sais bien que l'on reproche à la méthode que j'emploie d'entraîner la formation d'une cicatrice douloureuse dans la paume de la main. C'est là un reproche tout gratuit, absolument erroné, car cette cicatrice est trop profondément cachée entre deux bourrelets graisseux pour se trouver en contact avec les objets saisis par la main dans ses usages journaliers.

II. Je vais, dans quelques instants, faire une petite opération complémentaire de celle que je pratiquais au mois de juin de l'année dernière, chez un individu atteint d'une division de la voûte palatine et du voile du palais.

J'avais fait de chaque côté de la voûte palatine une incision qui s'étendait de la première incisive à la dernière molaire, et, au moyen d'une spatule décollant le périoste, j'arrivais sur le squelette en grattant les os, et je faisais deux lambeaux en pont que je suturais ensuite sur la ligne médiane.

Le résultat opératoire a été très-bon, sauf en un seul point d'un demi-centimètre environ, où la réunion ne s'est pas faite, c'est-à-dire presque au niveau de la luette, et notre malade commence à parler d'une façon un peu intelligible. Je dis « un peu » parce qu'il ne s'étudie pas suffisamment à avoir une bonne prononciation, d'abord par paresse, ensuite parce qu'il croit que, tant que les deux portions de sa luette ne seront pas réunies, quelque effort qu'il fasse, il ne saurait s'exprimer de façon à se faire comprendre.

C'est donc par une staphylorrhaphie partielle que je vais compléter mon opération du mois de juin de l'année dernière. Je procéderai par l'avivement oblique de chaque côté au moyen d'un couteau oblique, pour avoir une meilleure réunion, et je placerai ensuite mes fils à suture. La question des fils est très-bien résolue maintenant avec l'aiguille perfectionnée par mon collègue de la Faculté et des hôpitaux, M. Trélat. Cette aiguille est montée sur un manche un peu courbe à l'une de ses extrémités; elle porte, à un demi-centimètre environ de son chas, une petite encoche destinée à accrocher le fil et que l'on ouvre ou ferme à volonté à l'aide d'un bouton. Mais vous la connaissez suffisamment et vous la voyez assez souvent en usage pour que je n'aie pas besoin d'insister davantage sur son mécanisme et les avantages qu'elle présente sur les aiguilles à suture qui l'ont précédée.

III. Nous avons encore une opération complémentaire à pratiquer sur un garçon de vingt et un ans chez lequel, au premier moment, nous avions cru, — et d'autres avec nous, — avoir affaire à un polype naso-pharyngien.

Mais, après un examen approfondi, nous avons reconnu que ce n'était ni un polype muqueux des fosses nasales, ni un polype fibreux ou fibro-muqueux naso-pharyngien. Il existait en effet une certaine mollesse presque fluctuante que l'on ne rencontre dans aucun de ces polypes. De plus, la tumeur renfermait un sang noirâtre comme s'il s'agissait de quelque kyste, et elle se trouvait implantée sur la partie externe des fosses nasales, repoussant l'œil en dehors, siège qui n'est pas celui des polypes naso-pharyngiens.

C'est alors que je prononcai le mot de tumeur sarcomateuse ayant pour point de départ le périoste; sarcome mou et de mauvaise nature.

L'opération ne donna lieu à aucune surprise. J'ai sectionné les parties molles avec le thermocautère, j'ai fendu la coque osseuse qui recouvrait la tumeur, j'ai renversé en dedans l'apophyse montante et les os du nez afin de pouvoir opérer à l'air libre; j'ai détaché ensuite la tumeur à l'aide aussi du thermocautère, et, arrivé sur la voûte palatine, un liquide noir considérable s'est écoulé de la tumeur, nous inondant et éteignant le thermocautère. Enfin j'ai terminé l'opération en passant un crochet derrière cette tumeur, mais sa mollesse était telle qu'elle s'est déchirée; j'ai attiré alors avec les doigts, et, au moyen de pinces solides à mors plats, j'ai tordu la tumeur, la séparant de ses attaches postérieures et supérieures avec des ciseaux. J'ai constaté, chemin faisant, la disparition des cornets et la déviation de la cloison repoussée du côté opposé.

L'opération a très-bien réussi; rien ne s'est reproduit, et le moment est venu de compléter ce premier succès en fermant maintenant l'ouverture qui lui tord le nez. Pour cela, je vais aviver les deux bords de la plaie et, par là, mettre les deux ailes du nez au même niveau.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 juin 1882. — Présidence de M. GAVARRET.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend une lettre de M. Benjamin Ball, professeur à la Faculté de médecine, qui se porte candidat à la place vacante dans la section de pathologie médicale par suite du décès de M. Bouillaud.

COMMUNICATION

Un cas de rage déclarée ; guérison. — M. DENIS-DUMONT, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Caen, communique l'observation d'un berger, âgé de trente-huit ans, qui, atteint de rage, fut apporté le 23 mai dernier à l'hôpital de Caen. Cet homme avait été mordu, le 16 avril, ainsi qu'une femme et une petite fille, par un chien enragé errant. Il ne s'était cautérisé que le lendemain. Le 18 mai, il avait appris que la femme mordue en même temps que lui était atteinte de la rage et, le lendemain, qu'elle était morte. Il s'en était un peu préoccupé. Lui-même, dans la nuit du 21 au 22 mai, il fut pris d'une soif extraordinaire, avec quelque difficulté à avaler. Le 22 mai, il était agité, inquiet ; il s'arrêta dans plusieurs maisons pour y boire soit du café, soit du cidre, mais sans pouvoir achever jamais la tasse ou le verre qu'il commençait, car il était pris de dysphagie dès qu'il avalait quelques gorgées de liquide. Errant sans but, étouffant, courant tout à coup sans motif, il manifesta des envies de mordre qui effrayèrent ses voisins, et, solidement garrotté par eux, il fut transporté à l'hôpital, distant de dix kilomètres du village de Luignerolles, où il se trouvait. Il s'était profondément mordu lui-même à la main gauche.

Le malade fut considéré comme certainement atteint de rage.

Il demandait souvent à boire, repoussait avec énergie tout autre liquide que le cidre, mettait une gorgée de cette boisson dans sa bouche et, le plus souvent, la rejettait violemment. Il se plaignait d'un poids sur la poitrine, de douleurs vives dans la gorge, et priait qu'on le fît mourir. Il avait souvent des crises, pendant lesquelles il perdait connaissance ou voulait mordre, cherchant à saisir avec les dents tout ce qui se trouvait à sa portée.

Le traitement consista, d'une part, en bromure de potassium, de 4 à 8 grammes par jour, sirop de codéine, chloral, et, d'autre part, en injections sous-cutanées de nitrate de pilocarpine, répétées d'abord trois fois par jour, puis seulement deux fois.

Sous l'influence de cette médication, les crises s'éloignèrent de plus en plus, la dysphagie diminua, puis cessa ; l'agitation disparut, l'appétit revint ; et, au bout de quinze jours, la guérison pouvait être considérée comme complète.

M. Denis-Dumont résume de la façon suivante les caractères qui ne permettent pas de douter de la nature vraiment rabique de cette affection :

1° La morsure d'un chien enragé;

2° La période d'incubation ordinaire après l'inoculation du virus : trente-six jours;

3° L'agitation prodromique; les allées et venues sans motif;

4° Ce malaise tout spécial avec le prurit qui part de l'avant-bras où se trouve la plaie, et qui précède le premier accès sans s'être jamais renouvelé depuis;

5° Une soif intense, une douleur vive de la gorge, une contraction spasmodique à chaque tentative de déglutition;

6° La répulsion pour les liquides en général, plus prononcée pour quelques-uns;

7° Les accès provoqués immédiatement par certaines excitations, notamment par le bruit fait avec les dents ;

8° Le recouvrement à peu près instantané de la connaissance après la crise;

9° Les convulsions n'affectent pas un côté plutôt que l'autre;

10° La tendance à mordre et les morsures faites par le malade sur lui-même;

11° La sensation d'un poids extrêmement pénible sur la poitrine, avec anxiété précordiale ;

12° Cette voix rauque, résultant sans doute des contractions des muscles du larynx, espèce d'aboiement accompagnant le début de quelques-uns des accès,

13° Enfin, pour compléter cet ensemble, les modifications si curieuses et si caractéristiques de la plaie.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA FOLIE ET LE DIVORCE

M. BLANCHE, passant en revue les objections de M. Luys, montre d'abord, par des citations de son premier discours, qu'il a toujours admis la possibilité de reconnaître dans certains cas l'incurabilité de la folie. Mais, parmi ces cas, les uns se rapportent à des affections congénitales qui sont manifestes, et à des affections héréditaires qui peuvent être reconnues avant l'âge ordinaire du mariage; les autres, à des maladies atteignant le cerveau et dont la période d'incurabilité définitive est relativement courte, puisque, suivant M. Luys lui-même, dans la paralysie générale confirmée, par exemple, la vie ne pourrait se prolonger plus de sept ans, même dans les meilleures conditions.

Reste un troisième groupe comprenant la manie, la monomanie, la mélancolie, la lypémanie, et c'est dans ce troisième groupe que l'on rencontre les cas dans lesquels il se produit des guérisons à une époque souvent très-éloignée du début de la maladie. M. Luys déclare catégoriquement que, dans de semblables circonstances, après quatre ans pour les hommes et cinq ans pour les femmes, le médecin peut être fixé sur les désordres anatomiques graves dont le malade est frappé et dont il ne pourra plus se relever. M. Blanche le nie. Outre l'observation qu'il a déjà citée, observation recueillie avec le plus grand soin et les plus grands détails sur les registres de sa maison de santé, et qui démontre qu'après quinze ans une lypémaniaque peut être guérie, M. Blanche pourrait en invoquer bien d'autres, dans lesquelles la guérison a eu lieu plus de quatre ans, dix ans, douze ans après le début de la folie complète. Quand M. Luys aura atteint l'âge de M. Blanche, il en aura sans doute vu lui-même et il n'en niera plus la possibilité.

Il est très-vrai que la folie d'un des conjoints peut être une grande cause de douleur pour l'autre. Mais, plus souvent que M. Luys, M. Blanche a vu celui-ci montrer un dévouement absolu, et non pas une défaillance de sentiment envers le malheureux aliéné.

Quant à la mesure proposée par M. Luys pour établir l'incurabilité, l'arbitrage de trois médecins, elle jetterait souvent les juges dans un grand embarras, car on ne peut pas espérer que les décisions de trois médecins soient toujours unanimes.

L'Académie se forme en comité secret.

VARIÉTÉS

Histoire de l'hôpital de Notre-Dame de Pitié de Paris (1612-1882) (1).

Par M. le docteur O. GUILLIER.

II

A la fin du XIIe siècle, plusieurs villes du midi de la France, Avignon, Montpellier, Vigan (Tarn), possédaient des hôpitaux. Nous trouvons en effet (2) qu'en 1178, pendant la construction du pont d'Avignon, qui dura onze ans, il se bâtit à côté un hôpital, et que saint Benezet (3) y établit une communauté de religieux pour veiller à la fabrique et à la con-

(1) Suite. — Voir le numéro du 10 juin 1882.

(2) BOUCHE, *la Chorographie ou description de la Provence*, t. II, p. 163.

(3) Saint Benezet mourut en 1184 et fut enterré dans la pile de la troisième arche du pont d'Avignon (BOUCHE, *loc. cit.*).

struction de ce pont, ainsi que pour recevoir et servir les pèlerins. C'est ce qui fit donner le nom de *Pontifs* ou *Frères du Pont* à ces religieux hospitaliers, que Raymond IV, comte de Toulouse, prit sous sa protection en 1203. Cette communauté fut supprimée en 1321, et unie à la Collégiale de Saint-Agricole d'Avignon (1).

Nous trouvons également reproduit dans l'*Histoire générale du Languedoc* (2), d'après les archives de la cathédrale d'Albi, des lettres écrites en latin par Guillaume, évêque de cette ville, en faveur de l'hôpital du Vigan (comté d'Albi) et datées de 1190.

A Montpellier, *frère Guy* ou *maître Guy*, car c'est ainsi qu'il est nommé simplement dans les anciens monuments, fonda l'*Hôpital du Saint-Esprit*, près de la ville, hors la porte Saint-Gilles, vers la fin du XIIe siècle (3). Il en est en effet qualifié procureur et fondateur dans un acte de donation faite à cet hôpital en 1197. Cette donation est conservée dans les archives du domaine de Montpellier : *Viguerie de Montpellier* (*liasse I, registre n° 2, folio* 6,) et on la trouve reproduite dans les *Preuves de l'histoire du Languedoc* (4).

Frère Guy fonda encore quelques hôpitaux semblables dans diverses villes de France. Nous devons également signaler que, dans cet hôpital du Saint-Esprit, il n'y avait au début que des frères *Laïcs* pour l'administrer, mais, en 1198, le pape Innocent III ordonna qu'il y existerait en même temps un certain nombre de clercs. Louis XV nomma, le 3 novembre 1716, Melchior, cardinal de Polignac, à la Grande-Commanderie générale et chef de l'ordre régulier hospitalier du Saint-Esprit de Montpellier de deçà les monts (5).

Nous trouvons aussi (6) que Béziers, Capestang et Goudargues possédaient un hôpital à la fin du XIIe siècle ; car, d'après le *Cartulaire de la cathédrale de Béziers*, il est dit que Bernard, évêque de cette ville, et les chanoines de son église s'accordèrent avec le prieur de l'hôpital de Jérusalem de Béziers, par l'intermédiaire des prieurs de l'hôpital de Capestang et de Goudargues.

A la même époque, il existait aussi un hôpital à *Larzac*, car nous trouvons dans les archives du monastère de Cassan, une charte d'Alphonse II, roi d'Aragon, unissant l'hôpital de Larzac en Rouergue, dans la vicomté de Millau, sur la frontière du Gévaudan, au monastère de Notre-Dame de Cassan, dans le diocèse de Béziers.

In Christi nomine, sit notum cunctis, quod ego Ildefonsus, Dei gratia rex Aragonensis, comes Barchinonensis et marchio Provinciæ, bono animo, etc... dono, laudo, concedo et confirmo tibi, dilecte Joannes venerabilis prior sanctæ Mariæ de Cassiano, et successoribus fratribusque tuis (presentibus) atque futuris inibi Deo servientibus ipsum hospitale de Larzac, quod Gibertus quondam ad honorem Jesu Christi et pauperum sustentationem construxit. Predictum siquidem hospitale vobis dono et concedo cum omnibus suis tenedonibus et pertinentiis ubique, cum eremo et populato ad omnem franchitatem, libertatem et ingenuitatem sine aliquo retentu in perpetuum, sicut melius dici et intelligi potest. Actum est hoc apud Perpinianum, mense novembri, anno dominice Incarnationis MCLXXIIII, cum silicet dominus rex, veniens de partibus Aragoniæ, ad colloquium comitis Raimundi tenebat. *S. Ildefonsi* regis Aragonum, comitis Barchinonensis et marchionis Provinciae. *S. Raimundi* de Monte Catano. *S. Berengarii* de Cardona. *S. Arnaldi* Jofredi. *S. Bernardi* d'Auriac. *S. Guidonis* Garcias. *S. Guillelmi* domini Montispessulani. *S. Geraldi* de Jorba. *S. Guillelmi* de Alcharras.

Ego *Guillelmus* de Bassa scripsi hanc chartam mandato domini regis et feci hoc signum (1).

Parmi les signataires de cette charte se trouve le seigneur de Montpellier, Guillaume huitième du nom, qui fut le héros d'une singulière aventure rapportée dans *Chronica a commentari del Rey Jacme*, chap. I.

Alphonse II, roi d'Aragon, avait demandé en mariage la fille de Emmanuel, empereur de Constantinople ; mais pendant qu'on négociait cette alliance, il se maria à la fille de l'empereur de Castille. L'empereur de Constantinople, ignorant le fait, envoya sa fille à Alphonse II, accompagnée d'ambassadeurs. Ce ne fut qu'à Montpellier qu'ils apprirent le mariage du fiancé de la fille de leur empereur, et ils demandèrent conseil sur ce qu'ils devaient faire à Guillaume de Montpellier, qui, avant de répondre, consulta son conseil. Le conseil fut d'avis qu'il épousât lui-même la fille de l'empereur de Constantinople, ce qui eut lieu après de nombreuses difficultés. C'est ainsi que Guillaume VIII épousa Eudoxe, qui porta le titre d'impératrice. Et ceci se passait vers 1179 (2).

Nous pouvons également affirmer qu'au commencement du XIIIe siècle, la ville de Narbonne possédait un hôpital portant le nom d'*Hôpital Saint-Jean*, car nous avons sous les yeux un acte de donation faite à cet hôpital en 1222, et que M. Molinier a publié dans l'*Histoire générale du Languedoc* (édition Privat) (3).

Nous terminerons cette petite série de documents authentiques relatifs aux hôpitaux des XIIe, XIIIe et XIVe siècles par la reproduction intégrale d'une lettre écrite en 1310 par le roi Philippe le Bel, en faveur de l'hôpital de Pont-Saint-Esprit (Gard).

A tous ceux qui ces lettres verront, Jehan.... garde de la prévôté de Paris. Salut. Sachent tuit, que nous l'an de grace mil trois cent et neuf, le jeudi d'avant les Brandons, veismes les lettres de notre seigneur li roi de France en cette forme.

Philippus Dei gratia Francorum rex, universis presentes litteras inspecturis salutem. Notum facimus quod nos sollicita meditatione pansantes labores immensos, quos dilecti nostri homines ville Sancti Saturnini de Portu in constructione pontis Sancti Spiritus sustinuisse diligentiamque et providentiam circumspectam eorum quas in querendo et procurando emolumento, de quo pons tam mine magnitudinis in tam modifico tempore construi potuit adhibuisse noscuntur ; considerantes insuper plura navicula jam facta et que ibidem quotidie gratia Sancti spiritus invalescunt, ut ipsi fideles, et quorum largitionibus dictus pons constructus est, a solita devotione operis pontis ipsius non retrahantur sed ad majorem potius attrahantur, continuantes eleemosinas quas ad perficiendum opus predictum largiflue porrexerunt, predictis hominibus Sancti Saturnini de Portu concedimus de gratiâ speciali ; quantum ad nos pertinet ut ipsi in capite dicti pontis a parte ville Sancti Saturnini quoddam hospitali ad recipiendum infirmos, pauperes, debiles et mendicos, necnon unam capellam in honore beate Virginis et gloriosissimi confessoris beati Ludovici, avi quondam nostri edificare et construere valeant dum tamen patri nostro sanctissimo summo pontifici predicta placeant, dictumque hospitale et capellam eximere ab ecclesia majori ville Sancti Saturnini predicti. Volentes et concedentes, ad nos pertinet, quod omnes eleemosine que fiant a Christi fidelibus, sive pro constructione pontis, sive pro dictis hospi-

(1) *Histoire générale du Languedoc*, de Dom Devic et Dom Vaissette (éd. Privat, p. 76).

(2) D. Devic et D. Vaissette (*loc. cit.*), t. VIII, p. 406 (éd. Privat).

(3) Innocent III, liv. I. *Epist.* 95 et 97. — Gariel, *Series præsulum Magalonensium*, p. 260. — Heliot, *Hist. des ordres monastiques*, t. II, ch. XXX et s.

(4) D. Devic et D. Vaissette (*loc. cit.*), t. VIII, p. 436.

(5) D. Devic et D. Vaissette (*loc. cit.*), t. VI, p. 72 et suiv.

(6) D. Devic et D. Vaissette (*loc. cit.*), t. VI, p. 40.

(1) D. Devic et D. Vaissette (*loc. cit.*), t. VI, p. 61 et t. VIII, p. 286.

(2) D. Devic et D. Vaissette (*loc. cit.*), t. VI, p. 62.

(3) L'acte original se trouve aux archives de la Haute-Garonne, ordre de Saint-Jean de Narbonne (liasse II, n° 7).

tali et capella tam in ipsius pontis constructione, quam dicti hospitalis et pauperum ibidem confluentium ac dicte capelle et deservitorum ejusdem sustentatione totaliter et integre convertantur consummatoque opere pontis predicti, dictas eleemosinas ad sustentationem pontis ejusdem hospitalisque et pauperum, necnon capelle et deservitorum ipsius expendi volumus ut predicitur prout ad nos pertinet et converti. Que omnia per dictos homines fieri volumus ut premittitur et compleris. In cujus rei testimonium sigillum nostrum fecimus presentibus litteris apponi. Datum Parisiis die XXV februarii anno domini MCCCIX.

Et nous au transcrit de ces lettres avons mis le scel de la Prévoté de Paris l'an et le jour dessus dit (1).

L'administration des hôpitaux était alors une fonction ecclésiastique que l'on ne donnait qu'à des prêtres ou à des diacres d'une charité connue, et qui ne rendaient de compte qu'à leur évêque.

Il y eut cependant des hôpitaux fondés pour être gouvernés par des religieux ou religieuses, avec exemption de la juridiction épiscopale : c'est même à ces fondations particulières que les évêques se virent restreindre le droit d'inspection qu'ils avaient au début sur toutes les maisons de piété.

Mais bientôt on reconnut que l'intégrité, la bonne foi et le désir de secourir les malheureux ne constituaient pas les plus grandes qualités de ceux qui étaient appelés à administrer le bien des pauvres. On était déjà bien loin des préceptes contenus dans l'ordonnance de l'empereur Justinien, et le relâchement de la discipline et des mœurs fut tel, qu'il fallut bouleverser entièrement l'administration des hôpitaux.

Les clercs qui avaient cette administration l'avaient convertie en titres de bénéfices dont ils ne rendaient aucun compte, et ils appliquaient à leur profit la plus grande partie des revenus des hôpitaux; si bien que les intentions des fondateurs étaient complètement frustrées.

Ce fut au *Concile de Vienne* en Dauphiné (1311-1312), qu'il fut défendu de donner les hôpitaux comme titres de bénéfices à des clercs séculiers, et il fut ordonné que leur administration en soit confiée à des laïcs capables et solvables qui prêteraient serment comme tuteurs, et rendraient compte aux *Ordinaires*.

Ce décret fut exécuté et confirmé par le *Concile de Trente* (1545-1563), qui donna aux *Ordinaires* toute inspection sur les hôpitaux.

Voici, d'ailleurs, ce que *François Ier* plaçait en tête de son édit du 15 janvier 1545 :

Comme nous soyons deuëment avertis que les hospitaux fondez en nostre royaume, ayant esté mal administrez par cy-devant et sont encore de pis en pis gouvernez tant par leurs administrateurs que prélats de nostre royaume et autres qui doivent avoir l'œil sur iceux; lesquels se sont efforcez et efforcent journellement vouloir appliquer à eux ou leurs serviteurs le revenu desdits hospitaux et en faire leur patrimoine sous couleur qu'ils prétendent les dits hospitaux estre titulez et beneficiez en titre, en contrevenant aux sainctes constitutions canoniques intentions des fondateurs d'iceux hospitaux et desfraudans les pauvres de nostre dit royaume de leur deuë nourriture et sustentation et qui plus est laissant tomber et ruiner les édifices d'iceux hospitaux et ne se soucient que de prendre le revenu d'iceux, esteindre et abolir le nom d'hospital pour toujours du dit revenu disposer à leur plaisir et volonté, dont se sont ensuivis plusieurs inconvénients; mesmement que les habitants des villes de nostre dit royaume, à la grande foule de nostre peuple sont contraints de soy cottiser et imposer sur eux les deniers pour la nourriture des pauvres impotents lesquels doivent estre nourris et alimentez par les dits hospitaux et lieux pitoyables selon le revenu d'iceux et intention des gens de bien leurs fondateurs, etc.

(1) Cette lettre a été communiquée par M. *Lancelot* aux éditeurs de l'*Histoire générale du Languedoc*, où elle est reproduite, t. VIII.

Deux ans avant, le même monarque avait, le 19 décembre 1543, daté de Fontainebleau un édit attribuant aux baillis, sénéchaux et autres juges, la surveillance des hôpitaux et maladreries, avec faculté de remplacer les administrateurs.

A partir de cette époque, plusieurs édits furent rendus parmi lesquels nous citerons les trois principaux :

En 1553, Henri II, par son édit du 12 février, attribua au grand-aumônier de France la surveillance et la visite de tous les hôpitaux du royaume; fonctions que nous venons de voir attribuées aux baillis et aux sénéchaux par François Ier;

En 1561, par un édit du mois d'avril, Charles IX permit l'adjonction aux clercs de laïcs pour administrer les établissements hospitaliers;

Enfin, sur les instances des États généraux réunis à Blois, Henri III rendit, en 1579, un édit sur la police générale du royaume, connu sous le nom d'*Ordonnances de Blois* et dont les articles 65 et 66 sont relatifs à l'administration des hôpitaux.

Allant plus loin que son prédécesseur Charles IX, voici comment Henri III termine l'article 65 :

Ne pourront désormais estre establis commissaires au régime et gouvernement des fruits et revenus desdites maladreries et hospitaux, autres que simples *bourgeois*, *marchands* ou *laboureurs* et non personnes ecclésiastiques, gentils-hommes, archers, officiers publics, leurs serviteurs ou personnes par eux interposées.

Ce fut donc réellement à dater des ordonnances de Blois que l'autorité civile fut définitivement établie dans l'administration des hôpitaux.

Ce fut à Paris surtout que la charité des rois de France et des habitants établit le plus grand nombre de ces établissements.

D'après l'*Encyclopédie* de Diderot et d'Alembert, il y avait, à la fin du XVIIIe siècle, *quarante-huit* hôpitaux ou maisons de charité pour Paris.

Ces hôpitaux, dont nous citerons simplement les noms, se divisaient en trois classes :

La première classe comprenait les hôpitaux de *malades*, ils étaient au nombre de vingt-deux :

Hommes (6). — La Charité. — Hôpital des Convalescents. Maison royale de santé. — Hôpital de Charenton. — Hôpital militaire des Gardes Françaises et Suisses. — Hôpital des Protestants.

Femmes (4). — Religieuses hospitalières ou hôpital Saint-Julien. — Les Hospitalières de la Place Royale. — Hospitalières de la rue de la Roquette. — Hospitalières de Saint-Mandé.

Communs aux deux sexes (6). — Hospice du collège de Chirurgie. — Hospice de Saint-Sulpice. — Hospice de Saint-Jacques du Haut-Pas. — Hospice de Saint-Méry. — Hospice de Saint-André-des-Arts. — Hôtel-Dieu.

Maladies spéciales (6). — Hôpital Saint-Louis. — Hôpital Sainte-Anne ou de la Santé. — Hôpital Sainte-Reine ou des Teigneux. — Hôpital des Quinze-Vingts. — Hôpital des Incurables. — Hospice de Vaugirard.

La deuxième classe était destinée aux *pauvres malades* et aux *pauvres valides* et comprenait six hôpitaux : Hôpital des Petites-Maisons. — Hôpital de *la Pitié*. — La Salpêtrière. — Bicêtre. — Les Invalides et l'École militaire.

Quant à la troisième classe, elle recevait les *pauvres valides* et comprenait vingt établissements qui se répartissaient ainsi :

Orphelins (6). — Hôpital de la Trinité. — Hôpital de Notre-Dame de la Miséricorde ou des Cent Filles. — Maison des Orphelins dite Mère de Dieu. — Filature de la paroisse de Saint-Sulpice. — Les Orphelines de l'Enfant-Jésus. — École d'orphelins, fils d'officiers ou soldats invalides.

Passants (2). — Hôpital Sainte-Catherine. — Hôpital Sainte-Anastasie et Saint-Gervais.

Vieillards (2). — La Communauté des prêtres de Saint-François-de-Sales. — Hôpital du Saint Nom de Jésus.

Veuves (3). — Maisons des Veuves de la rue Saint-Sauveur, de la rue du Sentier, de la rue Montmartre.

Il existait encore les maisons de la Dentelle Noire et des Filles séculières de Sainte-Agnès; ces deux dernières maisons servaient à retirer les jeunes filles pendant le jour, afin que les parents pussent aller à leurs travaux; c'est ce que nous appelons de nos jours des salles d'asile.

Nous bornerons à la fin du XVIIIe siècle ce court historique des hôpitaux, pour exposer les motifs qui déterminèrent le gouvernement de la régence de Marie de Médicis à fonder l'hôpital de Notre-Dame de Pitié.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — Les inscriptions du quatrième trimestre seront reçues les lundis, mardis, vendredis et samedis du 1er au 22 juillet 1882, de une heure à quatre heures : celles de première et de deuxième années de doctorat, du samedi 1er juillet au mardi 11 du même mois ; celles de troisième et de quatrième années de doctorat, de deuxième et de troisième années d'officiat, du vendredi 14 juillet au samedi 22 du même mois.

Les élèves ajournés à la session de novembre 1881, au premier examen de doctorat (nouveau mode), et aux premier, deuxième et troisième examens de fin d'année (ancien mode), devront consigner jusqu'au jeudi 22 juin, aux jours et heures ordinaires : c'est-à-dire les mercredi 14, jeudi 15, mercredi 21 et jeudi 22, de une heure à quatre heures. Ils seront appelés à subir leur examen du 3 au 8 juillet.

Les élèves de première année (nouveau mode), qui désirent subir le premier examen de doctorat avant les vacances devront consigner en prenant la quatrième inscription.

Les élèves de première, deuxième et troisième années (ancien régime), et les aspirants à l'officiat, devront consigner pour les examens de fin d'année en prenant, selon le cas, la quatrième, la huitième ou la douzième inscription. En cas d'ajournement, ces élèves pourront se présenter de nouveau à la session de novembre prochain.

Le stage hospitalier est obligatoire pour la neuvième inscription de doctorat et la cinquième d'officiat. Cinquante-six jours de présence à l'hôpital seront exigés pour ces inscriptions.

— Seront mis en série : 1° du 26 juin au 1er juillet 1882, MM. les étudiants ajournés, avant le 15 juin, au premier examen de doctorat (ancien régime) et deuxième examen de doctorat (nouveau régime, première partie) ; 2° du 3 au 8 juillet, MM. les étudiants ajournés avant, le 15 juin, aux deuxième examen de doctorat (ancien régime) et troisième examen de doctorat (nouveau régime, première partie).

Pour les troisième, quatrième et cinquième examens de doctorat, des séries seront établies de la manière suivante : 1° troisième examen de doctorat, jusqu'au 3 juillet; 2° quatrième et cinquième examens de doctorat, jusqu'au 22 juillet.

— Le lendemain de leur réception à la thèse, MM. les docteurs en médecine sont priés de vouloir bien retirer, au secrétariat de la Faculté, de midi à trois heures, leur certificat de réception.

— *École de médecine d'Angers.* — M. Jagot (Léon-Marie), docteur en médecine, est institué suppléant des chaires de médecine, en remplacement de M. Briand, dont le temps d'exercice est expiré.

M. Gaudin (Joseph-Louis), pharmacien de première classe, est institué suppléant des chaires de chimie, pharmacie, matière médicale et histoire naturelle, en remplacement de M. Guichard, dont le temps d'exercice est expiré.

M. Mareau (Gustave-Eugène), docteur en médecine, est institué suppléant des chaires de chirurgie et accouchements en remplacement de M. Vaslin, dont le temps d'exercice est expiré.

— Un concours pour une place d'interne en médecine et en chirurgie s'ouvrira à l'Hôtel-Dieu d'Orléans, le lundi 3 juillet prochain, à midi.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. Chappuis soutiendra, le 17 juin 1882, à deux heures, dans la salle des examens, pour obtenir le grade de docteur ès sciences physiques, une thèse ayant pour sujet : Étude spectroscopique sur l'ozone.

— La Société de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulouse rappelle qu'elle a proposé, pour sujet de prix à décerner en 1883, la question suivante : « Des falsifications des boissons alimentaires; des moyens de les reconnaître et de les réprimer. » Le prix est de 300 francs.

Pour le prix Jules Naudin, qui sera décerné en 1883, la Société propose la question suivante : « Comment meurent les goutteux? Étude clinique et thérapeutique. » Le prix est de la valeur de 1,000 francs. Une prime de 200 francs pourra être accordée, en sus, pour concourir aux frais de l'impression, qui devra avoir lieu dans l'année.

La Société propose enfin, pour le prix de l'année 1884, la question suivante : « Étude comparative des trois vaccins. Auquel faut-il donner la préférence ? » Le prix est de 300 francs.

Conditions générales du concours. — Les mémoires écrits lisiblement en français ou en latin sont seuls admis à concourir. Ils devront être adressés, franco de port, à M. le secrétaire général avant le 1er janvier de l'année dans laquelle le prix doit être décerné, terme de rigueur. Ils seront accompagnés d'une épigraphe ou devise qui sera répétée sur une enveloppe cachetée contenant le nom de l'auteur. Les mémoires dont les auteurs se seraient fait connaître directement ou indirectement, ceux qui auraient été déjà publiés ou présentés à une autre compagnie savante ne seront pas admis à concourir. Les mémoires manuscrits sur divers sujets, destinés au concours des médailles d'encouragement, devront parvenir franco à M. le secrétaire général, avant le premier mars de chaque année. Les membres résidants de la Société ne peuvent prendre part aux divers concours. Les manuscrits des mémoires jugés par la Société deviennent sa propriété; toutefois, les auteurs peuvent en faire prendre copie, à leurs frais, sans déplacement, en s'adressant pour cela au secrétaire général. La séance publique annuelle, dans laquelle sont proclamés les résultats des divers concours, a lieu invariablement du 1er au 15 mai.

— Dans sa séance annuelle du 8 juin, l'Association des médecins de Meurthe-et-Moselle a élu pour président M. le docteur Demange père, professeur-adjoint à la Faculté de médecine, en remplacement de M. le professeur F. Simonin, démissionnaire.

— M. le docteur Brun, prosecteur, commencera ses démonstrations de médecine opératoire, avec le concours de six aides d'anatomie, et sous la direction de M. le docteur Farabeuf, chef des travaux pratiques, le 15 juin 1882, à une heure précise, dans le pavillon n° 3 de l'École pratique, rue Vauquelin.

— M. le professeur Baillon fera sa prochaine herborisation publique le dimanche 18 juin 1882, à l'Isle-Adam et dans la forêt de Carnelle. Le départ aura lieu à la gare du Nord par le train de sept heures vingt-cinq minutes du matin pour la station de l'Isle-Adam.

— M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle, fera une excursion géologique publique, le dimanche 18 juin 1882, à Salis, Darvault, Pierre-le-Sault et Glandelles. Il suffit, pour prendre part à la course, de se trouver au rendez-vous, gare de Lyon, où l'on prendra, à sept heures du matin, le train pour Nemours.

Pour profiter de la réduction de 50 p. 100 accordée par le chemin de fer, il est nécessaire de se faire inscrire au laboratoire de géologie et y verser le montant de sa place (demi-tarif), avant samedi trois heures du soir.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la Maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales, publié sous la direction de M. le docteur A. Dechambre, avec la collaboration d'un très-grand nombre de professeurs, de médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires et de la marine. — La 2e partie du tome XXVI de la 1re série et le tome XVII complet de la 2e série viennent de paraître aux librairies Asselin et Cie et G. Masson; ils contiennent les articles suivants : *Délire,* par MM. Ball, Ritti et Chambart; *Délivrance,* par M. Bouchacourt; *Démence,* par MM. Ball, Chambart et Tourdes; *Oreille,* par MM. Coyne, Ladreit de la Charrière; *Orteil,* par M. Paulet. — Paris, Asselin et Cie.

Contribution à l'étude du rôle du système nerveux dans les affections du cœur, par Ed. Lamarre, médecin de l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye. 1 vol. in-8° de 164 pages. — Prix : 3 francs. — Paris, G. Masson.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 13001.

77

Maltine Gerbay,
Vérit. spécifique des Dyspepsies amylacées
TITRÉE PAR LE Dr COUTARET,
Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.
Cette préparation nouvelle a subi l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon, Académie des sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liége, etc.
GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.
Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.
Dépôt dans toutes les pharmacies.
GROS: Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

70

Pilules de Blancard,
Approuvées par l'Académie de Médecine.
Participant des propriétés de l'iode et du fer, ces pilules s'emploient contre les *scrofules*, la *phthisie* à son début, la faiblesse de tempérament, ainsi que dans toutes les affections (*pâles couleurs, aménorrhée*, etc.), où il est nécessaire de réagir sur le sang.
Exiger la signature ci-jointe au bas d'une étiquette verte.
Blancard
40, *rue Bonaparte.*
SE DÉFIER DES CONTREFAÇONS.

53

Produits de l'Eucalyptus
par DELPECH et ARDISSON.
Les CAPSULES A L'ESSENCE PURE D'EUCALYPTUS (*Eucalyptol*), l'Alcoolature, le Sirop, le Vin, le Liniment réussissent contre : *Affections du poumon, névralgies, migraines, rhumatisme, pansement et désinfection des plaies.*
La phie DELPECH, rue du Bac, 23, prépare les **Capsules à l'Extrait éthéré de Cubèbe.**

60

Podophyllin Delpech
contre la constipation habituelle.
Les PILULES DE PODOPHYLLIN-DELPECH sont prescrites par les médecins pour guérir cette affection pénible et tenace. — La boîte : 2 francs. — Pharmacie, 23, rue du Bac, Paris.

65

APPROUVÉES PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS
Dragées de Gélis et Conté
AU LACTATE DE FER
Deux rapports académiques et de nombreuses expériences anciennes et récentes ont démontré leur supériorité sur tous les autres ferrugineux, et leur efficacité contre les *Pâles couleurs*, pour fortifier les *Constitutions lymphatiques*, et combattre toutes les maladies qui ont pour cause l'*Appauvrissement du sang.*
Dépôt général : LABÉLONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

61

Croisic Loire-Infre **Etablissement des bains** de MER de vapeurs térébenthinées, etc.; hydrothérapie marine. — Traitement spécial et héroïque des affections des os et des engorgements chroniques de la matrice, des maladies nerveuses et rhumatismales. Guérison de la scrofule à tous les degrés par les *eaux-mères.*

119

Sirop DU DOCTEUR Reinvillier
Au Phosphate de chaux gélatineux
Phthisie pulmonaire, bronchite chronique, rachitisme, débilité organique, maladies des os.
Le sirop du docteur Reinvillier, administré quotidiennement aux enfants, facilite la dentition et la croissance. Chez les nourrices et les mères, il rend le lait meilleur et empêche la carie et la perte des dents qui suivent souvent la grossesse.
Huile phosphorée titrée pour frictions.

100

Capsules Thévenot au Goudron, le fl. 1f20; *id.* à l'essence de térébenthine, le fl. 1f,20; *id.* à l'huile de Gabian, le fl. 1f75; *id.* à l'huile de foie de morue créosotée, le fl. 2f. — Dans toutes les pharmacies.

8

Saint-Raphaël, Vin tannique,
prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.
Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.
Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.
DOSE : Un petit verre après les principaux repas.
DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

63

AFFECTIONS DES BRONCHES ET DE LA GORGE
Une petite mesure (12 centigr.) de
Sulfureux Pouillet
dans un verre d'eau donne de suite une Eau sulfureuse incolore et d'une conservation parfaite.
Marcellin Pouillet — Fl. pr 10 litres d'eau. 2f,50
Fl. pour un bain. . 1 fr.
Donc, **économie** et **préparation** toujours **identique.**
Approuvé par l'Académie de médecine.
CLERMONT, 112, rue du Bac, Paris.

41

Rhumatismes. Guérison par la
Flanelle et la Ouate végétale du Pin sylvestre.
REYNAUD, chemisier, rue de la Paix, 22, Paris.

127

LA PLUS PURGATIVE DES EAUX MINÉRALES.
Pullna (Bohême). GRANDS PRIX : Philadelphie 1876, Paris 1878, Sidney 1879, Melbourne 1880, Londres 1881. — A. ULBRICH.

76

NEVRALGIES — MIGRAINES
PILULES ANTI-NÉVRALGIQUES AU
Gelsemium sempervirens
du docteur G. FOURNIER.
Une à cinq pilules au maximum en 24 heures.
Pharmacie de la Madeleine, 5, rue Chauveau-Lagarde, Paris.
Exiger la signature du Dr FOURNIER.

62

Vin Defresne à la Peptone,
Admise première, après concours, dans les hôpitaux de Paris.
Récompensée à l'exposition universelle de 1878
Dose : 1/2 verre à madère après le repas; 4 fr.
40gr viande assimilable;
0,45 lactophosphate de chaux organisé;
0,04 phosphate de fer hématique.
Ce nutriment agréable et reconstituant se prend après le repas, à la dose de deux cuillerées à bouche.
ÉLIXIR DEFRESNE à la PEPTONE, 5 fr.
PEPTONE DEFRESNE : contient le double de son poids de viande toute préparée pour l'absorption ; 4 p. 100 d'azote. — Dose : deux cuillerées à la fois dans du bouillon ou vin généreux. — 5 fr.
Inappétence, Convalescence, Maladies de poitrine, de l'Estomac et des Intestins.
DEFRESNE, auteur de la **Pancréatine,** Paris.

73

Vin de G. Seguin.
« C'est un puissant tonique; pris avant le » repas, il facilite la digestion. Il est très-utile » pour empêcher le retour des fièvres intermit- » tentes sujettes à récidive. — BOUCHARDAT. »
Paris, pharm. G. SEGUIN, 378, r. Saint-Honoré.

136

Établissement thermal Vichy
(Allier) PROPRIÉTÉ DE L'ÉTAT (Allier)
SAISON DES BAINS (Ouverture le 15 mai).
Bains et Douches de toute espèce pour le traitement des *Maladies de l'Estomac, du Foie, de la Vessie, Gravelle, Diabète, Goutte, Calculs urinaires, etc.*
Théâtre et Concert au Casino; Musique dans le Parc; Cabinet de Lecture; Salon réservé aux Dames; Salons de jeux, de conversation et de billard.
COURSES DE CHEVAUX
Tous les renseignements sont donnés gratuitement à Paris, 22, boulevard Montmartre; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré.

22

Epilepsie. Hystérie. Névroses.
Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.
Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.
Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.
Prix du flacon : CINQ francs.
Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.
Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

23

Le Thé diurétique de France
est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire ; apaise les douleurs des reins et de la vessie ; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.
Prix de la boîte : DEUX francs.
VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.
VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

7

Les Dragées Carbonel
AU PERCHLORURE DE FER PUR.
Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant quatre gouttes de la liqueur normale à 30°.
Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.
Prix du flacon : QUATRE francs. — Envoi franco par la poste.
Dépôt : à Avignon, pharmacie CARBONEL; à Paris, maison HUGOT.

134

Contrexéville
(SOURCE DU PAVILLON).
Contre la gravelle, la goutte et les maladies des voies urinaires.
ÉTABLISSEMENT OUVERT DU 15 MAI AU 15 SEPTEMBRE.
DÉPÔT CENTRAL : 29, rue de la Michodière, maison ADAM (Paris), où l'on trouve toutes les eaux minérales, et spécialement celles étrangères.

50

Institut orthopédique
28, rue Lauriston. Traitement des difformités de la taille, gibbosités, pieds-bots, fausses ankyloses du genou, torticolis, coxalgies. — Médecin en chef : E. DUVAL, seul élève de son père, le docteur V. DUVAL, directeur pendant plus de quarante ans des traitements orthopédiques dans les hôpitaux de Paris. — Jardin, gymnase.

1

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.
Orezza, EAU MINÉRALE FERRUGINEUSE ACIDULE
la plus riche en fer et acide carbonique.
Cette **eau** n'a pas de rivale pour la guérison des GASTRALGIES, FIÈVRES, CHLOROSE, ANÉMIE,
et toutes les maladies provenant de
L'APPAUVRISSEMENT DU SANG.

12

Ergotinine de Tanret
Lauréat de l'Institut.
L'auteur prépare avec cet *alcaloïde* une solution dosée à 1 milligr. le centimètre cube (dose de 10 à 20 gouttes) et un sirop à 1 milligr. la grande cuillerée (dose de 1 à 8 cuillerées à café par jour). Ce sont les préparations d'ergot les plus actives.
Paris, phie TANRET, 64, rue Basse-du-Rempart.

9

Delalain, DENTISTE, lauréat de la Faculté de méd. de Paris. 138, bd St-Germain pr. la Fac.

N° 70. — SAMEDI 17 JUIN 1882. 55e ANNÉE. SAMEDI 17 JUIN 1882. — N° 70.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Arthrites et ténosites blennorrhagiques.

Parmi les affections qui, au premier coup d'œil, pourraient paraître articulaires, il en est beaucoup qui n'affectent pas l'articulation elle-même.

Tel est le cas, par exemple, pour les accès de goutte, dont le siège est en dehors des articulations, dans les tissus blancs du voisinage.

Tel serait également, suivant M. le professeur Peter, le plus habituellement, le cas pour ce qu'on nomme le rhumatisme blennorrhagique des grandes articulations.

M. Peter nous a fait voir sur une malade de son service, à la Charité, un bel exemple de cette confusion possible entre l'arthrite et la ténosite. Il s'agit d'une femme atteinte à la fois d'une blennorrhagie des plus évidentes, et de douleurs vives, tant au niveau de l'articulation claviculo-sternale du côté droit qu'au niveau de l'articulation tibio-tarsienne du côté gauche.

Vers cette dernière articulation il existe, en dessous de la malléole interne, de la rougeur et du gonflement. Si l'on y touche, la malade manifeste une douleur très-vive, douleur qu'elle éprouve également quand elle essaie de mouvoir son pied. On pourrait donc croire qu'il existe là un véritable rhumatisme articulaire. Mais il n'en est rien.

En effet, si on palpe à la partie externe, ou en avant, ou en arrière profondément, sous le talon d'Achille, on ne trouve plus nulle part de sensibilité anormale sur le pourtour de cette même articulation tibio-tarsienne.

Si alors, revenant sur le côté interne, on y pratique la palpation d'une façon méthodique, avec soin, on reconnaît que la douleur n'existe que dans la direction de la gaine des tendons qui font le tour de la malléole interne. Tout se borne donc à une ténosite facile à bien délimiter.

Des ténosites du même genre, occupant des gaines tendineuses, peuvent se rencontrer au genou, etc.

Et pratiquement, il importe de savoir bien les reconnaître, car on ne rencontre point là, sauf très-exceptionnellement, les périls qui peuvent assombrir le pronostic du rhumatisme articulaire proprement dit.

M. Peter admet, du reste, comme le regretté professeur Lorrain, que les affections de ce genre ne sauraient se rattacher en rien à l'influence d'un prétendu virus blennorrhagique.

Les écoulements leucorrhéiques qui peuvent les produire n'ont souvent rien de spécifique ni de virulent.

Par un mécanisme jusqu'à présent inexpliqué, l'état d'irritation des organes génitaux, leur sécrétion plus abondante, ou même la suppression subite d'un écoulement menstruel, peuvent avoir à distance un retentissement qui se traduit sous l'apparence d'une espèce de rhumatisme.

Mais ce rhumatisme serait très-superficiel, il affecterait seulement de petites articulations, ou, au voisinage des plus grandes, de simples gaines tendineuses.

Il aurait fort peu de tendance aux métastases (sur ce point M. le professeur Peter est d'accord avec tous les autres cliniciens). Il ne causerait donc pas, d'une façon générale, les maladies du cœur qu'amène si souvent le vrai rhumatisme articulaire, et son pronostic serait très-bénin.

M. Peter nous a raconté qu'on l'avait appelé un jour en consultation auprès d'une dame appartenant à une famille qui était sur le point de perdre un de ses membres par une maladie du cœur de cause rhumatismale. Le médecin habituel avait diagnostiqué chez cette dame un rhumatisme articulaire de l'un des genoux. L'inquiétude était donc extrême, car on craignait de voir chez elle le cœur se prendre, comme chez sa très-proche parente. Mais en examinant le genou malade, M. Peter reconnut aussitôt que la sensibilité à la pression était limitée à la région interne, aux points où vont s'insérer les tendons des muscles couturier, demi-tendineux et demi-membraneux. Dès lors toutes les craintes se trouvaient écartées. M. Peter interrogea cette malade sur le point de savoir si elle perdait beaucoup en blanc ; elle lui répondit qu'en effet depuis quelques semaines elle perdait non-seulement en blanc mais en jaune. Le diagnostic était complété.

Suivant les termes de Lorrain, c'était bien là le *rhumatisme génital* à forme bénigne. La guérison se fit, en effet, chez cette malade, sans aucune complication.

Chute des dents et destruction des alvéoles dans l'ataxie locomotrice.

Il y a trois mois à peine que l'on a signalé, au nombre des troubles trophiques qui peuvent résulter de l'ataxie locomotrice, la chute des dents, la disparition des alvéoles et l'ébrèchement des os maxillaires.

Les faits de ce genre déjà publiés ne sont pas encore en grand nombre. Il s'en présente un, des plus remarquables, dans le service de M. Damaschino, à l'hôpital Laennec.

Le 1er août de l'année dernière, un homme de quarante-trois ans, qui, depuis une dizaine de jours, ne pouvait plus marcher, ni même se tenir debout, tant était grande l'encoordination des mouvements des membres inférieurs, se faisait recevoir dans ce service, salle Trousseau, n° 15.

Il racontait que le début de l'affection dont il était atteint devait déjà remonter haut, car avant la guerre, se trouvant à Lyon, il avait voulu danser dans un bal et il lui avait été impossible de le faire. Il n'avait pas même pu se tenir sur la pointe des pieds.

Pendant la guerre, étant de service, comme garde national, à la porte Maillot, il couchait dans un réduit casematé recouvert d'une hauteur de trois mètres de terre et très-humide. C'est à cela qu'il attribue des douleurs de reins et de dos qu'il éprouvait à cette époque et qui le faisaient se tenir fortement courbé.

Après le siège, pendant la commune, il alla passer quelque temps dans sa famille, à Lyon, et il s'y porta bien. Les douleurs de dos avaient disparu, et il marchait comme à l'ordinaire, quand il se trouvait sur un terrain plat. Cependant, un jour, ayant voulu descendre de la Croix-Rouge par une pente très-rapide, quand il se trouva à mi-chemin, les jambes lui manquèrent : il ne pouvait plus avancer ni reculer. Ce fut avec les plus grands efforts, et, bien qu'il eût une canne, en se tenant aux murs, qu'il finit par atteindre le bas de la côte.

De retour à Paris, où il exerçait la profession de courtier de commerce, il ne remarqua rien d'extraordinaire dans sa santé durant deux ans environ. Il ne souffrait nulle part, pouvait faire sans difficulté et sans fatigue les plus longues courses, mangeait de bon appétit et digérait bien.

Vers 1874, il commença à ressentir une sorte d'engourdissement dans les deux derniers doigts de la main gauche. Un peu plus tard, il s'aperçut que ses mains se refroidissaient d'une façon tout à fait anormale; pendant l'hiver, il avait constamment l'onglée. Le médius et l'indicateur de la main gauche étaient devenus engourdis à leur tour comme le petit doigt et l'annulaire de la même main.

Vers la même époque, des douleurs vives, subites et momentanées comme des éclairs, se firent sentir de temps en temps dans les cuisses et dans les jambes. Le malade commença à éprouver aussi, à des intervalles de plusieurs jours, des crises de douleurs qui siégeaient, suivant lui, vers la partie antérieure de la poitrine, tout près du sternum, et qui duraient trois jours en général.

Ces crises paraissent devoir rentrer dans le cadre de celles qui sont sous la dépendance du nerf pneumogastrique, c'est-à-dire de ces crises laryngo-pharyngo-œsophago-gastriques si communes dans l'ataxie. Tant qu'elles durèrent, elles dominaient la scène, étant très-pénibles, surtout la nuit, et toutes les autres douleurs répondaient alors dans le thorax, même les élancements ressentis dans les jambes, même la sensation pénible que faisait éprouver la présence d'un cor sur le pied droit, sensation qui déjà rayonnait d'ordinaire tout le long du membre jusque vers la hanche.

Un médecin fut consulté : et il reconnut qu'il s'agissait d'une ataxie locomotrice.

Pendant les années qui suivirent, la situation ne changea guère. La marche était toujours possible; mais, dans l'obscurité ou les yeux fermés, cet homme était obligé de chercher avec la main des points de repère solides pour pouvoir avancer ou même se tenir un certain temps debout. Il n'éprouvait d'ailleurs jamais, à ce qu'il prétend, ni crampes ni contractions spasmodiques d'aucun genre dans les membres inférieurs, mais les douleurs lancinantes persistaient, et les crises pharyngo-œsophagiennes revenaient trois ou quatre fois par an.

Ce fut dans ces conditions que le malade vit tomber spontanément, sans aucune douleur et sans écoulement de sang, il y a deux ans, le 1er janvier, une de ses incisives de la mâchoire supérieure qui était parfaitement saine. Puis ce fut le tour d'une autre incisive, également saine, quinze jours après. La canine du côté gauche manquait déjà. Une molaire, du même côté, s'ébranla bientôt, puis se pencha sur le côté et finit par être couchée presque parallèlement au bord du maxillaire qui, par la résorption complète des alvéoles, était profondément encoché à cet endroit.

Ce renversement de la molaire était complet depuis plusieurs semaines, lorsque, le 20 juillet de l'année dernière, en s'habillant, le malade s'aperçut qu'il n'était pas bien maître des mouvements de sa jambe droite. Il se tordit le pied en faisant quelques pas dans sa chambre. Cependant il voulut aller à ses affaires, et, pendant deux heures environ, il marcha, mais très-lentement. Dans l'après-midi, après déjeuner, il ne se sentait pas disposé à se remettre en marche. Il finit pourtant par s'y résoudre, mais dès qu'il fut debout son pied se tordit, sa jambe se jeta de côté, et il tomba.

Depuis lors, quand il essaie de se tenir sur ses pieds, il lui est impossible de garder l'équilibre.

Lorsqu'il entra à l'hôpital, les mains et les jambes étaient toujours froides. Même dans le lit, il ne pouvait pas parvenir à les réchauffer. Ce phénomène a cessé; et dans ces derniers jours on a observé tout à fait l'inverse. Les mains et les avant-bras sont devenus le siège d'une sueur chaude, abondante, qui perlait à grosses gouttes, surtout la nuit.

Les réflexes rotuliens n'existent plus. En ce moment la sensibilité cutanée n'est complètement abolie nulle part; cependant le chatouillement est à peine perçu à la plante des pieds, surtout du côté droit. Mais, quand on y enfonce une épingle, surtout vers la région tarsienne, le malade accuse une douleur vive. Suivant son récit, il y aurait eu une anesthésie très-marquée des deux pieds, principalement du droit, alors que les jambes étaient habituellement froides, et cette anesthésie, dont il reste des traces sur le pied droit, aurait disparu en très-grande partie depuis que la température locale se serait accrue. A la face, du côté gauche, où les dents sont tombées, où le maxillaire supérieur est déformé, la sensibilité ne présente rien d'anormal. Mais du côté droit, à peu près toute la région innervée par le trijumeau est à la fois, dans une certaine mesure, analgésiée et hyperesthésiée. C'est-à-dire que la piqûre n'y cause presque pas de douleur, infiniment moins de douleur que du côté gauche; elle est perçue comme un contact, mais comme un contact qui retentit au loin ; le malade compare ce qu'il éprouve, quand on le pique ou qu'on lui touche la joue, par exemple, à une sorte de vibration qui va aboutir

jusque dans le front. La moindre pression sur la peau du front de ce même côté lui cause également une sensation toute particulière.

Ceci est important à noter, car, dans les deux faits de chute des dents et d'altération du maxillaire par suite d'ataxie que M. Demange, professeur agrégé de la Faculté de Nancy, vient de publier avec autopsies dans la *Revue de médecine* (année 1882, p. 247 et suiv.), il existait des altérations des nerfs trijumeaux.

Voici, en effet, ce que M. Demange a constaté en ce qui concerne ces nerfs :

Premier malade. — « Sur des coupes des nerfs trijumeaux prises sur leur trajet immédiatement à la sortie de la protubérance, on reconnaît qu'un nombre considérable de faisceaux nerveux sont sclérosés, la myéline a disparu, et les cylindres-axes sont étouffés dans une gangue conjonctive qui se colore fortement par le carmin ; d'autres faisceaux nerveux sont restés sains. Il y a donc une névrite scléreuse manifeste des trijumeaux, coïncidant avec l'atrophie des noyaux d'origine. » Chez cet homme, la sclérose occupait les cordons postérieurs de la moelle épinière dans toute leur longueur, et se prolongeait dans le bulbe sur toute l'étendue du plancher du quatrième ventricule. Il y avait eu pendant la vie des crises gastriques et laryngées.

Deuxième malade.— « Les deux nerfs trijumeaux sont diminués de volume et atrophiés à leur sortie de la protubérance : le trijumeau gauche, plus particulièrement, est réduit à un filament grêle et gélatineux, à peine reconnaissable. Le ganglion de Gasser correspondant est mis à nu : il est complètement atrophié ; il est comme vidé, réduit à une coque conjonctive aplatie, vitreuse, dans laquelle on ne reconnaît plus l'aspect de la substance nerveuse » ; à la moelle, dans toute son étendue, il existait une sclérose fasciculée des cordons postérieurs, sclérose qui se continuait, au bulbe, d'une façon non interrompue sous le plancher du quatrième ventricule. Chez cet homme, il y avait eu de l'anesthésie et de l'analgésie du côté gauche de la face, dans toute la région innervée par le trijumeau ; et la chute des dents s'était faite du même côté.

C'est, en effet, à la lésion des trijumeaux que M. Demange attribue les troubles trophiques dont les maxillaires sont affectés, et qui amènent la chute des dents et la destruction des alvéoles.

La première des deux observations de M. Demange serait, paraît-il, contemporaine de celles que M. Valin a communiquées, le 11 juillet 1879, à la Société médicale des hôpitaux (voir *Gazette des hôpitaux,* année 1879, p. 645), dans un travail original qui a appelé l'attention sur cette question, alors complètement nouvelle.

Paralysie dite infantile.

Ainsi que nous l'avions annoncé dans notre dernière Revue clinique, M. Charcot, à propos du malade dont nous avons donné l'observation, vient de faire une leçon sur la paralysie dite *infantile,* dénomination inexacte, car ce genre de paralysie peut également se rencontrer chez l'adulte avec les mêmes caractères.

C'est une maladie aujourd'hui bien connue anatomiquement et cliniquement.

Anatomiquement, la lésion porte sur les amas de grandes cellules motrices des cornes antérieures de la substance grise de la moelle épinière.

Cliniquement, tous les muscles qui reçoivent leur innervation des fibres nerveuses provenant des cellules détruites sont frappés de paralysie et s'atrophient rapidement.

Le début est brusque, sans prodromes, du moins sans prodromes nécessaires. Suivant M. Charcot, il est même des cas où la paralysie apparaît sans autre symptôme, sans fièvre vive, sans trouble notable des fonctions. Elle apparaît ainsi parfois soudainement, comme à la suite d'une apoplexie. Cependant le plus souvent, chez les enfants surtout, il y a d'abord de la fièvre, fièvre qui peut durer quelques jours.

Il peut y avoir aussi, durant les premiers jours, de la douleur, surtout chez les adultes, et même chez les enfants, comme l'ont fait remarquer, dans un mémoire écrit en commun, MM. Henri Roger et Damaschino.

Mais la douleur, suivant M. Charcot, est un élément surajouté dans cette maladie ; quand elle existe elle tient à une diffusion de l'irritation médullaire autour des foyers principaux, à une délimitation moins nette de la lésion fondamentale.

Cette lésion est-elle à l'origine véritablement parenchymateuse ? Les grosses cellules nerveuses à prolongements multiples, origines des fibres motrices, sont-elles primitivement atteintes en elles-mêmes ? C'est ce que croit M. Charcot. Sur cela, dit-il, il est à peu près seul de son opinion ; mais ce n'est pas une raison pour qu'il l'abandonne. La localisation, souvent si précise, des lésions, des foyers de ramollissement, sur les points de la moelle où se trouvent, à l'état normal, les amas de grosses cellules, lui fournit pour cette opinion un argument des plus puissants.

Mais comme c'est là une affection essentiellement aiguë et de nature inflammatoire, la cellule nerveuse ne reste pas seule atteinte, l'inflammation gagne la névroglie dans son voisinage ; — et c'est ainsi qu'il peut se produire de vrais foyers de ramollissement rouge dans la paralysie dite infantile ; tandis que l'on n'observe aucun foyer de ce genre dans l'*atrophie musculaire progressive,* autre affection qui finit par détruire, mais lentement, dans sa marche chronique, les mêmes éléments nerveux. (Voir également sur ce sujet le mémoire de MM. Henri Roger et Damaschino, sur les *altérations de la moelle épinière dans la paralysie spinale de l'enfance et dans l'atrophie musculaire progressive*).

La dissémination possible du processus inflammatoire hors de son foyer d'origine, soit vers les cornes postérieures de la substance grise, ce qui est la cause des douleurs éprouvées par certains malades, soit vers les méninges, est une conséquence de son acuité.

Au point de vue des symptômes, tout marche aussi très-vite. La paralysie atteint son summum en quelques heures ; il est bien rare qu'elle progresse encore après le premier jour. Puis, souvent elle rétrograde. On voit des malades, qui se trouvaient d'abord paralysés des quatre membres, rester seulement paraplégiques, ou hémiplégiques, ou monoplégiques. Généralement même, il reste quelques muscles ou quelques faisceaux musculaires dans les membres paralysés, et cette persistance de muscles sans antagonistes peut amener secondairement des déformations considérables. Si la maladie est survenue avant l'achèvement de la croissance, les os, atteints dans leur nutrition dans les membres paralysés, ne s'accroissent pas autant que dans les membres sains. La différence de longueur et de volume peut être parfois très-

marquée. A tous les âges on note sur les parties malades un abaissement notable de la température et une couleur violacée.

Il serait bon de pouvoir savoir, dans tous les cas, quels sont les muscles paralysés dans les premiers temps qui doivent plus tard reprendre leurs fonctions, et quels sont ceux qui, frappés définitivement dans leur innervation, doivent disparaître à tout jamais par l'atrophie.

M. Charcot a exposé les résultats obtenus jusqu'ici par les recherches électriques. En général, tandis que l'excitabilité par les courants faradiques cesse également en peu de jours pour les uns comme pour les autres, l'excitabilité galvanique, qui s'éteint aussi dans les muscles atteints d'atrophie définitive, s'accroît, au contraire, dans les muscles dont les fibres nerveuses seront régénérées et qui ne doivent pas être frappées de mort. Puis l'excitation faradique reparaît et l'excitation galvanique redescend au niveau normal.

Mais ce sont là des données tout à fait provisoires, qu'il faut connaître parce qu'elles sont classiques, mais dont il ne faut pas s'exagérer la portée au lit du malade.

Au point de vue du pronostic, la paralysie infantile est une affection des plus bénignes. Elle ne cause jamais la mort par elle-même. Mais M. Charcot s'est demandé si elle ne pouvait pas avoir certaines connexités avec des affections plus graves des centres nerveux. Il l'a vue survenir dans des familles où il existait des cas d'épilepsie héréditaire ou de paralysie générale. Il a vu aussi quelquefois la paralysie générale atteindre des sujets affectés de *paralysie* infantile. Enfin, dans un cas, l'atrophie musculaire progressive s'est développée à la suite de ce même genre de paralysie.

Ainsi la présence d'anciens foyers, résultat d'une inflammation actuellement éteinte, pourrait ne pas être toujours complètement indifférente pour le reste de la moelle, quoiqu'on ne voie jamais passer à l'état chronique ce genre de myélite, désigné souvent aujourd'hui, d'après son siège, sous le nom de *poliomyélite antérieure*. (Le mot grec πολως, qui, s'appliquant à la chevelure, veut dire *chenue*, *blanche* ou *grise*, est pris ici, — par opposition au mot λευχος qui veut bien dire *blanc* — pour désigner la substance grise de la moelle épinière.) Dans la dernière année de sa vie, Duchenne de Boulogne avait choisi une autre expression. Il appelait cette maladie *phœomyélite antérieure*, du mot φαιος qui signifie *gris*. Mais, pour être complet, il faudrait ajouter que c'est une phœomyélite, ou poliomyélite antérieure *aiguë*.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 juin 1882. — Présidence de M. L. Labbé.

COMMUNICATIONS

Fongosités articulaires. — M. **LE FORT**, à l'occasion de la communication faite dans la dernière séance par M. Marc Sée (v. *Gazette des hôpitaux*, n° du 10 juin 1882), rappelle avoir présenté, en 1879, un malade auquel il avait fait des injections modificatrices dans des fongosités intra-articulaires. Ces injections se composaient d'alcool pur mélangé à une certaine quantité de sulfate de zinc. Elles avaient été faites dans les fongosités elles-mêmes, fongosités assez étendues pour avoir fait craindre la nécessité d'une résection du genou. Ce malade a parfaitement guéri, en ayant conservé tous les mouvements de cette articulation.

RAPPORTS

M. **POLAILLON** lit un rapport sur diverses observations adressées par M. Martel (de Saint-Malo), à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant. Le première observation, intitulée : « Influence du traumatisme sur le développement de la folie », est celle d'une jeune fille de la campagne qui, à la suite d'une blessure de la main ayant nécessité une résection du cinquième métacarpien et du doigt correspondant, présenta peu de temps après des signes de folie. En interrogeant les antécédents, on apprit que cette jeune fille, d'un caractère d'ailleurs bizarre et entêté, avait perdu sa mère folle. De même que, comme l'a démontré M. Verneuil, un traumatisme peut réveiller une glycosurie éteinte, de même on peut admettre qu'il puisse réveiller ou faire éclater la folie chez un individu prédisposé.

La seconde observation a trait à un cas de rupture de la vésicule biliaire, sans lésion du foie, chez un marin mort de péritonite cinq jours après l'accident qui avait déterminé la rupture de la vésicule biliaire constatée à l'autopsie.

Une troisième observation se rapporte à un épithélioma tubulé du sein, développé sous la paroi d'un canal galactophore, comme l'a démontré l'examen microscopique fait par M. Cornil.

Arthrites fongueuses. — M. **LANNELONGUE** commence la lecture d'un important travail sur les arthrites dites fongueuses.

Tuberculose primitive de l'iris et du corps vitré. — M. **PONCET** (de Cluny) présente l'observation suivante :

Émile M..., valet de ferme, de constitution délicate, non scrofuleux cependant, appartient à une nombreuse famille dont tous les membres sont d'une santé robuste. Lui-même ne présente rien aux poumons. Pas trace de syphilis. Le mal a débuté, il y a deux mois, sur l'œil gauche, et a marché assez rapidement pour que, dans cette période, toute la chambre antérieure soit remplie d'une tumeur bilobée. La vision est abolie. Des accidents inflammatoires de la cornée et sympathiques s'étant déclarés, l'énucléation fut faite. La guérison a été rapide, et cinq mois après l'opération la santé générale est bonne, la cicatrice parfaite.

L'examen histologique du bulbe comprend deux parties : le segment antérieur et le segment postérieur.

Dans le segment antérieur, une coupe antéro-postérieure démontre que toutes les parties constituantes sont coulées pour ainsi dire dans une substance nouvelle qui remplit la chambre antérieure, la zone équatoriale du cristallin, le canal de Petit, la face postérieure de la cristalloïde postérieure, et se prolonge dans les procès et la zone ciliaire de la rétine, un peu en arrière du niveau du muscle ciliaire.

Dans la chambre antérieure, le néoplasme comble le sinus irido-cornéen, et comprime les canaux veineux de Schlemm, à peu près oblitérés.

A un plus fort grossissement, ce tissu est entièrement embryonnaire, non fibreux, très-peu vasculaire, si nous entendons par ce mot la présence de vaisseaux dont le calibre contient du sang ou soit resté perméable.

Dans toutes les régions décrites existent des foyers de ramollissement, non colorés en rose par le picro-carmin, avec cellules géantes, multiples au centre. Ces nodules tuberculeux, car c'est bien à cette dégénérescence que nous avons à faire, sont excessivement abondants, soit dans la chambre antérieure, soit dans le ligament de Petit. Nous constatons la présence des plaques géantes (Riezenzellen) à noyaux multiples derrière le cristallin et dans la région ciliaire de la rétine.

Le cristallin et ses membranes étaient à l'état normal.

Au procès ciliaire, la dégénérescence embryonnaire ne dépassait pas la courbe antérieure ; il n'atteignait pas le muscle ciliaire.

La cornée, à sa périphérie, offrait quelques lignes interstitielles de prolifération; mais pas de dégénérescence spécifique. Les membranes étaient intactes.

Dans le segment postérieur, la choroïde était absolument saine, plutôt même atrophiée. La rétine n'offrait aucune altération. La papille avait son relief normal, sans excavation.

M. Poncet pense qu'un produit embryonnaire développé en masse, quand il n'offre pas d'organisation fibreuse, pas de vais-

seaux; quand il présente de très-nombreux foyers de ramollissement avec cellules géantes typiques, sur un sujet non syphilitique, ce produit néoplasique doit être nommé tubercule. Mais il faut toujours laisser en dernier lieu la décision suprême à la clinique. Il est entendu que les *Riesenzellen* n'ont rien par elles-mêmes de caractéristique et que l'état voisin des tissus permet seul d'établir un diagnostic.

Dans ce cas particulier, la présence des *Riesenzellen* au milieu du corps vitré est intéressante, car elle démontre bien l'origine de ces éléments dans une humeur où les lymphatiques n'existent pas. Leur formation doit être rattachée à celle des cellules vaso-fermotrices que M. Poncet a décrites dans l'inflammation du corps vitré (1).

Sous l'influence de la diathèse tuberculeuse, elles sont rapidement altérées, se fondent entre elles, les noyaux seuls restant à la périphérie. Dans leur voisinage, les petites cellules à deux ou trois noyaux sont très-abondantes. C'est en un mot l'évolution décrite par Kiener dans les tubercules des séreuses.

Si la tuberculose du corps vitré n'a pas été décrite plus souvent dans les 15 à 17 observations connues jusqu'ici (2), c'est que l'examen histologique incomplet n'a pas porté sur le corps vitré.

L'état de la chambre antérieure des sinus de Fontana et de Schlemm n'est pas, dans ce cas, en contradiction absolue avec la théorie de Kiener, sur la genèse du glaucome, parce que les procès ciliaires, lieu de sécrétion de l'humeur, étaient altérés eux-mêmes et qu'il existait en outre un commencement de synchisis. L'ectasie n'a pu se produire.

Les tubercules de l'œil doivent amener l'énucléation quand les accidents inflammatoires se déclarent; c'est la même règle qui est appliquée à la tuberculose du testicule, où elle a toujours donné d'excellents résultats.

M. DESPRÈS, sans vouloir mettre en doute le diagnostic de M. Poncet, dont la compétence en pareille matière est bien connue, ne reconnaît pas dans l'examen des pièces dont il s'agit les véritables caractères du tubercule. Sur un dessin montré par M. Poncet on voit exactement ce que M. Cornil a représenté dans son livre sous le nom de gommes. Au point de vue clinique, cet enfant, soi-disant atteint de tubercules de la choroïde, ne présente, ni par lui-même ni chez ses parents, aucun antécédent de tuberculose. N'y aurait-il par là simplement des traces d'inflammation chronique déterminée par un traumatisme quelconque méconnu ou oublié? Ce ne serait pas la première fois qu'un diagnostic, uniquement basé sur l'histologie, se trouverait être erroné.

M. TRÉLAT ne veut relever dans l'observation de M. Poncet que ce point particulier : qu'au point de vue du traitement, il est tout aussi bien indiqué de faire l'énucléation d'un œil tuberculeux que l'ablation d'une langue ou d'un testicule tuberculeux, dès que, bien entendu, la lésion tuberculeuse a été dûment constatée et a déjà déterminé des accidents ou des troubles fonctionnels appréciables. Cette ablation précoce a de grandes chances d'être suivie de succès, tandis que si on abandonne la lésion à elle-même elle a de grandes chances de se propager aux parties voisines. C'est l'opinion qu'il a soutenue dans une des séances de la Société de chirurgie.

M. PONCET demande à M. Desprès quel nom il donnera à cette maladie dont la marche, les symptômes n'ont rien qui rappelle la syphilis ou la scrofulose. Sans doute, les éléments que l'on constate dans les pièces histologiques se rencontrent également dans la tuberculose, dans la syphilis et dans la scrofulose, mais l'aspect général du tissu diffère absolument de celui d'un tissu syphilitique et présente au contraire tous les caractères d'un tissu tuberculeux. Il n'y a d'ailleurs, chez cet enfant, aucun antécédent de nature traumatique ; il n'y a eu ni glaucome, ni cyclite.

M. MAURICE PERRIN croit qu'il reste encore quelque obscurité sur la conduite à tenir chirurgicalement en présence de tubercules de la choroïde ou de l'iris. Il n'est pas de l'avis de M. Trélat et pense que tant qu'il ne survient pas de lésions inflammatoires dans l'œil, ni de troubles fonctionnels, il n'y a pas lieu de faire l'énucléation de l'œil, même alors que le diagnostic de tubercules a été porté.

M. TRÉLAT est de l'avis de M. Perrin. C'est ce qu'il a voulu exprimer en disant que lorsque l'on était bien fixé sur ces deux points, diagnostic et accidents, et y avait lieu d'intervenir tout aussi bien pour des tubercules de la choroïde, que pour une langue ou un testicule tuberculeux.

Fistule salivaire du canal de Sténon. — M. RICHELOT fait une communication sur un nouveau procédé qu'il a imaginé pour la cure des fistules salivaires du canal de Sténon.

La séance est levée.

(1) Atlas. Perrin et Poncet. Planche 21 (anat. path.).

(2) Excepté une observation récente de Frolchs (Turin).

VARIÉTÉS

Histoire de l'hôpital de Notre-Dame de Pitié de Paris (1612-1882) (1).

Par M. le docteur O. GUILLIER.

III

LA PITIÉ DEPUIS SA FONDATION JUSQU'A L'ÉTABLISSEMENT DE L'HOPITAL GÉNÉRAL (1612-1656).

Si par la pensée nous nous reportons à près de trois siècles en arrière et que nous jugions le chemin parcouru d'après les progrès réalisés, nous pourrons constater que les années n'ont pas été stériles.

Comparant, en effet, la situation de la classe nécessiteuse du début du XVIIe siècle et celle qu'elle occupe aujourd'hui, nous devons être fiers du chemin parcouru, et, malgré les desiderata qui subsistent encore, rendre hommage aux fondateurs et aux bienfaiteurs dévoués de notre assistance publique.

Les temps sont en effet bien changés et si, de nos jours, le besoin de créer de nouveaux hôpitaux se fait sentir, c'est bien plutôt le désir d'augmenter le bien-être des malades en perfectionnant leur hygiène, que la nécessité d'assurer la sécurité publique en diminuant le nombre des mendiants et des fainéants.

Si nous consultons les vieux auteurs, tels que Le Maire, Henri Sauval, Piganiol de la Force, Jaillot, etc., qui écrivaient à la fin du XVIIe siècle et dans la première moitié du XVIIIe, nous voyons que cet hôpital de la Pitié ainsi que d'autres établissements hospitaliers ne furent institués que pour renfermer les pauvres qui terrorisaient Paris.

A la fin du règne de Henri IV la misère était grande à Paris; le nombre des mendiants déjà si considérable augmentait chaque jour, sans que le gouvernement réussît à y porter remède.

L'horrible et hideux tableau de la misère s'étalait à tous les regards, et la faim, le froid, les nécessités de la vie portaient trop souvent ces malheureux à user de violence envers les passants pour obtenir une aumône qu'ils finissaient par demander avec arrogance.

Leur audace grandissant ainsi à l'ombre de lois trop débonnaires, il fallut prendre contre eux des mesures de rigueur capables d'en diminuer le nombre.

C'est alors que Louis XIII ordonna en 1612 le renfermement des mendiants et chargea les magistrats d'alors de l'exécution de cet arrêt.

Il existait à cette époque, non loin de l'église Saint-Victor,

(1) Suite. — Voir le numéro du 15 juin 1882.

vis-à-vis le Jardin Royal des Simples (1), entre les rues du Battoit (2) et du Faubourg-Saint-Victor, sur la rue de Copeaux, un établissement de *Jeu de Paume* portant comme enseigne : *A la Trinité*. Cette maison, qui avait un grand jardin, fut achetée par les magistrats, qui y firent construire un hôpital appelé Notre-Dame-de-Pitié, parce que sa chapelle était sous cette invocation. Ils louèrent également quatre grandes maisons avoisinantes, qui ne furent achetées que plus tard, et les aménagèrent de façon à remplir le but qu'ils se proposaient.

On y reçut tous les vieillards sans aucune ressource et on y enferma tous les pauvres que l'on put arrêter.

Malheureusement cet ouvrage, qui avait donné tant de mal à ceux qui l'entreprirent, ne fut pas de longue durée (3).

Les administrateurs de l'hôpital, notables bourgeois, qui étaient chargés du gouvernement des pauvres renfermés, négligèrent des fonctions qui leur semblaient insupportables ; les magistrats laissèrent tomber en désuétude l'ordonnance de Louis XIII, si bien qu'au bout de quelques années, tout fut réduit à l'entretien et à l'éducation d'un certain nombre de petites filles et de quelques petits garçons.

Quelques vieilles femmes infirmes y trouvèrent aussi un abri pour leurs vieux jours et enfin, dans un lieu séparé qu'on appela *Bon-Secours*, on reçut encore des filles et des femmes débauchées qui désiraient revenir à une existence plus régulière.

Pendant ce temps, les nécessités qui avaient déterminé le gouvernement à fonder l'hôpital de la Pitié redevenaient de plus en plus pressantes : les accroissements de Paris sous le règne de Louis XIII et pendant les premières années de son successeur, ne contribuèrent pas moins que les troubles qui survinrent pendant sa minorité à multiplier le nombre des mendiants et des vagabonds, que les auteurs anciens, Le Maire, Jourdan, Henri Sauval, Piganiol de la Force, font monter à plus de *quarante mille*, chiffre exorbitant eu égard à la population d'alors.

Le tableau que nous en a laissé Henri Sauval (4) est trop pittoresque pour que nous ne le reproduisions pas ici :

Les mendiants demeuraient en pleine liberté par toute la ville et les faubourgs de Paris; ils y abondaient de toutes les provinces du royaume et de tous les États de l'Europe, le nombre en croissait tous les jours, et il s'en faisait enfin comme un peuple indépendant qui ne connaissait ni loi, ni religion, ni supérieur, ni police ; l'impiété, la sensualité, le libertinage était tout ce qui régnait entre eux. La plupart des assassinats, des larcins et des violences de jour et de nuit, était l'ouvrage de leurs mains, et ces gens que leur état de pauvres rendait l'objet de la compassion des fidèles, étaient par leurs mœurs corrompues, par leurs blasphèmes et par leurs discours insolents, les plus indignes de l'assistance du public.

Tous ces mendiants formaient plusieurs corporations qui avaient chacune leur nom et leur genre de... *travail;* en voici d'ailleurs l'étrange et curieuse nomenclature :

Les *Courtauds*, qui ne venaient à Paris que l'hiver et s'en allaient avec la belle saison exercer leurs rapines aux environs de la ville.

Les *Capons*, qui allaient mendier dans les endroits publics, cabarets, tavernes, etc.

Les *Francs-Mitoux*, qui s'étudiaient à contrefaire les malades et avaient la spécialité des attaques de nerfs.

Les *Mercandiers*, qui se donnaient pour d'honnêtes industriels ruinés par la guerre, le feu, etc., et se présentaient à domicile chez les bourgeois, vêtus d'un bon pourpoint et de mauvaises chausses.

Les *Malingreux*, qui, eux aussi, contrefaisaient les malades et se disaient hydropiques ou atteints d'ulcères aux bras et aux jambes qu'ils imitaient très bien. Ceux-là sollicitaient la pitié sous les porches des églises.

Les *Drilles*, qui étaient d'anciens militaires licenciés, et qui, le sabre au côté, demandaient une aumône qu'il était parfois dangereux de leur refuser.

Les *Orphelins*, dont le rôle consistait à se présenter presque nus, en hiver, de façon à paraître gelés et à trembler devant les passants.

Les *Piêtres*, qui contrefaisaient les estropiés et marchaient sur des échasses.

Les *Polissons*, qui marchaient par bandes, vêtus d'un mauvais pourpoint, sans chemise, chapeau sans fond et une sébile en bois à la main.

Les *Coquillards*, qui se disaient pèlerins, se couvraient de coquilles et demandaient l'aumône sous prétexte de continuer leur voyage.

Les *Collets*, qui se disaient atteints de la teigne et demandaient l'aumône pour se rendre à Flavigny en Bourgogne, où sainte Reine avait la réputation de guérir miraculeusement cette maladie.

Les *Saboulleux*, qui avaient la spécialité des attaques d'épilepsie et se laissaient tomber sur le pavé avec des contorsions affreuses, jetant de l'écume qu'ils produisaient avec un peu de savon dans leur bouche.

Les *Cagous*, qui étaient les anciens, les expérimentés et instruisaient les novices dans l'art de couper les chaînes de montre, d'enlever les bourses, de tirer les mouchoirs, ainsi que de se créer des plaies factices.

Je m'arrête dans cette énumération qui deviendrait fastidieuse, mais il y avait encore bien d'autres corporations du même genre. Tel était donc l'état de Paris à cette époque.

Tous ces prodigieux désordres eurent leur cours jusqu'en 1640, sans qu'on fît beaucoup de réflexions ; cependant tout le monde désirait que l'on remédiât à un tel état de choses. Mais il n'était pas facile de dissiper cette foule de vagabonds qui n'obtenaient que par ruse et par violence les secours dont ils étaient indignes, et qui, par leur nombre et leur audace, étaient capables de se porter aux plus grands excès pour se maintenir dans leur indépendance.

Ce fut là le motif de quantité d'assemblées qui eurent lieu chez les magistrats depuis 1640 jusqu'en 1649 (1). On commença par s'occuper de soulager les pauvres, et grâce

(1) Aujourd'hui, Jardin des Plantes.

(2) Cette rue ne prit le nom de rue du *Battoit* qu'en 1603 ; elle était connue depuis 1588 sous le nom de rue *Neuve-Saint-René*. Sur un plan de 1714 elle est inscrite sous le nom de rue du *Battoit*, et sur le plan de Paris, exécuté sous les ordres de Turgot en 1730, elle porte celui de rue du *Battoir*.

(3) Par l'édit du roi Louis XIV pour l'établissement de l'hôpital général en 1656, nous voyons que la maison de la Pitié ne fonctionna que pendant cinq ou six ans, et encore très imparfaitement.

(4) Henri Sauval, *Histoire et recherches des antiquités de la ville de Paris*, t. I, liv. V, p. 525.

(1) A cette époque nous trouvons, dans le *Recueil des règlements de l'Hôpital général* (archives de l'assistance publique), un arrêt du Parlement en date du 15 *juin* 1641, qui ordonne la translation de l'hôpital des Bourguignons à l'hôpital des pauvres enfermés de Notre-Dame de Pitié. Nous ne reproduisons ici que le commencement de cet arrêt et les quelques lignes qui le terminent :

« Louis, par la grace de Dieu, roy de France et de Nauare : au premier des huissiers de nostre cour de parlement ou autre nostre huissier ou sergêt sur ce requis ; salut,

« Scauoir faisons que de iour et dattes des présentes, comparans en nostre dite cour des gouuerneurs et administrateurs des pauures enfermés de ceste ville de Paris et hospital Notre Dame de Pitié sis au fauxbourg Sainct Victor demandeurs en execution d'un arrest de nostre dite cour du dix neuf iuillet mil six cens trente-six et commission d'icelle dite cour du vingt-sixième d'aoust ensuiuant, le dit arrest contenant l'omologation du contract du vingt-trois may au dit an six cens trente-six et l'union de l'hospital des Bourguignons et vicomté de Folz au dit hospital des pauures enfermés ; et à ce que les demandeurs soient mis en possession du dit hospital suiuant le dit arrest et procès verbal du pré-

au zèle de quelques personnes charitables, on y réussit si bien que beaucoup de pauvres se trouvèrent dans l'abondance pendant que les familles qui n'avaient qu'une fortune médiocre manquaient souvent du nécessaire.

Ce premier succès stimula plus que jamais le zèle de ceux qui désiraient le renfermement des pauvres, et l'on créa ce qu'on appela des *Magasins charitables*, dont on trouva l'invention en 1651.

Grâce à ces magasins on revêtit tant de pauvres, on nourrit tant de misérables, on soulagea tant de familles désolées, qu'on commença à entrevoir la possibilité de renfermer et contenir dans le devoir une nation fainéante et libertine qui n'avait jamais eu de règles.

On travailla donc avec plus d'ardeur que jamais à ce grand ouvrage du renfermement des pauvres. Tous les anciens mémoires que l'on avait sur la matière, tous les différents moyens qui avaient été proposés à d'autres époques furent scrupuleusement examinés. On s'occupa de chercher les endroits les plus propices pour l'installation des logements, et l'on alla même jusqu'à projeter la conduite et la police que l'on devrait y faire observer.

Tous ces projets furent activement secondés par un homme d'une haute influence, M. *Pomponne de Bélièvre*, alors premier président au Parlement de Paris, qui reprit en seconde main le projet qu'on avait formé pour l'établissement d'un hôpital général dont le Parlement avait ordonné l'exécution par son arrêt du 16 *juillet* 1632, mais

uost de Bar-sur-Seine du vingt deux nouembre aussi au dit an six cens trente-six d'une part, etc.

« Donné à Paris en nostre dite cour ce quinzième de iuin, l'an de grace mil six cens quarante-un et de nostre règne le trente deuxième.

Signé GUYET et scellée;

« Collationné à l'original par moy conseiller et secrétaire du Roy, maison et couronne de France.

« LEGRAND. »

A cette époque également, la direction spirituelle de la Pitié était confiée au curé de Saint-Médard, car nous trouvons dans les *Archives hospitalières de Paris*, publiées par MM. H. Bordier et L. Briède, l'indication des documents suivants, qui sont aux archives de l'assistance publique :

Sentence du 30 septembre 1641, qui décharge la cure de Saint-Médard de la direction spirituelle de la Pitié, moyennant une redevance annuelle de 25 sous; — règlement et transaction du 8 avril 1642, entre MM. les administrateurs de Notre-Dame de Pitié et le curé de Saint-Médard. — Écrit non signé par lequel le curé de Saint-Médard demande qu'il lui soit présenté un cierge le jour de Saint-Médard, au lieu des 25 sous de redevance. Enfin, une délibération du 28 juin 1658, au sujet du reposoir fait sous la tribune de l'église de la Pitié et du refus du curé de Saint-Médard de s'y reposer et d'entrer dans l'église.

dont les circonstances du temps avaient suspendu l'effet.

On lui fit voir tout ce qui avait été projeté depuis quelques années, il en fit un examen attentif, et soumit ces projets à l'appréciation de quantité de personnes intelligentes de telle sorte que la chose devint publique bien avant que d'être scellée.

Chacun put ainsi en discourir à son aise, et l'on doit dire que la plupart du monde *traita* le dessein d'*imagination* et de *chimère*, et ceux qui l'entreprenaient de gens de *bonne volonté*, mais de *petite prévoyance*.

Cette appréciation du public n'a rien qui doive vous étonner; car, de nos jours, nous voyons les mêmes sentiments se produire toutes les fois qu'une grande idée est mise en avant.

On commence d'habitude par critiquer et trop souvent par tourner en ridicule ce qui, plus tard, provoque l'admiration.

On eut beau dire que tout ce grand ouvrage n'était que *rêverie de dévots*, M. de Bélièvre ne se découragea pas.

Sur les instances du premier président, Sa Majesté le roi de France ordonna, par un édit qui fut scellé le 27 *avril* 1656, l'établissement d'un *Hôpital général* et un règlement pour tout ce qui devait y être observé.

A cet hôpital fut rattachée *Notre-Dame-de-Pitié*, ainsi que d'autres établissements, mais vu leur insuffisance le roi abandonna à cet effet le château de Bicêtre et les maisons de la Salpêtrière avec toutes leurs dépendances.

On travailla aussitôt à disposer les lieux convenablement à l'usage auquel on les destinait, et l'on publia par ordre de Messieurs les Ministres, et de M. de Nesmond qui présidait le Parlement depuis la mort de M. de Bélièvre que l'*Hôpital général serait ouvert le* 7 *mai* 1657, pour tous les pauvres qui voudraient s'y rendre.

Il fut, en même temps, fait défense au prône de toutes les paroisses ainsi qu'à cri public, par ordre des magistrats, aux mendiants de demander l'aumône dans Paris, sous peine de punitions sévères.

Le 14 *mai* 1657, plus de cinq mille mendiants furent enfermés, sans provoquer la moindre émotion populaire; tout Paris, ce jour-là, changea de face ; la plus grande partie des mendiants se retira dans les provinces, les plus sages pensèrent à gagner leur vie sans la demander, et les plus infirmes se renfermèrent de leur propre mouvement.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 13011.

N° 71. — MARDI 20 JUIN 1882. 55e ANNÉE. MARDI 20 JUIN 1882. — N° 71.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

L'aphasie et les aphasiques (1).

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE. CLINIQUE. ÉTAT MENTAL. MÉDECINE LÉGALE.

X

Les détails dans lesquels je viens d'entrer et ceux que je vous ai exposés dans notre dernière leçon, vous auront suffisamment éclairé, je l'espère, sur la nature de l'aphasie, les modalités multiples qu'elle revêt, les conditions variées dans lesquelles, en clinique, vous aurez à compter avec elle, enfin sur les éléments du diagnostic médical que vous aurez à porter.

Je me propose maintenant, comme je vous l'ai fait pressentir, de vous entretenir des conséquences médico-légales qui découlent légitimement des faits que nous connaissons. C'est là un point de vue auquel je me place toujours, autant que possible, dans ces conférences, et qui, en matière d'aphasie, mérite, vous allez le voir, une attention toute spéciale.

L'aphasique, en effet, a souvent affaire aux tribunaux et aux magistrats, soit, ce qui est rare, qu'il s'agisse d'un délit ou d'un crime, soit, et c'est le cas fréquent, qu'à propos d'une demande d'interdiction ou de la validité d'un testament, on mette en doute la capacité du malade. Or l'aphasie est un symptôme assez complexe, les modalités qu'elle revêt sont assez variées, assez délicates à analyser, pour qu'une connaissance approfondie du sujet soit nécessaire si l'on veut juger sainement de l'état mental des individus qui en sont atteints. C'est assez dire que les médecins et les médecins seuls peuvent, en la matière, avoir voix délibérative au chapitre. C'est à eux qu'il appartient d'éclairer les juges sur ces étranges altérations de la parole et de la mémoire des mots, si souvent compatibles avec la conservation de l'intelligence, en leur démontrant qu'un individu qui ne peut ni parler spontanément, ni lire ce qu'il a écrit et signé, a cependant pu accomplir librement un acte; en leur attestant que chez l'un l'abolition du langage a pu laisser intacte la faculté d'écrire, que chez l'autre l'usage de la parole a coïncidé avec l'impossibilité d'écrire; que chez les autres enfin, réduits à la nécessité de ne s'exprimer que par signes, une approbation intelligente faite en présence de témoins, a pu consacrer une déclaration solennelle et la rendre valable aux yeux de la loi. Aussi est-il regrettable qu'en pareille matière, l'intervention du médecin soit à la disposition des magistrats et dépende du pouvoir discrétionnaire du juge. Notre immixtion devrait être obligatoire dans tous les procès où sont débattues ces questions de psychologie morbide qui nécessitent une connaissance approfondie de certains états pathologiques. Il s'agit là d'une indispensable formalité de procédure, dont je réclame depuis longtemps l'inscription dans nos codes (1).

Vous allez, d'ailleurs, en juger par la suite. J'envisagerai les aphasiques successivement devant la loi pénale et devant la loi civile.

Il est rare que les aphasiques soient compromis dans des affaires criminelles. Habituellement infirmes et impotents, ils ne sont point capables de grands méfaits. Il en est cependant qui se laissent aller au vol, d'autres même ont pu être soupçonnés de plus graves attentats. J'ai eu, il y a quelques années, à me prononcer dans un cas des plus curieux, dont je tiens à vous rappeler les détails, car ce cas est de nature à faire ressortir les difficultés d'appréciation qui peuvent surgir à l'occasion des aphasiques.

Vers la fin du mois de mars 1875, on me présente un jour, au dépôt de la préfecture de police, un détenu, écroué seulement depuis une heure, sous l'inculpation d'assassinat. Il se nommait Delaye, paraissait âgé de soixante ans environ, était grossièrement vêtu, avait été compagnon charpentier, habitait seul avec sa femme le château de Montreuil-sous-Bois, et passait pour être aussi riche qu'avare; on le disait millionnaire. Je l'interrogeai et il ne me répondit que par quelques monosyllabes dissociés et à peine intelligibles : « Oui... non... sac... oh!.. sac... non... » Sa face était colorée, expressive; son œil vif quoique voilé par des larmes; son attitude lourde et accablée. Je le fis marcher, et je reconnus qu'il avait une hémiplégie droite incomplète. Je voulus le faire écrire, mais il n'y parvint pas, s'impatienta et ne put rien exprimer par l'écriture. Je plaçai sous ses yeux une ardoise sur laquelle je venais de tracer ces mots à la craie : « Qui est-ce qui a tué votre femme? » et il protesta aussitôt

(1) Suite. — Voir le numéro du 13 juin 1882.

(1) Legrand du Saulle. — *Traité de médecine légale*, p. 653.

avec indignation, se livrant à une mimique énergique, violente, désespérée, voulant dire évidemment que sa femme avait été frappée, mais non par lui. Je ne crus pas un seul instant à la simulation, et je déclarai que Delaye était un apoplectique et un aphasique.

Mais que s'était-il passé? Delaye vivait très-isolé, n'avait point de domestiques, n'entretenait aucune relation avec ses voisins et se rendait seulement, le samedi, du château de Montreuil à la grande rue de Montreuil, pour y toucher ses loyers hebdomadaires, comme propriétaire d'une vaste cité ouvrière. Quelquefois il allait à Paris, mais alors il était le plus souvent accompagné de sa femme. Or, le matin du jour où je l'interrogeai, il avait été rencontré errant près d'une carrière, à deux cents pas de chez lui, venant de quérir un médecin auquel il avait fait comprendre par son trouble et par ses gestes qu'un très-grave évènement était survenu au château de Montreuil. On le suivit. Dans une cuisine, Mme Delaye gisait inanimée, couverte de blessures et de sang. Aucun détournement, aucune tentative de vol n'avaient eu lieu. On chercha l'instrument qui avait servi au meurtre et l'on ne trouva rien. C'est alors que Delaye avait été arrêté.

Les journaux s'emparèrent aussitôt de ce fait et le commentèrent de mille façons différentes; seulement ils furent tous à peu près d'accord pour représenter Delaye comme étant un faux muet. Le magistrat instructeur, qui avait déjà confié la victime à M. G. Bergeron, pria ensuite le même médecin de se rendre à Mazas et d'y constater judiciairement l'état mental de Delaye. Notre honorable confrère fut d'avis que Delaye était atteint d'aliénation mentale, qu'il n'avait point conscience de ses actes, et que, malgré son âge et sa débilité physique et mentale « il pouvait être l'auteur de l'assassinat ».

Le malheureux vieillard passa de Mazas à l'infirmerie spéciale, près le dépôt de la préfecture, et j'eus encore l'occasion de l'examiner. Je le dirigeai sur l'asile Sainte-Anne et je signalai dans mon certificat l'état apoplectique, l'aphasie, la mort violente et mystérieuse de la femme du malade, l'imputation d'assassinat et l'ordonnance de non-lieu. M. le docteur Bouchereau reconnut aussitôt Delaye comme étant venu, quelque temps auparavant, à la consultation publique de l'asile et comme s'étant fait délivrer gratuitement des médicaments.

Delaye fut envoyé à Bicêtre, et il entra dans mon service. Je le plaçai dans le quartier de la sûreté et je m'évertuai à saisir le sens des protestations, des gestes, des jeux de physionomie, des larmes et des désespoirs si honnêtes en apparence de cet homme, mais je ne pus rien découvrir. Toutefois je l'ai toujours supposé innocent.

De graves complications d'affaires survinrent. Les époux Delaye s'étaient mariés sans contrat, n'avaient point eu d'enfants, mais s'étaient réciproquement tout donné, au dernier survivant! Me J. Favre, qui avait pris en main les intérêts d'un neveu de Mme Delaye, m'écrivit et me demanda mon opinion sur l'état mental de Delaye et sur l'avenir réservé à ce malade. Je répondis à l'éminent avocat que je ne devais compte de mon opinion qu'à M. le préfet de police et à M. le procureur de la République, et je le priai de vouloir bien excuser mon silence. M. J. Favre abandonna personnellement l'affaire et la confia à son gendre, M. Maritain.

A la fin du mois de juin 1875, Delaye parut un jour affaissé et somnolent. Il mangea comme de coutume. De quatre à six heures du soir, éclata sur Paris un orage d'une violence absolument insolite. A sept heures, Delaye vomit et à huit heures et demie, il était mort, malgré tous les secours qui lui furent prodigués par l'interne du service.

Le surlendemain matin, je fis l'autopsie et je priai M. J. Falret de vouloir bien y assister. Nous constatâmes tous les signes d'une congestion cérébrale grave et une altération manifeste de la troisième circonvolution frontale du lobe antérieur de l'hémisphère cérébral gauche.

Delaye était donc bien un aphasique. Mais qui donc avait tué sa femme? Il a fallu renoncer à le savoir.

Ainsi que je l'ai dit, les époux Delaye s'étaient fait une donation réciproque de leurs biens. Or un procès n'a pas tardé à éclater entre les héritiers naturels de Mme Delaye et le curateur à la succession de Delaye, mort à Bicêtre sans héritiers.

Pour demander la nullité de la donation de la femme, on a prétendu d'abord que cette donation était révocable pour cause d'ingratitude, et ensuite que la condition du prédécès de la donatrice ne s'était accomplie que par le fait du donataire. On a répondu à cela que l'assassinat de Mme Delaye par son mari n'avait pas été prouvé; qu'une ordonnance de non-lieu était intervenue; que Delaye avait été considéré comme irresponsable, et que dès lors un irresponsable ne pouvait pas être ingrat.

La cour a admis que le meurtre ne pouvait être attribué qu'à Delaye; que l'ingratitude s'était d'ailleurs manifestée par des violences envers sa femme; qu'une ordonnance de non-lieu ne constituait pas la chose jugée; que le médecin expert, en concluant à l'irresponsabilité, n'avait procédé que par induction, et, par ces motifs, elle a annulé la donation.

Vous jugerez par cette observation des obstacles qui peuvent entraver le fonctionnement régulier de l'instruction judiciaire lorsqu'on a affaire à des aphasiques; c'est à ce dernier titre principalement que le fait précédent est instructif. En pareil cas, vous le concevez, il est de la dernière importance de distinguer l'aphasie vraie de l'aphasie simulée : au reste, c'est là un diagnostic facile dont je vous ai déjà dit quelques mots et sur lequel je ne crois pas devoir revenir.

Je passe à une question d'un autre ordre. Au lieu qu'il s'agisse, comme dans le fait de Delaye, d'établir la part que l'aphasique a pu prendre à un crime, il peut n'être question, s'il est bien établi qu'il est l'auteur du méfait, que de la responsabilité qui lui incombe et des limites dans lesquelles son état mental spécial peut atténuer cette responsabilité.

A ce point de vue, il est bien évident que l'appréciation à porter sera différente suivant que les fonctions intellectuelles de l'aphasique seront plus ou moins troublées. « Il n'y a, d'après l'article 64 du code pénal, ni crime ni délit lorsque le prévenu était en démence au temps de l'action. » C'est assez dire que si, par exception, le criminel est un de ces malades chez lesquels les facultés cérébrales sont arrivées au dernier degré de la déchéance, il y aura lieu d'admettre l'irresponsabilité absolue. Mais comme, d'autre part, l'innocence n'est pas l'innocuité, dit très-justement M. de Finance, comme, sans être coupables, ces individus sont dangereux pour la société, celle-ci a le droit et même le devoir de se mettre en garde contre toute nouvelle entreprise de leur part et de pourvoir à sa propre défense en les plaçant dans un asile public ou dans une maison de santé, conformément aux sages dispositions de la loi de 1838.

Quant aux aphasiques dont j'ai formé la deuxième catégorie, ceux chez lesquels le jugement est diminué, l'intellect

affaibli, la mémoire déchue, l'émotivité excessive, mais qui ont néanmoins un degré d'activité cérébrale suffisant pour discerner encore le bien du mal, il serait sans doute cruel de les condamner comme on le ferait des gens sains d'esprit, mais il serait non moins injuste de les absoudre sans réserves. C'est aux malades de cet ordre que je crois applicable la doctrine de la responsabilité proportionnelle. Permettez-moi, à ce propos, de vous rappeler les moyens que j'ai proposés naguère et que de jour en jour je crois plus indispensables à la mise en pratique de cette doctrine.

Notre législation, qui sur bien des points est à compléter, ne laisse au jury placé en face d'un de ces malades cérébralement déchus que trois solutions : la condamnation pure et simple, l'acquittement, la condamnation avec admission de circonstances atténuantes. C'est à la dernière de ces solutions, sorte de mesure de juste milieu, que les jurés se résolvent d'habitude, apportant ainsi, dans l'impossibilité où ils sont d'absoudre l'accusé, un tempérament à la rigueur de nos lois. Or, ces arrêts bâtards, qui ne tuent ni ne pardonnent, qui impriment une flétrissure à la famille d'un individu que ses juges cependant reconnaissent malade, nous paraissent fâcheux. Je voudrais, comme je le demandais dans une pétition que j'adressai au Sénat, le 22 février 1863, « qu'un article additionnel vînt compléter la loi du 30 juin 1838, et ordonnât la création d'un établissement central uniquement consacré aux individus atteints ou soupçonnés de quelque trouble psychique, et frappés de condamnations, ou tout au moins l'ouverture dans les principaux asiles publics d'aliénés d'un quartier spécial ».

« Il serait à désirer, ajoutais-je, que les malades, réputés partiellement responsables de leurs actions, fussent à l'avenir directement conduits, après information judiciaire et enquête médicale, — mais sans jugements ni arrêts afflictifs ou infamants préalables, — dans la maison destinée à servir de refuge à l'état mixte de l'intelligence. L'autorité, en fixant le temps de la séquestration, pourrait prendre pour base la durée de la peine encourue. »

Il y aurait, à mon sens, dans une semblable mesure, un moyen de concilier le souci des intérêts de la société avec celui non moins légitime de la réputation des familles.

Les tribunaux civils ont plus fréquemment à s'occuper des aphasiques que les tribunaux correctionnels. Le plus souvent, en effet, lorsque ces malades ont à compter avec la juridiction, c'est tantôt à l'occasion d'une demande d'interdiction formulée contre eux, d'une opposition au mariage, ou de la validité d'un acte testamentaire.

Vous savez quelles sont les prescriptions de la loi en ce qui concerne l'interdiction. D'après l'article 489 du code civil, « le majeur qui est en état habituel d'imbécillité, de démence ou de fureur, doit être interdit, même lorsque cet état présente des intervalles lucides ». L'interdiction est une mesure grave, en ce sens qu'elle entraîne la perte des droits civils de l'interdit. Aussi le code prescrit-il, pour les cas où l'intelligence est simplement affaiblie, sans être absolument faussée ou complètement éteinte, une sorte de mesure intermédiaire qui n'a pour conséquence ni la suppression totale ni la libre jouissance des droits, mais place le malade sous une protection tutélaire : il s'agit du conseil judiciaire. Aux termes de l'article 499 du code civil, « en rejetant la demande d'interdiction, le tribunal pourra néanmoins, si les circonstances l'exigent, ordonner que le défendeur ne pourra désormais plaider, transiger, emprunter, recevoir un capital mobilier ni en donner décharge, aliéner ni grever ses biens d'hypothèques, sans l'assistance d'un conseil nommé par le même jugement. » En somme, interdiction, conseil judiciaire, ou jouissance régulière et complète des droits civils, telles sont les situations différentes qui peuvent dans la société être faites à un individu, et, dans le cas particulier, à un aphasique.

Devra-t-on, à l'égard des malades de cette dernière catégorie, adopter l'un des systèmes à l'exclusion des autres? Je n'hésite pas, pour ma part, à répondre non. Quelques auteurs, à la vérité, en ont jugé autrement. C'est ainsi, par exemple, que M. J. Lefort, avocat à la cour d'appel de Paris, dans un très-judicieux travail (1), s'est attaché à établir qu'il n'y avait pas lieu d'appliquer l'interdiction aux aphasiques, mais que l'état de débilité mentale de ces malades commandait la nomination d'un conseil judiciaire. On ne saurait, en la matière, émettre une opinion qui s'applique à tous les cas. Si M. Lefort eût été mieux au courant des faits, il eût certainement émis des affirmations moins absolues, il eût vu qu'entre les aphasiques il y a des différences radicales au point de vue intellectuel, et il eût certainement étendu, au lieu de les restreindre, les prescriptions légales applicables à ces malades.

Il est, en effet, de toute évidence que les mesures à prendre à l'égard des aphasiques ne pourront être les mêmes, suivant qu'on aura affaire à un malade appartenant à tel ou tel autre des trois groupes que nous avons admis en étudiant l'état mental.

Je ne reviendrai pas sur cette question si controversée, de savoir si les aphasiques de la première catégorie ont ou n'ont pas conservé l'intégrité de leurs facultés intellectuelles. Ce qui est certain, c'est que ces individus, bien qu'ils aient une grande difficulté et quelquefois même une impossibilité réelle à parler, sont encore intelligents et raisonnables; que s'ils sont moins bien doués qu'avant leur attaque, ils restent néanmoins supérieurs à un nombre considérable d'hommes qui jouissent paisiblement de tous leurs droits civils. Ces malades ne sauraient donc être nécessairement atteints par une mesure judiciaire.

C'est ainsi qu'en a jugé la cour de Caen, dans un arrêt très-important rendu en 1879.

Obs. III. — *Affaire Louis Ledcux. — Aphasie; imbécillité alléguée; réponses intelligentes par signes; interdiction en première instance; appel; jugement invalidé.*

« L'interdiction, n'ayant été établie que pour remédier aux maladies mentales, ne doit pas être appliquée aux maladies physiques. Aussi le juge ne doit pas prononcer l'interdiction de l'individu qui n'est atteint que d'une paralysie de la langue le mettant dans l'impossibilité de parler. »

La Cour,

Attendu que l'interdiction est une mesure d'une extrême gravité, qui ne doit être appliquée, suivant l'article 489 du code civil, qu'à celui qui est dans un état habituel d'imbécillité, de démence et de fureur; que cet état ne se suppose pas facilement; qu'il doit, au contraire, être prouvé jusqu'à l'évidence;

Attendu que les seuls documents produits par la veuve Lavigne sont la délibération du conseil de famille de Louis Ledoux et l'interrogatoire qu'il a subi; que le premier ne précise aucun fait; que le second constate bien que Ledoux est paralysé de la langue et dans l'impossibilité de parler; mais que l'interdiction ne doit pas être appliquée aux maladies physiques; qu'elle n'est établie que

(1) J. Lefort. — *Remarques sur l'interdiction des aphasiques* (Bulletin de la Société de médecine légale de France).

pour remédier aux maladies mentales, et que, de l'ensemble dudit interrogatoire, il ressort que, toutes les fois que Louis Ledoux est appelé à répondre à une question simple par un signe affirmatif ou négatif, il s'en acquitte avec discernement;

Attendu, d'ailleurs, qu'aucun fait n'est articulé par la demanderesse en interdiction, tendant à établir l'insanité d'esprit du défendeur, et que le médecin de celui-ci atteste qu'il a la jouissance de ses facultés intellectuelles, par ces motifs : infirme.

La question devient plus embarrassante lorsqu'on aborde l'étude des aphasiques du second groupe. L'état mental de ces malades est très-variable, et la solution à proposer sera elle-même différente, suivant que les troubles intellectuels seront plus ou moins marqués.

S'agit-il d'un aphasique chez lequel toutes les formes du langage sont lésées, mais qui est demeuré raisonnable quant à ses actes, quant à ses sympathies et à ses antipathies ? On ne saurait évidemment le confondre parmi les déments, les imbéciles, et les furieux auxquels l'interdiction est applicable. Mais, d'autre part, si ce malade a grand'peine à se faire comprendre et à communiquer avec ses semblables, si les transactions de la vie civile lui sont ainsi devenues difficiles, s'il est exposé, de ce fait, à devenir la victime de manœuvres frauduleuses, surtout si son jugement n'est plus assez sûr, sa volonté assez forte pour lui permettre de résister aux convoitises d'un entourage malintentionné, alors il y aura lieu d'admettre pour lui la nécessité d'un conseil judiciaire qui le guide et le protège. Grâce à ce moyen terme, à cette interdiction limitée, suivant l'expression du législateur, on pourra, tout en lui laissant une certaine liberté d'action, empêcher de sa part des placements de fonds maladroits, et prévenir des ventes inconsidérées ou des engagements onéreux.

Si l'aphasique, plus ou moins impotent quant au langage, présente, au contraire de celui que nous venons d'envisager, des troubles intellectuels considérables ; s'il manifeste des aversions et des sympathies inexplicables ; s'il se laisse dominer par des étrangers, gouverner par des intrigants ; s'il en arrive à des actes qui décèlent des lésions profondes de l'intelligence ; s'il commet, par exemple, des outrages à la pudeur, en exhibant ses organes génitaux, ou si, par le fait d'une volonté impuissante ou complètement éteinte, il se laisse aller à des écarts fâcheux, dégradants ou répréhensibles, alors il y aura lieu de recourir à l'interdiction, dans les formes prescrites par l'article 489.

Vous voyez donc qu'en la matière tout est question d'espèce, et que les mesures à conseiller dépendront de l'analyse attentive que vous aurez faite de l'état mental du malade. Mais, en principe, voici dans quels termes généraux peuvent être formulées nos conclusions scientifiques :

Les aphasiques qui demeurent intelligents, pleins d'initiative et de volonté, ne sauraient être amoindris dans leurs prérogatives civiles, légales et sociales.

Les aphasiques un peu diminués intellectuellement, qui ne parlent plus du tout, mais qui écrivent, ou qui parlent encore un peu, mais qui ne peuvent plus écrire, et qui ont certainement besoin d'assistance et de protection de la part d'autrui, doivent, dans beaucoup de cas, être pourvus d'un conseil judiciaire.

Les aphasiques, dont l'intelligence, la volonté et l'activité ont notablement fléchi ; dont la mémoire est presque éteinte ; dont les modes d'expression du langage sont très-altérés ou nuls, rentrent nécessairement dans la catégorie des individus qui se trouvent dans un état d'imbécillité, de démence ou de fureur. L'article 489 du code civil leur est applicable. Ils doivent être interdits.

HOPITAL NECKER. — M. Trélat.

Double hygroma.

La jeune femme que nous allons opérer dans quelques instants est une religieuse, âgée de vingt-huit ans, qui est entrée hier dans nos salles pour une affection d'un diagnostic facile, mais avec des particularités de volume assez curieuses.

Elle est atteinte d'un double hygroma situé à la partie supérieure des jambes, au niveau des genoux, et que l'on peut dire d'origine professionnelle.

L'hygroma, comme vous le savez, est une tumeur qui se développe dans une bourse séreuse naturelle ou accidentelle, dont la cavité est plus ou moins distendue par l'épanchement qu'elle contient, et dont le liquide est ou normal, ou, ce qui est plus fréquent, purulent; enfin, dont les parois elles-mêmes ont subi des modifications plus ou moins considérables.

Certaines bourses séreuses sont plus souvent atteintes que les autres, et le diagnostic en est ordinairement facile. Par contre, lorsque l'hygroma est profond, lorsqu'il est, par exemple, sous-deltoïdien, ou bien encore lorsqu'il siège audessous du muscle psoas-iliaque, il est assez fréquemment la source d'erreurs de diagnostic qui permettent de le confondre avec un certain nombre d'autres affections.

Il n'en est pas ainsi chez notre jeune malade; ici, en effet, le siège, c'est-à-dire les genoux droit et gauche, la cause, c'est-à-dire la profession ou l'état religieux qui la force à rester longtemps agenouillée, enfin, les caractères extérieurs de la tumeur ne nous laissent aucun doute sur sa nature, et c'est bien à un double hygroma que nous avons affaire.

L'hygroma présente des différences notables dans ses parois, selon l'ancienneté plus ou moins grande de la tumeur; la nature de son contenu varie aussi suivant son âge, et ces différences produisent également des modifications dans son volume et dans sa consistance.

Lorsque l'hygroma est le siège d'une simple irritation, qu'il est peu douloureux, que l'épanchement est peu considérable, il suffit quelquefois de l'application d'un vésicatoire pour diminuer son volume, et même faire disparaître complètement le liquide qu'il renfermait.

S'il est le siège d'une inflammation plus intense, le liquide peut devenir purulent, chose assez fréquente ; alors il nécessite, soit une simple ponction et le drainage, soit une incision complète de la tumeur.

L'hygroma est-il le résultat de contusions, alors sa surface intérieure devient irritable, plus vasculaire et saigne facilement. Mais il y a plus encore quelquefois, et non-seulement alors la nature du liquide qu'il renferme peut varier, mais encore, ses parois s'épaississent, et, s'il est de date déjà assez ancienne, des végétations se développent à leur surface interne, il se forme, soit des sortes de gros tendons qui relient différents points de la paroi extérieure, soit des colonnes fibreuses qui font relief dans la cavité de la bourse séreuse distendue.

Ces colonnes peuvent quelquefois revêtir la forme de petits battants de cloches et, se détachant de la paroi à laquelle elles adhèrent, devenir de véritables corps étrangers flot-

tants, analogues à ceux que l'on rencontre dans certaines maladies articulaires. Mais j'ai hâte d'ajouter que ces corps étrangers de l'hygroma sont assez rares. Enfin, dans certains cas, on trouve dans la tumeur de véritables concrétions.

J'en ai observé deux exemples dont l'un, passez-moi l'expression, m'a donné un tintouin considérable pendant quelques jours, il y a de cela une vingtaine d'années. C'était chez une femme du grand monde, âgée de soixante-sept ou soixante-huit ans, goutteuse comme il n'est pas possible de l'être, qui m'avait fait appeler pour deux tumeurs des genoux, rouges, enflammées et douloureuses. J'ouvris successivement ces deux tumeurs, à quelques jours d'intervalle et je trouvai dans leur intérieur des concrétions dures, pierreuses, rocheuses, et je pensai à quelque chose d'analogue à ce que l'on remarque dans les athéromes artériels. A cette époque, je l'avoue, je ne connaissais pas encore cela ; ces dépôts calcaires étaient donc en quantité considérable et elles exigèrent deux ou trois mois pour sortir toutes complètement. Pour l'un des genoux, je pus me contenter d'une simple incision de l'hygroma, pour l'autre je dus ouvrir l'articulation.

Quoi qu'il en soit, et pour revenir à la malade que nous allons opérer, celle-ci est donc une jeune religieuse de vingt-huit ans, arthritique et eczémateuse, comme vous avez pu le constater sur sa figure, dont la moitié inférieure est le siège de l'affection cutanée.

La maladie a débuté il y a quatre ans, du moins c'est à cette époque qu'elle s'en est aperçue pour la première fois ; elle a commencé à gauche d'abord. Depuis lors, les tumeurs ont acquis peu à peu un volume réellement extraordinaire, comme vous le voyez sur les deux moulages que j'ai fait prendre, bien qu'un moulage n'ait jamais l'éloquence de la chair. Les tumeurs sont fluctuantes.

Notre malade n'en a pas moins continué à se mettre à genoux sur ses hygromas qui lui servaient, pour ainsi dire, de coussin naturel ; aussi, sous l'influence de ces génuflexions professionnelles prolongées, les tumeurs ont proliféré de plus en plus, jusqu'au volume du poing, qu'elles présentent aujourd'hui, à droite surtout.

Il y a quelques jours j'ai opéré d'un kyste du creux poplité un ouvrier glaisier, dont la profession exige qu'il travaille constamment à genoux. Eh bien, fait bizarre, il ne présente au niveau des articulations fémoro-tibiales droite et gauche que deux énormes callosités talonnières, sans la moindre trace d'hygroma. Bien plus, le kyste s'est développé en arrière dans le creux poplité.

Pourquoi ces différences entre cet homme et notre religieuse ? Pourquoi le kyste en arrière chez l'un et les hygromas chez l'autre ? C'est ce qu'il m'est impossible de dire.

Chez notre malade, on a déjà fait, il y a quelque temps, une petite ponction de l'une des tumeurs, mais elle n'a donné issue qu'à un peu de sang, ce qui s'explique par les irritations récidivantes de la tumeur.

Aussi les hygromas ici nous paraissent-ils devoir contenir un liquide hémato-séreux ou hémato-synovial, avec des cordes fibreuses, des brides, des nodosités, surtout à droite, mais je ne sens pas de corps étrangers.

L'opération que je vais pratiquer, c'est l'ablation des deux tumeurs, ablation qui est seule possible, en raison du volume considérable de l'hygroma, de l'altération des parois de la poche ; enfin de la déformation qu'il imprime aux membres inférieurs. En effet, en pareil cas, une ponction simple ou même une ponction suivie d'injection iodée ne pourrait pas amener la guérison.

Je vais donc, la malade étant préalablement anesthésiée, par le chloral et le chloroforme, inciser la peau, dont je devrai sacrifier une portion, la partie la plus amincie, à cause de sa distension considérable ; je détruirai ensuite la cavité dans son entier, puis je placerai dans la plaie un tube à drainage, je poserai mes points de suture et je terminerai par le pansement de Lister.

J'ai déjà fait quelque chose d'analogue il y a peu de temps à une malade qui était couchée au n° 21 de la salle Sainte-Rose, mais l'opération n'a pas été tout à fait la même. J'ai ouvert la tumeur, j'ai gratté avec la curette et j'ai détruit la poche ; j'ai fait ensuite le pansement de Lister, sans aucun drain, et ma malade a guéri très-rapidement.

Ici la nature de l'affection un peu différente et le volume des tumeurs exigent une opération plus étendue.

SUR L'INFLUENCE EXERCÉE PAR LE NERF DÉPRESSEUR

DE LUDWIG ET CYON SUR LA CIRCULATION BUCCO-LABIALE

Par MM. Dastre et Morat.

Dans une série de communications dont quelques membres de la Société ont pu garder le souvenir, nous avons essayé d'établir le rôle dilatateur du grand sympathique.

Nos conclusions furent contestées par différents physiologistes et surtout par M. Laffont. Le débat, dans lequel étaient intervenus MM. Vulpian et Bochefontaine, se restreignit à la question de savoir si, comme nous l'affirmions, le cordon cervical contenait à côté de ses constricteurs des dilatateurs vasculaires pour la région bucco-faciale.

Nous avons dû attendre, avant de donner le développement de nos recherches, que ce premier point fût à l'abri de toute contestation. Ce moment est venu. Après avoir répété et varié en même temps de toutes les manières nos expériences sur l'excitation du vaso-sympathique, frais ou dégénéré, en arrachant les nerfs craniens mixtes, en détruisant le bulbe, sur l'influence de l'asphyxie, etc., etc., avec l'illusion d'y voir une contradiction à nos résultats, M. Laffont a reconnu son erreur. Il nous donne gain de cause et il dit aujourd'hui avec nous, que « le sympathique cervical contient, en réalité, des filets vaso-dilatateurs de la région bucco-faciale ». (Rapport sur l'École Pratique des Hautes-Études, 1880-1881, p. 99, 1er juin 1882.)

Nous pouvons donc procéder, maintenant, avec une sécurité absolue, pour les physiologistes qui nous liront, au développement naturel de nos recherches.

Il s'agit aujourd'hui d'un point très-particulier dans la série d'études dont nous venons de rappeler la conclusion.

Pour ces nerfs vaso-dilatateurs buccaux, nous avons recherché les excitations réflexes qui les mettaient normalement en action. Nous avons vu qu'elles venaient aux centres vaso-dilatateurs par les nerfs de la sensibilité générale et en particulier par le pneumo-gastrique. Mais dans le pneumo-gastrique, il y a à distinguer ceux qui viennent des viscères abdominaux, du cœur et du poumon. Contrairement à ce que l'on pouvait attendre, les filets sensitifs du cœur sont, de tous, ceux qui ont le moins d'influence sur la circulation de ces organes céphaliques. Ce sont les filets pulmonaires qui sont éminemment actifs et, pour le rappeler en passant, on pourra peut-être trouver dans ces faits l'explication de la rougeur physique ou pneumonique.

Cependant, dans la séance du 11 février dernier, M. Arloing a signalé des particularités qui s'expliqueraient bien en supposant que les nerfs sensitifs cardiaques, particulièrement ceux qui forment le nerf dépresseur de Cyon, exerceraient une action continue, tonique, vaso-dilatatrice, en d'autres termes, excitatrice des vaso-dilatateurs bucco-labiaux.

Ce travail nous a amené à rechercher l'influence que le nerf sensitif cardiaque dépresseur pouvait avoir sur la circulation bucco-labiale.

On opère sur le lapin curarisé à la limite. On prépare le dépresseur et on le sectionne. On ne constate pas de modifications appréciables de la circulation bucco-labiale. On excite alors le bout céphalique. On ne constate pas la moindre dilatation vasculaire et, au contraire, dans la plupart des cas, une pâleur et une constriction évidente.

C'est donc une action vaso-constrictive que nous trouvons ici et non pas une action réflexe vaso-dilatatrice. Nous ne pouvons donc pas supposer que tout au moins, pour la région spéciale qui est l'objet de nos études, une excitation des filets endocardiques de ce nerf, causée par une augmentation de pression dans le domaine de la carotide provoquerait par action réflexe une vaso-dilatation compensatrice, dans le même domaine vasculaire, ainsi que l'a dit Arloing.

Ces expériences éclairent sur le rôle du dépresseur cardiaque. Elles montrent que la dépression ne tient pas à une dilatation vasculaire générale, puisque, en même temps que les vaisseaux des viscères abdominaux sont dilatés, ceux de la région bucco-faciale sont contractés.

En second lieu, ces expériences nous montrent un second exemple du remarquable antagonisme que nous avons signalé entre la circulation de l'intestin et celle de la peau, les vaisseaux se dilatant d'un côté pendant qu'ils se contractent de l'autre.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 17 juin 1882. — Présidence de M. Paul Bert.

PRÉSENTATION

Résistance de certains animaux à l'asphyxie. — M. CH. RICHET présente une tortue dont la moitié antérieure a été complètement plâtrée le 15 mai dernier. Après plus d'un mois, on constate cependant que les mouvements du cœur persistent toujours et que les mouvements réflexes des membres postérieurs, seuls libres, sont conservés. Comment expliquer cette persistance de la vie ? Y a-t-il, à travers la couche de plâtre, une infiltration d'air suffisante pour permette la respiration ? cela n'est guère probable, l'animal ayant été littéralement plongé dans le plâtre liquide. Ou bien la respiration cutanée par la partie postérieure du corps peut-elle entretenir la vie ? Des faits semblables ont été observés chez un grand nombre d'animaux à sang froid, les crapauds, par exemple, mais l'explication de ces phénomènes n'a pas été donnée, jusqu'à présent.

M. REGNARD émet, à ce sujet, une théorie à l'appui de laquelle il se réserve de faire connaître, dans peu de temps, des expériences concluantes. D'après lui, certains animaux présenteraient une très-grande résistance à l'asphyxie. Le canard est dans ce cas, en raison, très-probablement, de la quantité considérable de sang qu'il possède et que l'on pourrait regarder comme un réservoir d'oxygène. Puis, s'occupant plus directement de l'observation de M. Ch. Richet, qui a trait spécialement à un animal à sang froid, M. Regnard dit avoir constaté chez la tortue une quantité de sang beaucoup plus considérable, trois fois environ, que chez les autres reptiles, ce qui viendrait complètement à l'appui de la doctrine qu'il soutient.

Phénomènes de la fermentation. — M. REGNARD présente un appareil fort ingénieux qu'il a fait construire, dans le but d'enregistrer les phénomènes chimiques de la fermentation, dégagement ou absorption de gaz.

COMMUNICATIONS

Résistance des animaux à sang froid à l'infection charbonneuse. — M. GIBIER. Jusqu'à ce jour, les animaux à sang froid étaient considérés comme réfractaires à l'infection charbonneuse, au même titre que les oiseaux dont la température est supérieure à celle du corps de l'homme. Une température de 37° environ semble nécessaire pour que les bactéridies puissent se développer et amener la mort. M. Pasteur avait inoculé avec succès des poules refroidies.

M. Gibier a tenté l'expérience sur des grenouilles réchauffées, et il a pleinement réussi. Pour cela, il a placé ces animaux dans des bains d'eau à 32° ou 35°, et il leur a inoculé le charbon par les procédés ordinaires. Cinq grenouilles sur vingt ont contracté nettement la maladie. L'examen microscopique a montré des bactéridies charbonneuses en très-grand nombre, et, fait remarquable, beaucoup plus longues que celles démontrées chez les animaux à sang chaud, ce qui est probablement dû à la lenteur de la circulation. L'infection charbonneuse de la grenouille a permis également de faire des observations intéressantes sur le foie de ce batracien. On sait que les vaisseaux de cet organe sont extrêmement difficiles à voir dans l'état normal. La présence des bactéridies à leur intérieur a permis de les suivre, la marche seule de ces organismes indiquant leur trajet.

M. DASTRE conteste absolument la valeur de ces expériences : Pour lui, il est impossible qu'une grenouille ait pu vivre dans de l'eau à 35°. Au moment de l'immersion, la mort se produit en quelques instants. Donc, le batracien pourrait, tout au plus, être considéré comme un vase inerte, dans lequel les bactéridies se seraient développées au même titre que dans une eau de culture, ce qui ne prouverait en rien qu'il y ait eu infection.

Origine du sucre de lait. — M. PAUL BERT fait une communication sur ce sujet. Ce sucre vient-il d'une matière formée dans les glandes mammaires elles-mêmes, ou bien n'est-il qu'une modification du glycose hépatique qui s'éliminerait par la mamelle ? La question était pendante, et ce n'est certes pas sans difficultés que M. Paul Bert est arrivé à la résoudre, en partie du moins. Les premières recherches, qui avaient toutes porté sur des pis de vaches ou de chèvres en pleine lactation, n'avaient donné aucun résultat, M. Bert se mit à expérimenter sur des mamelles en période d'inactivité. Il parvint alors à isoler une matière glycogène dont il présente une certaine quantité. Son travail à ce sujet n'est pas encore complètement terminé, mais il croit, dès maintenant, que ce glycogène n'est pas de matière amylacée et appartient plutôt à la série des gommes.

Sur l'influence du nerf dépresseur de Cyon sur la circulation bucco-labiale. — M. DASTRE fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut.)

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1882.

178. M. Jacquet. De quelques accidents produits par l'abus de la morphine. — 179. M. de Gouyon. Contribution à l'étude du traitement de la pleurésie aiguë. — 180. M. Chayé. Signes et diagnostic de la grossesse extra- utérine. — 181. M. Nakachian. Maladie de Ménière. — 182. M. Bontemps. Mort subite chez les jeunes enfants. — 183. M. Beaumont. Recherches sur les lésions qui prédisposent à la rupture spontanée du cœur. — 184. M. Levassort. Le rhumatisme chronique en Normandie. — 185. M. Giraud. De l'empoisonnement par l'oxyde de carbone et des questions médico-légales qui s'y rattachent. — 186. M. Lavin. Diagnostic et rétrécissement de l'urèthre. — 187. M. Stroici. Des fractures spontanées chez les ataxiques. — 188. M. Garès. Traitement des tumeurs épithéliales par le caustique arsenical. — 189. M. Guiller. Histoire de Notre-Dame de Pitié de Paris. — 190. M. Darene. Étude sur la transfusion du sang à la suite des hémorrhagies intestinales dans le cours d'une fièvre typhoïde.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous apprenons avec un vif regret la mort d'un de nos plus distingués confrères, le docteur Eugène Crevaux, médecin de première classe de la marine, auquel l'an dernier nous consacrions ici un long article (1) sur ses importantes découvertes dans l'Amérique équatoriale, de 1876 à 1881. C'est pendant le cours d'une quatrième mission scientifique que le savant et courageux explorateur vient d'être tué à la tête de ses compagnons par les indiens Tobas, au moment où l'expédition qu'il dirigeait remontait le Pilcomayo (République Argentine). Sa troupe tout entière a été massacrée.

— Par décret en date du 16 juin 1882, M. Dehau, chef de bureau de la gendarmerie, est nommé sous-directeur à la direction du service de santé au ministère de la guerre.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Hortolès (Charles) est chargé, jusqu'au prochain concours, des fonctions de chef de clinique des maladies des enfants, en remplacement de M. Audouin, démissionnaire.

— *École de médecine de Rennes.* — M. Porcher (Jules-Henri-Valentin), pharmacien de première classe, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de chimie, pharmacie et histoire naturelle.

— Le concours aux trois places de chirurgiens du Bureau central s'est terminé par la nomination de MM. les docteurs Duret, Henryet et Reynier.

— M. A.-J. Martin, secrétaire général de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle, est chargé d'une mission à l'effet de représenter le ministère de l'instruction publique au congrès international d'hygiène qui s'ouvrira à Genève au mois de septembre 1882.

— MM. les docteurs Brémont et Rouxel ont été nommés, au scrutin, par le Conseil général de la Seine, dans la séance de vendredi 16 juin, inspecteurs titulaires du travail des enfants dans les manufactures. Le Conseil général a également voté, dans la séance précédente, une indemnité de 300 francs en faveur des internes des asiles d'aliénés de Vaucluse et de la Ville-Évrard, pour frais de déplacements.

— Le concours pour l'internat de Berck-sur-Mer vient de se terminer par la nomination de M. Baëna. Les candidats étaient au nombre de quatre.

Les questions données ont été : 1° pour l'épreuve écrite : Ligaments de l'articulation coxo-fémorale, les signes de la coxalgie ; 2° pour l'épreuve orale : la Scarlatine.

— M. le docteur Duchamp, agrégé à la Faculté de médecine de Lyon, vient d'être nommé chirurgien des hôpitaux de Saint-Étienne.

— M. le docteur Paumès, licencié ès sciences naturelles et aide des travaux pratiques à la Faculté de médecine de Montpellier, vient d'être nommé boursier de doctorat ès sciences au Muséum d'histoire naturelle de Paris.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Hurteaux (de Paris).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

(1) Voir la *Gazette des hôpitaux* du 14 mai 1881, p. 446.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 13033.

N° 72. — JEUDI 22 JUIN 1882. 55e ANNÉE. JEUDI 22 JUIN 1882. — N° 72.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Luys a tenu à ne pas laisser sans réplique le dernier discours de M. Blanche. Il a parlé de guérisons incomplètes qui, après des années d'aliénation mentale, permettent à l'ancien fou de reprendre sa place dans la société, d'y occuper même avec honneur les fonctions publiques les plus importantes; mais qui ne seraient pas de vraies guérisons, car l'œil exercé d'un aliéniste pourrait toujours finir par reconnaître certaines bizarreries de caractère chez cet homme prétendu guéri et raisonnant parfaitement. Au point de vue de la pathologie pure, ce ne seraient donc pas là des exceptions à la règle posée de l'incurabilité de la folie devenue chronique. Mais une folie qui se résume à quelques excentricités doit-elle être une cause de divorce ?

M. Blanche ne croyait pas qu'une réunion de médecins chargés de prononcer sur l'incurabilité de la folie, dans un cas spécial, en arriverait facilement à une opinion unanime. M. Luys prétend le contraire, et, comme argument, il invoque l'exemple des jurys de concours pour les places de médecins et chirurgiens des hôpitaux. Mais qui donc n'a pas entendu les protestations énergiques de tel ou tel membre de ces jurys contre les décisions des autres? Y a-t-il bien longtemps que le président même d'un de ces jurys a rendu, par sa démission, le désaccord évident pour tous ?

La discussion nous semble épuisée. Elle ne pourrait plus désormais se prolonger que par des redites ou des développements oratoires.

HOPITAL DE LA CLINIQUE. — M. Depaul.

Rétrécissement du bassin; opération césarienne; céphalotripsie; régime.

Les bassins très-rétrécis, les bassins au-dessous de 6 centimètres et demi, sont heureusement assez rares, relativement du moins, et présentent des degrés différents. D'après une statistique que j'ai faite, il y a déjà quelques années, j'ai pu constater que sur cent bassins de femmes rachitiques, un tiers était au-dessous de 6 centimètres, les deux autres tiers variaient entre 6 et 9 centimètres.

Mais, en dehors du rachitisme, on peut trouver aussi des rétrécissements notables du bassin par ostéo-malacie : témoin celui qui appartient à nos collections et qui provient d'une femme à laquelle j'ai pratiqué, il y a longtemps déjà, l'opération césarienne ; son bassin ne mesurait que 5 centimètres, ce qui est fort rare.

Il y a aussi les bassins obliques ovalaires, si rétrécis latéralement et obliquement que ce vice de conformation a été considéré comme très-grave, nécessitant l'opération césarienne et entraînant très-fréquemment la mort.

Dans l'accouchement des femmes dont le bassin affecte des dimensions inférieures à 6 centimètres et demi, il faut distinguer si l'enfant est vivant ou s'il est mort.

S'il a succombé, l'opération césarienne, devenue inutile, sera remplacée par la céphalotripsie. Cependant, bien que, depuis quelques années, grâce aux nouveaux moyens mis à notre disposition par les antiseptiques, ces grandes opérations soient moins graves qu'autrefois, néanmoins je conserve encore à son sujet quelques craintes qui font que je veux encore essayer d'extraire l'enfant avant de recourir à la céphalotripsie. Celle-ci, du reste, n'est pas non plus aussi simple ni aussi facile qu'on pourrait le croire. Je la considère comme très-délicate à pratiquer par les risques à peu près certains de confondre constamment, plus ou moins, les parties pelviennes.

Quoi qu'il en soit, j'établis une grande distinction entre la céphalotripsie et l'opération césarienne, et, lorsque l'enfant est mort chez une femme dont le bassin présente les rétrécissements que je viens de vous signaler, je pratique la céphalotripsie et la perforation du crâne de l'enfant. Celui-ci, au contraire, est-il vivant, je fais l'opération césarienne. En tous cas, j'accorde un intérêt plus grand à la vie de la mère qu'à celle de l'enfant.

Lorsque le bassin mesure 4 centimètres seulement, que l'enfant soit vivant ou mort, je conseille l'opération césarienne; je dis : je conseille, car je n'ai pas eu jusqu'à présent l'occasion de la pratiquer dans ces conditions pour un enfant mort, mais seulement l'enfant vivant encore, et, il faut bien le dire, je n'ai pu sauver aucune de ces pauvres femmes.

J'ai bien fait ou vu faire vingt-cinq ou vingt-six opérations césariennes dans ces conditions d'un rétrécissement du bassin réduit à 4 centimètres, et toutes les femmes sont mortes des suites de l'opération, une seule exceptée qui a succombé

seulement le dix-septième jour à des accidents tétaniques. Mais j'ai eu quelques enfants vivants.

Ainsi, vous êtes appelé, par exemple, au début du travail; l'enfant est vivant, vous avez reconnu une présentation de la tête : que devez-vous faire ? Vous attendez que le travail soit suffisamment avancé, que le col soit effacé et dilaté, ce qui demande toujours un certain temps. Par suite, la femme est déjà fatiguée. Vous êtes, je suppose, en présence d'un bassin de 6 centimètres à 6 centimètres un quart environ, les membranes sont rompues, la tête est placée contre le détroit supérieur, vous attendrez encore ce que peut faire la nature. Puis, lorsque la dilatation sera complète, vous ferez une application de forceps. Réussirez-vous souvent? Non, mais quelquefois; et je suis ainsi parvenu, dans un certain nombre de cas, à extraire des enfants vivants, dont quelques-uns même ont continué à vivre, leur ossification crânienne, bien qu'ils fussent à terme, n'étant pas encore trop considérable. Les enfants, vous le savez, sont plus ou moins volumineux, et les contractions utérines d'une part, le forceps de l'autre diminuant par compression le diamètre bi-pariétal, permettent parfois aux moins volumineux de franchir le rétrécissement avec ou sans lésions crâniennes.

Les contractions utérines elles-mêmes peuvent produire des dépressions du crâne, avec fracture de la table externe ou de la table interne ou même des deux, et néanmoins vous avez des enfants qui vivent encore dans ces conditions.

Ces lésions du crâne peuvent donc se produire en dehors de tout instrument.

Ceci me rappelle un fait qui remonte à une époque déjà reculée, au début de ma carrière. Le docteur M..., ancien agrégé de la Faculté, qui avait renoncé à la pratique ordinaire pour s'adonner plus spécialement aux maladies de l'oreille, m'avait prié d'accoucher une de ses anciennes clientes qui avait eu déjà trois enfants. Cette femme, très-rachitique, avait un bassin dont le diamètre antéro-postérieur ne mesurait que 7 centimètres. Malgré ses grossesses antérieures, toutes bien terminées, je n'étais pas tranquille sur l'issue de son accouchement. Cependant la dilatation fut rapide, l'accouchement se fit sans grands efforts et donna le jour à un enfant qui n'était pas très-gros, dont les fontanelles étaient très-larges et dont la tête présentait une certaine dépression.

Dix-huit mois plus tard, cette femme accouchait d'un cinquième enfant dans les mêmes conditions de dépression crânienne, laquelle avait aussi existé sur les trois premiers enfants. Tous ont vécu sans que ces dépressions, réellement accentuées, aient eu aucune influence fâcheuse sur leur vie, bien qu'elles aient persisté pendant un temps très-long, comme cela est ordinaire.

J'ai vu ainsi l'enfant d'un ancien ministre de l'instruction publique chez lequel elles existaient encore sept ou huit ans après la naissance.

Quoi qu'il en soit, dans les bassins voisins de 6 centimètres, il faut donc savoir que l'accouchement peut se terminer soit spontanément; soit par une application de forceps, par la naissance d'un enfant vivant.

Si l'on a affaire à une présentation de l'extrémité pelvienne ou de l'épaule et que l'on soit appelé à temps, on essaiera de faire la version par des manœuvres externes et internes en vue de ce principe que dans les vices de conformation du bassin l'expulsion sera moins difficile par la tête que par toute autre partie du corps.

Mais ce n'est pas toujours seulement au moment de l'accouchement que le médecin est appelé à prendre une détermination. Je suppose, par exemple, que vous êtes consulté, avant terme, par une femme rachitique, enceinte. Que devrez-vous faire ? C'est ici qu'une intervention chirurgicale pourra être utile pour amener l'avortement ou l'accouchement prématuré artificiel. Quelques médecins ont aussi conseillé l'emploi de l'iodure de potassium, d'autres l'application d'un certain régime, les saignées, la diète, afin de diminuer la nutrition de la femme et par suite celle de l'enfant.

Il y a des cas qui réclament l'avortement provoqué, lequel, s'il est contraire à la lettre de la loi, ne l'est pas à son esprit. Je ne parle pas des hommes qui le pratiquent à la sourdine; ceux-là, je m'en méfie et je les plains. Au contraire, les hommes qui ne m'inspirent aucune crainte sont ceux qui procèdent ouvertement, qui s'entourent de leurs confrères de la localité et discutent avec eux sur la nécessité de l'opération.

Pour tuer un enfant dans ces conditions, il faut une raison majeure, c'est-à-dire un de ces bassins dont les dimensions varient entre 4 et 5 centimètres, et l'on ne se décide alors à l'opération césarienne que parce que la vie de la mère est réellement menacée.

Grâce aux précautions nouvelles que l'on peut prendre, grâce à la campagne surtout où l'opération présente plus de chances de succès, celle-ci réussit maintenant dans un peu plus de la moitié des cas.

Mais, revenant à la femme qui, présentant un bassin de 4 centimètres et demi par exemple, est venue nous consulter alors qu'elle n'est encore enceinte que de quelques mois (2 à 5), vous déclarerez d'abord que le cas est sérieux, vous demanderez une consultation avec trois ou quatre de vos confrères, et, la majorité étant de cet avis, vous pratiquerez l'avortement pour éviter d'avoir recours plus tard à l'opération césarienne.

Si, au contraire, vous êtes consulté un peu plus tard, la femme ayant un bassin de 6 1/4, 6 1/2, 7, 7 1/2, vous tenterez l'accouchement prématuré à sept mois et demi ou huit mois. Quant à l'iodure de potassium, j'y ai peu de confiance; du reste, je n'ai à son sujet, dans ce cas, aucune expérience personnelle. Mais ce que j'ai expérimenté, et j'en ai publié des observations, ce sont les saignées et la diète. Je leur accorderai cependant peut-être moins de confiance qu'autrefois. Il est certain néanmoins que les femmes qui consentent à s'y soumettre donnent naissance à des enfants moins volumineux que si elles mangeaient à leur faim.

Il y a quelque vingt-huit ou trente ans, Paul Dubois m'avait adressé la femme d'un négociant de Paris, enceinte pour la seconde fois et parvenue à quatre ou cinq mois environ. Son bassin mesurait de 7 centimètres 1/2 à 7 centimètres 3/4; elle était toute petite, d'un rachitisme très-accentué, et lors de son premier accouchement Paul Dubois avait dû pratiquer la céphalotripsie. Je proposai à cette femme un moyen de l'amener à donner le jour à un enfant vivant. Fanatique de la maternité, à son honneur, du reste, — il est même quelques femmes qui vont jusqu'à la fécondation artificielle, courant partout pour avoir un enfant, — elle accepta avec empressement de diminuer, non pas brusquement, mais peu à peu sa nourriture. Je lui fis un menu comme quantité qu'elle suivit rigoureusement, et lorsque, parvenue à la fin du septième mois de sa grossesse, je palpai le ventre, je lui reconnus avec plaisir des dimensions médiocres. Aussi, lorsque le terme arriva, le travail fut de courte durée et sous une forte douleur la tête franchit

l'obstacle et l'enfant naissait rapidement, beaucoup moins gros que celui qu'elle avait eu à sa précédente grossesse. Cet enfant vécut parfaitement; il est devenu un grand et gros gaillard actuellement âgé de vingt-huit ans environ.

Cependant une troisième fois elle devient enceinte et ne me consulte qu'à huit mois et demi, trop tard pour commencer le régime qui lui avait si bien réussi précédemment, et cela parce qu'on lui avait dit que son dernier enfant ayant passé aussi facilement, il en serait de même du troisième. Loin de là, l'accouchement fut horrible, et je dus faire la céphalotripsie et perforer le crâne.

Cette femme est enceinte de nouveau, et, son dernier accouchement lui servant de leçon, elle me consulte de bonne heure et se met au régime antérieurement prescrit. L'accouchement a lieu spontanément et l'enfant a maintenant vingt-six ans.

Eh bien, le croirait-on? à une quatrième grossesse elle tomba dans les mêmes errements que pour la troisième, et je dus de nouveau pratiquer la perforation du crâne de l'enfant.

Ici finit l'histoire obstétricale de ma cliente. Elle vit toujours, et j'ai eu l'occasion de la rencontrer dernièrement chez une femme du monde qui, ayant eu un premier accouchement difficile, s'est mise d'elle-même au régime par la diète et les saignées lors d'une seconde grossesse. Elle a donné ainsi naissance très-facilement à un enfant pesant seulement 7 livres 1/4, tandis que son premier-né pesait 9 livres en naissant.

Nous pouvons tirer de ces faits, et d'un certain nombre d'autres qu'il serait trop long de rapporter, que nous avons à notre disposition des moyens capables d'agir dans une certaine mesure dans les cas de rétrécissement du bassin.

HOPITAL DU MIDI. — M. Charles Mauriac.

Des syphilides (1).

III

M. Bamberger cite le cas d'une syphilitique chez laquelle la variole, après avoir évolué normalement, fut suivie pendant la période de dessiccation d'une métamorphose des pustules en efflorescences papuleuses et végétantes qui finirent par devenir de larges plaques humides syphilitiques avec adénopathies et cédèrent très-rapidement à un traitement mercuriel. — On a constaté fréquemment des poussées de syphilides à la suite de la vaccination, sans qu'on pût accuser celle-ci d'avoir communiqué la maladie. Enfin on a cité aussi les fièvres intermittentes parmi les causes occasionnelles des affections spécifiques de la peau et des muqueuses. Quant à l'influence des maladies chroniques, elle est encore plus obscure que celle des maladies aiguës. On voit souvent la syphilis susciter l'action scrofuleuse sur la peau, dans les glandes lymphatiques, sur les viscères, mettre en jeu la prédisposition rhumatismale ou dartreuse. Eh bien, il est assez naturel de supposer qu'un effet étiologique inverse doit se produire et que parfois des poussées syphilitiques peuvent être suscitées sur la peau et sur les muqueuses par une excitation qui a son point de départ dans une autre maladie constitutionnelle.

Les causes locales des syphilides sont mieux connues, plus précises et moins difficiles à contrôler que les causes générales et constitutionnelles. Ainsi toute irritation un peu vive de la peau peut faire naître sur le point qu'elle occupe et autour d'elle une éruption syphilitique. J'ai vu de nombreux exemples de ce fait en appliquant des vésicatoires. A leur surface les syphilides deviennent promptement confluentes, tandis que partout ailleurs elles manquent ou restent discrètes. Les irritations locales ou générales sur le tégument externe seront presque toujours suivies de mêmes effets, surtout pendant la période des syphilides érythémateuses et papuleuses. Ne sont-ce pas elles qui font pulluler et qui perpétuent indéfiniment sur certains points les éruptions de plaques muqueuses, à la bouche et à la gorge chez les fumeurs, aux régions génito-anales chez les femmes, dans les régions de la peau que le frottement et la chaleur excitent et congestionnent? — Une autre cause très commune d'éruptions syphilitiques de toute nature, qui a été très-bien mise en lumière par M. le professeur Verneuil, ce sont les lésions traumatiques. On trouve dans divers auteurs plusieurs exemples de syphilides localisées que des violences extérieures ont provoquées de toute pièce. Parmi les plus curieux je vous citerai celui que rapporte M. Petit, qui a étudié de concert avec son maître, M. Verneuil, la question qui nous occupe. Chez un vieillard, âgé de quatre-vingt-huit ans, une syphilis, restée latente pendant soixante-sept ans, fut réveillée par une luxation de l'épaule et se manifesta sous le mode ulcéreux, par quelques pustules de rupia sur la région deltoïdienne. — Des pustules ecthymateuses survinrent au voisinage de deux écorchures de la jambe chez un syphilitique (Bazin). — Une légère plaie du dos du nez s'entoura d'une zone de tubercules (Cazenave), etc. Les syphilides localisées produites par une excitation traumatique présentent en général la même tendance ulcéreuse et destructive que les syphilides localisées survenues spontanément. Ces sortes de déterminations gagnent en effet presque toujours en profondeur ce qu'elles perdent en surface.

Telles sont les principales circonstances qui de près ou de loin, en dehors de l'organisme ou dans son sein, paraissent provoquer ou favoriser l'apparition des syphilides. Mais, je vous le répète, elles sont avant tout, comme les autres accidents de la syphilis, une émanation spontanée de la diathèse aidée par des prédispositions individuelles souvent inexplicables. — Passons à un ordre de considérations moins hypothétiques.

Toutes les dermatoses, malgré la diversité de leur origine, sont constituées par les mêmes lésions élémentaires. Qu'elles soient accidentelles et transitoires ou constitutionnelles et chroniques, vous les verrez toujours se formuler sous les principaux modes morphologiques que je vous ai énumérés. La dartre, l'arthritis, la scrofule, par exemple, pour ne citer que les principaux groupes nosologiques, produisent sur la peau, comme la syphilis, des érythèmes, des papules, des ulcérations, des vésicules, des bulles, des tubercules, etc. Elles ne créent rien en dehors de ces lésions génératrices communes. Aussi a-t-on pu dire, avec quelque apparence de raison, qu'il n'existait point de spécificité indéniable dans la morphologie dermatopathique. Cette assertion est plus rigoureuse que vraie, et ici, comme dans beaucoup de cas, l'absolu conduirait à l'erreur. Si au lieu d'envisager les dermatoses dans ce qu'elles ont d'abstrait et de général, on les étudie dans l'ensemble de leurs manifestations, si on choisit et si on groupe les particularités qui leur sont communes, on arrive

(1) Suite. — Voir le numéro du 8 juin 1882.

à leur composer, avec ces traits épars, de valeur différente mais constante et concourant tous au même but, une physionomie originale et douée de caractères généraux suffisamment pathognomoniques pour les besoins de la clinique. Voici, pour la dermatologie de la syphilis, quels sont ces principaux caractères généraux :

1° *Dimorphie.* — Vous verrez par la suite que la tache érythémateuse, la papule, la vésicule, la bulle, le tubercule, la squame, etc., ne sont pas absolument les mêmes dans les éruptions syphilitiques et dans les éruptions d'ordre commun. C'est cette différence qu'on nomme dimorphie. A quel degré existe-t-elle? Dans quels types se montre-t-elle le plus accentuée? Quelquefois elle est faible, mais souvent elle devient si tranchée dans quelques espèces de syphilides, qu'elle constitue un signe diagnostique presque infaillible. La plaque muqueuse en est un exemple. Aucune affection commune de la peau ne produit une espèce analogue. La papule dont elle dérive est transformée par la syphilis en un produit morbide dont l'autonomie est si accentuée qu'elle s'élève jusqu'au type. Dans les dermatopathies qui procèdent des tumeurs ou des suffusions dermiques et hypodermiques tuberculo-gommeuses vous trouverez aussi très-souvent le dimorphisme porté à un très-haut degré.

2° *Polymorphie.* — Il faut entendre par là une tendance constante des éruptions syphilitiques précoces de diverses formes, à se rencontrer et à s'associer sur le même individu. La simultanéité de plusieurs types générateurs et de leurs variétés, dans la même poussée éruptive, est un caractère fort remarquable des syphilides et sur lequel on peut s'appuyer avec assurance pour le diagnostic. Trois causes produisent le polymorphisme spécifique : le processus chronique des syphilides, leur aptitude aux récidives et les métamorphoses diverses que subit la lésion élémentaire. Cette dernière cause ne joue, il est vrai, qu'un rôle accessoire dont les effets s'observent aussi dans les éruptions d'ordre commun. Mais vous n'y verrez jamais, comme dans les syphilides, surgir une nouvelle forme typique, bien longtemps avant que celle qui l'avait précédée ait disparu. Quoique le polymorphisme se produise principalement dans la phase des dermatopathies généralisées, on la constate encore pendant la période de transition et même plus tard en plein tertiarisme cutané (1).

3° *Coloration et pigmentation.* — Les syphilides ont une coloration qui leur appartient presque exclusivement. Elle avait frappé les premiers témoins de la syphilis au seizième siècle. N. Massa (1532) leur trouvait une *mauvaise couleur.* Fallope (1601) eut l'heureuse idée de comparer la couleur des éruptions syphilitiques avec celle de la *chair de jambon.* On n'a rien trouvé de mieux; la coloration cuivrée, inventée par Swédiaur et devenue classique, est beaucoup moins exacte. Les nuances, les teintes du rouge particulier aux éruptions syphilitiques sont du reste assez difficiles à définir, et puis elles varient suivant la période de la maladie. Toutes, à peu d'exception près, se tiennent dans la gamme sombre. Les syphilides récentes sont roses, puis rouges, et c'est surtout vers la fin qu'elles prennent la teinte spécifique. Dans les exanthèmes généralisés du début, la roséole et les papules par exemple, la coloration est moins foncée que dans les syphilides tardives et circonscrites, tuberculeuses ou papulo-tuberculeuses. C'est à elles surtout que s'applique rigoureusement l'expression de couleur chair de jambon. Suivant Bazin, la teinte sombre très-foncée d'une éruption syphilitique est un indice de sa tendance à l'ulcération (1). Dans les saillies pleines, comme les papules et les tubercules, toute la surface de la lésion présente la teinte syphilitique; elle est au contraire disposée en auréole autour des vésicules, des ulcérations ou des groupes qu'elles forment. — Chez les sanguins cette teinte est d'un rouge terne et tourne au violet sombre; elle est pâle et effacée chez les anémiques, livide et bleuâtre chez les cachectiques, grise ou brune chez les vieillards.

La pression du doigt la fait souvent disparaître, mais quelquefois pas complètement, et il reste, après l'évacuation des vaisseaux, une teinte comme ecchymotique. Presque toujours alors succède à la rougeur une macule de nuance allant du gris ou du jaune clair jusqu'au brun et même au noir. Cette pigmentation constitue un des traits les plus remarquables des syphilides. Je vous l'ai montrée autour de la cicatrice du chancre infectant ou sur toute l'étendue du point qu'il occupait. Vous aurez fréquemment l'occasion de la constater dans les éruptions anciennes et profondes beaucoup plus que dans celles qui sont récentes et superficielles. Elle résulte d'une coagulation du sang dans les vaisseaux, ou d'un épanchement de la matière colorante entre les faisceaux du tissu conjointif, ou mieux encore d'une augmentation et d'un mode de distribution nouveau de la matière pigmentaire normale dans les cellules cylindriques du réseau de Malpighi. Ces anomalies de pigmentation s'observent aussi dans certaines variétés de lichen et dans de vieilles dermatopathies qui n'ont rien de syphilitique.

On pourrait parler aussi de l'odeur qu'exhalent certaines syphilides. C'est une fétidité *sui generis* qui est d'un grand secours pour le diagnostic. Les papules muqueuses humides de l'anus, du scrotum, de la vulve, du pli génito-crural, celles des espaces interdigitaux des orteils, peuvent se reconnaître à distance, rien qu'avec le secours de l'odorat. Il est douteux que tout syphilitique soit constamment, comme on l'a dit, un foyer d'émanations spéciales, quelle que soit la nature des accidents qu'il éprouve.

4° *Configuration.* — Les éruptions syphilitiques précoces sont souvent distribuées sur toute la surface du tégument, sans ordre et comme au hasard; mais en général elles affectent plus tard la forme circulaire ou demi-circulaire, non-seulement dans chacun de leurs éléments générateurs, mais aussi dans les divers modes de groupement qu'ils constituent. Il en résulte des cercles complets, des arcs de cercle isolés, tangents ou entremêlés, des ovales, des fers à cheval, des contours polycycliques, etc., et tous les dessins variés que peuvent produire des combinaisons de lignes courbes.

A quoi tient la tendance fréquente des éruptions à affecter la forme circulaire? Sans doute à la disposition anatomique

(1) Il ne faut pas confondre le polymorphisme syphilitique avec celui qui résulte de la coexistence d'éruptions spécifiques et d'éruptions d'ordre commun. Pour qu'il y ait polymorphisme vrai, il faut que les divers éléments générateurs qui coexistent procèdent tous de la même cause générale, qui est ici la syphilis.

(1) D'après ce célèbre dermatologiste, les arthritides présentent une coloration d'un rouge vineux, les scrofulides, une coloration d'un rouge ocreux, et les herpétides, une coloration rosée.

des vaisseaux cutanés qui semblent rayonner autour de petits centres d'irrigation. Et, en effet, que voit-on lorsqu'on les injecte? D'abord un point de matière colorante, puis, tout autour, la suffusion uniforme de cette matière qui finit par former un îlot circulaire. Mais pourquoi la configuration est-elle plus prononcée dans les éruptions syphilitiques que dans celles de tout autre cause?...

5° *Symétrie.* — Elle est une conséquence de la configuration : chaque lésion éruptive isolée ou chaque groupe est susceptible en effet, comme nous l'avons déjà vu pour la néoplasie primitive, d'être divisé par la pensée en deux moitiés égales et à peu près superposables. — Mais il y a une autre espèce de symétrie qui consiste dans ce fait qu'une éruption syphilitique est à peu près également répartie sur chaque moitié du corps, des deux côtés de la ligne médiane. — Elle s'observe invariablement dans les éruptions précoces et généralisées, et cette disposition n'est jamais plus frappante que dans les régions affectées de plaques muqueuses. — Dans les syphilides intermédiaires et surtout dans les syphilides tardives, profondes et circonscrites, la symétrie est beaucoup moins fréquente. Elle fait même très-souvent défaut. Mais il ne faut point élever cette particularité à la hauteur d'un caractère pathognomonique des lésions tertiaires, comme le veut M. Hutchinson.

6° *Topographie.* — La distribution des syphilides sur les diverses régions du corps présente souvent des particularités qu'on ne trouve pas dans les autres affections cutanées. La syphilide érythémateuse se développe principalement sur le tronc et sur les flancs, à la partie interne des membres et dans le sens de la flexion plutôt que dans celui de l'extension. La syphilide papuleuse a pour siège de prédilection, sur la face les ailes du nez et le front à la racine des cheveux, la partie postérieure du cou, le tronc et les membres dans tous les sens. Les formes squameuses, avec toutes leurs variétés, envahissent surtout les faces palmaires et plantaires des pieds et des mains. Les syphilides pustuleuses superficielles et impétigineuses affectent le cuir chevelu, la barbe et en général les régions couvertes de poils. Les ecthymas et les rupias attaquent de préférence les membres, principalement les inférieurs. Quant aux éruptions tuberculeuses, elles se disséminent partout. — Ainsi les déterminations syphilitiques peuvent s'effectuer sur toutes les régions du tégument. Quelques-unes cependant semblent y être réfractaires, telles que, par exemple, les régions claviculaire et sternale, où les éruptions simples et parasitaires sont si communes. On en peut dire autant du dos des mains. Cette remarque s'applique surtout aux exanthèmes. Vous ne verrez presque jamais les formes papulo-squameuses se localiser, du moins systématiquement, sur les membres du côté de l'extension, comme cela a lieu pour une des formes les plus communes et les plus typiques des éruptions non syphilitiques, le psoriasis. Par contre, les orifices naturels, commissures des lèvres, isthme du gosier, entrée des narines, vulve, région anale, sont le siège de prédilection des éruptions syphilitiques précoces et entre autres des plaques muqueuses. Les formes annulaires de l'érythème simple peuvent survenir sur toutes les parties du corps, tandis que les mêmes formes des syphilides érythémato-papuleuses affectent de préférence le menton, les joues, le front, le voisinage de la partie antérieure et interne des extrémités et les régions fessières. — Les syphilides tardives et profondes sont généralement situées sur le nez, les lèvres, le cuir chevelu, les régions sternale et claviculaire, les fesses et bien plus souvent sur les jambes, près des articulations, que sur les cuisses.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 juin 1882. — Présidence de M. GAVARRET.

CORRESPONDANCE

M. le ministre de l'Instruction publique transmet ampliation d'un décret approuvant l'élection de M. Mathias Duval en remplacement de M. Alexis Moreau.

La correspondance comprend en outre :

1° Des lettres de M. le docteur Siredey et de M. le docteur Lecorché, qui se portent candidats pour la place vacante dans la section de pathologie médicale ;

2° Une lettre de M. le docteur Durieux, vétérinaire principal en retraite, relative à la guérison spontanée de la rage, dont il cite deux exemples qu'il a observés, il y a plus de vingt ans, en Algérie, sur des chiens inoculés expérimentalement par lui.

DISCUSSION SUR LA FOLIE ET LE DIVORCE

M. LUYS aurait voulu que M. Blanche publiât *in extenso* ses observations de guérison tardive de la folie, observations consignées, il est vrai, sur les registres officiels de sa maison de santé, mais qui demanderaient à être imprimées pour avoir toute leur valeur. En effet, en compulsant toute la collection des annales médico-psychologiques, M. Luys n'y a trouvé que trois faits analogues, cités par Snell, et encore s'agissait-il, non point de déments devenus inertes et insensibles, mais de sujets agités qui, au bout de dix à douze ans, ont récupéré la possibilité de rentrer dans la famille.

Personnellement, M. Luys a rencontré déjà des cas de guérisons apparentes très-tardives ; mais il restait chez les malades, lorsqu'on les observait de près, des signes irrécusables de défaillances mentales, d'excentricités, de bizarreries de caractère, inappréciables pour les familles, mais évidentes pour le médecin aliéniste.

Esquirol avait déjà parlé de ces fausses guérisons : « de ces individus qui raisonnent parfaitement, ont repris leurs habitudes, leur manière de vivre, et remplissent même des fonctions importantes, tandis qu'il reste en eux quelque chose de singulier, de bizarre et d'insolite. »

M. Luys craint qu'il n'en soit ainsi pour les malades de M. Blanche, et que la guérison ne soit pas chez eux une vraie guérison, absolument complète.

En ce qui touche l'institution d'une sorte de jury médical chargé de se prononcer sur l'incurabilité possible des aliénés, M. Luys pense que les objections de M. Blanche sont renversées par l'exemple de ce qui se passe pour les jurys de concours chargés de désigner les médecins et chirurgiens des hôpitaux. Pourquoi les médecins appelés à se prononcer sur les aliénés s'entendraient-ils moins bien que ceux qui font partie de ces jurys de concours?

En résumé, M. Luys espère que les débats contradictoires qui ont eu lieu sur cette question à l'Académie de médecine n'auront pas été stériles. « Si je n'ai pas été assez heureux, dit-il, pour conquérir vos convictions en faveur de ma thèse, si j'ai été l'interprète imparfait des opinions de quelques amis personnels, laissez-moi au moins l'espérance que mes efforts ne seront pas tout à fait perdus et que les idées nouvelles que je vous ai loyalement exposées, en vertu des forces mystérieuses de la méditation, chemineront peu à peu dans vos esprits et finiront par s'y fixer. L'histoire de l'évolution des choses humaines ne nous montre-t-elle pas tous les jours que dans le mouvement général des idées, celles qui sont abattues aujourd'hui sont susceptibles de s'élever de nouveau — *multa renascuntur quæ jam cuidere* — et que les erreurs de la veille sont souvent les vérités du lendemain. »

RAPPORT

Traitement de la rage par la pilocarpine. — M. BOULEY rend compte d'un travail adressé par M. le docteur Dartigue, médecin à Pujols (Gironde), sur un *nouveau traitement de la rage.* L'observation de M. Dartigue, reproduite textuellement par M. Bouley, est relative à un honorable commerçant habitant une commune voisine de celle où exerce M. Dartigue, qui, le 29 juillet 1880, fut mordu à la jambe par un chien présentant des signes non douteux de la rage. Soixante-six jours se passèrent sans qu'aucun symptôme d'hydrophobie se manifestât ; le blessé avait d'ailleurs pris toutes les précautions usitées en pareil cas : lavage de la plaie, débridement et cautérisations profondes au fer rouge et à l'acide sulfurique, avec pansement quotidien à l'ammoniaque. Un soir, en revenant d'une ville voisine, il se sentit prostré, avec mal de tête, et se coucha sans dîner.

Dans la nuit la rage se déclara avec une certaine intensité. « Je fus appelé, dit M. Dartigue, et tous les symptômes confirmant l'affreux mal, j'instituais mon traitement sur l'heure.

« Je fis prendre immédiatement et toutes les dix minutes, ensemble, 1 demi-milligramme d'arsénite de strychnine, 1 demi-milligramme d'hyoscyamine, 1 centigramme de bromure de camphre, et, au bout d'une demi-heure, je pratiquai des piqûres de sous-nitrate de pilocarpine, et fis enfermer mon malade, jusqu'au cou, dans une caisse chauffée avec des bougies et une lampe à alcool. Je pratiquai de la sorte soixante piqûres. Je laissai mon malade pendant vingt heures dans la caisse, et cela durant l'espace de cinq jours. Tous les symptômes ayant disparu alors, je fis cesser le traitement. »

Un deuxième observation, rapportée dans la note de M. Dartigue, a trait à une petite fille de huit ans, qui avait été mordue, cinq mois auparavant, par un chien familier sur lequel les symptômes de la rage se déclarèrent huit jours après.

M. Dartigue la soumit à son traitement et la rage ne s'est pas déclarée.

On peut voir, par cette analyse, dit M. le rapporteur, que M. Dartigue n'est pas très-exigeant sur les preuves. Rien ne prouve en effet que le malade dont il rapporte l'histoire fût atteint de la rage. Aucune indication n'est donnée sur les caractères que présentaient les symptômes. L'observation de M. Dartigue demeure avec tout ce qu'elle a d'incomplet, d'insuffisant, de peu probant en faveur de sa thèse.

En cet état de cause, une seule proposition me paraît devoir être soumise à l'Académie : celle de déposer son mémoire dans les archives. (Adopté.)

M. BOULEY annonce que, dans la prochaine séance, il présentera le rapport sur l'observation lue mardi dernier par M. Denis-Dumont (de Caen), et qui a, dit-il, une toute autre importance que celle de M. Dartigue, quelle que soit, d'ailleurs, l'opinion que l'on adopte sur l'efficacité des remèdes employés.

DISCUSSION

M. GERMAIN SÉE, à l'occasion du travail lu dans la dernière séance sur le traitement de la rage par la pilocarpine, croit devoir faire une communication relative à l'emploi de cette substance dans diverses maladies, et principalement dans la diphthérie, l'éclampsie puerpérale, la maladie de Bright et la rage.

Dans tous ces cas, dit M. Sée, la pilocarpine n'a rien produit, absolument rien.

En ce qui concerne l'emploi de la pilocarpine dans les cas de rage, M. Sée relate l'observation d'un individu entré le 28 novembre 1881, dans son service, salle Saint-Christophe, à l'Hôtel-Dieu.

Cet individu, âgé de vingt-quatre ans, avait été mordu au sourcil, *six semaines auparavant,* par un chien enragé ; la blessure aurait été cautérisée avec un liquide.

Les accidents débutèrent le 28 novembre dans la soirée : inappétence, malaise général, insomnie ; le lendemain matin apparurent des spasmes, de l'hydrophobie et de l'hyperesthésie. Amené à l'hôpital, il est en proie à une excitation très-marquée, figure rouge, yeux hagards, air égaré, loquacité extrême, parole légèrement tremblante, photophobie ; quand on ouvre la porte soudainement, il est pris d'un tremblement généralisé ; à la vue d'un verre, il se rejette en arrière avec terreur. Dès que le verre touche ses lèvres, le spasme convulsif se produit. Il crachote fréquemment, tout en parlant avec animation. Il se plaint d'une sensation de chaleur extrême, en même temps que d'une angoisse précordiale.

Traitement : 1° Injections sous-cutanées de nitrate de pilocarpine (de 2 centigrammes chaque fois) à onze heures du matin, à quatre heures et à six heures du soir. Salivation abondante, crachotements incessants, agitation augmentée. Devant cet échec de la pilocarpine, même soir emploi du hoangnan ; une pilule est prise, mais le malade, éprouvant une constriction du pharynx, refuse d'en avaler une seconde ; un lavement contenant la même substance n'est pas gardé. Aucun résultat. Le lendemain, électrisation de la région bulbaire par le courant continu ; pendant sept ou huit minutes le malade paraît un peu calmé ; il meurt à une heure de l'après-midi.

M. Olive, interne de M. Lecorché, a présenté à la Société clinique, en 1881, un cas de rage traité par la pilocarpine. En quarante-huit heures, on fit au malade six injections de nitrate de pilocarpine, chacune de 2 centigrammes ; les dernières ont amené des crises de suffocation terrible après la salivation. Le malade est mort quarante-huit heures après son entrée à l'hôpital.

M. Balzer avait publié un autre cas de rage traité en 1875 par les lavements de jaborandi. Il y avait eu d'abord une détente, mais la mort était survenue le quatrième jour.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ attendra le rapport sur le mémoire de M. Denis-Dumont pour faire connaître les résultats des divers traitements tentés contre la rage durant l'année 1881. Tout ce qu'il peut dire dès à présent, c'est que, sur un total de 23 cas de rage, signalés au comité d'hygiène, 6 ont été traités par la pilocarpine, et cela sans aucun résultat favorable. L'observation de M. Denis-Dumont ne peut encore être discutée ; seulement on peut remarquer que, dans ce cas, le traitement avait été complexe, puisque, concurremment à la pilocarpine, on avait employé le chloral et le bromure de potassium, qui peuvent avoir une action sur le bulbe.

L'Académie se forme en comité secret.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1882.

191. M. VAN DEN ABEELE. Du lavage de la vessie sans sonde à l'aide du siphon ; influence de la pression du liquide sur les rétrécissements de l'urèthre. — 192. M. PELAPRAT. Des hémorrhagies puerpérales secondaires. — 193. M. GAUCHAS. Étude sur la stéatose hépatique considérée au point de vue chirurgical. — 194. M. MAISON. Traitement des ulcérations en général. — 195. M. PESME. De la cautérisation actuelle dans les hémorrhagies artérielles. — 196. M. DESCOURTIS. Du fractionnement des opérations cérébrales et en particulier de leur dédoublement dans les psychopathies. — 197. Mlle BOURCHIER. De la conservation des vibrations thoraciques dans la pleurésie. — 198. M. GIDON. Étude sur les atrophies du genou considérées surtout au point de vue du trait. — 199. M. Gaston GILLES. De l'hypertrophie des amygdales chez les syphilitiques. — 200. M. GUESDRON. De la pollakiurie dans la maladie de Bright. — 201. M. CARTIER. La maladie et le système nerveux. — 202. M. SABATIER. Traitement des scrofulides cutanées et des gommes scrofuleuses chez les enfants, par le raclage et la cautérisation au thermo-cautère. — 203. M. CHARLIER. Contribution à l'étude pathogénique du saturnisme cérébro-spinal. — 204. M. SCHLEMMER. Étude sur les bronchites dans leurs rapports avec les maladies constitutionnelles. — 205. M. LORQUIER. De l'orchite de la fièvre typhoïde.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 16 juin 1882, ont été promus dans le corps des officiers de santé militaires :

Au grade de médecin-inspecteur (emploi créé) : M. Gaujot, sous-directeur de l'École de médecine et de pharmacie militaires;

Au grade de médecin-major de première classe : MM. Huchard, en remplacement de M. Judée, retraité; Geschwind, en remplacement de M. Noël, retraité.

Au grade de médecin-major de deuxième classe : MM. Bailly, Favier et Radouan.

— Par arrêtés en date du 19 juin 1882 : 1° Un concours pour un emploi de chef des travaux anatomiques sera ouvert, le 26 décembre 1882, à l'école préparatoire de médecine de Poitiers;

2° Un concours pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie sera ouvert, le 21 décembre 1882, à la même école.

Les registres d'inscription seront clos un mois avant l'ouverture de chaque concours.

— *Faculté de médecine de Paris.* — MM. les élèves sont prévenus que, par décision du 19 juin 1882, ils seront appelés à subir leurs examens dans l'ordre rigoureux de leur consignation.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Hermann, préparateur du laboratoire d'histologie de M. le professeur Robin à la Faculté de médecine de Paris, est chargé du cours d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Lille, et remplacé à Paris par M. Retterer.

— *École pratique des Hautes-Études.* — M. Arthaud est chargé, pendant une année, des fonctions de second préparateur au laboratoire de physiologie générale dirigé par M. Rouget, en remplacement de M. Assaki, démissionnaire.

— Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Louis-Auguste Mercier, auteur de nombreux travaux sur les maladies des voies urinaires. Notre distingué confrère était âgé de soixante-onze ans.

— M. le professeur Bureau fera sa prochaine herborisation le dimanche 25 juin, dans la forêt de Senart. Le rendez-vous est à Paris, gare de Lyon, à neuf heures précises du matin.

— M. le professeur Châtin fera une herborisation publique le dimanche 25 juin, dans les bois de Bellevue à Versailles. Le rendez-vous est à la gare Montparnasse, à onze et demie, pour le train partant de Paris à midi pour la station de Bellevue.

— M. le professeur Hébert fera sa prochaine excursion géologique publique le dimanche 25 juin, à Chaumont-en-Vexin et Gisors. Le rendez-vous est à la gare Saint-Lazare, à six heures très-précises du matin.

— M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle, fera sa prochaine excursion géologique publique le dimanche 25 juin 1882, à Clamart et Châtillon.

Il suffit, pour prendre part à cette course, de se trouver au rendez-vous fixé à la gare Montparnasse, où l'on prendra, à onze heures du matin, le train pour Clamart.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Maladies par ralentissement de la nutrition, cours de pathologie générale professé à la Faculté de médecine de Paris par Ch. Bouchard, recueilli et publié par le docteur Frémy. 1 vol. gr. in-8° de 412 pages. — Prix : 10 francs. — Paris, F. Savy.

Organisation de la médecine publique en France, par Martin. — Prix : 1 franc. — Paris, G. Masson.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 13031.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

La contracture latente dans le mal de Pott.

Nous avons assisté successivement à des leçons de M. le professeur Charcot et de M. Damaschino sur le mal de Pott; et ces leçons, faites dans des milieux différents, nous ont paru se compléter les unes par les autres.

M. Charcot ayant à parler pour le grand public de l'École, devant un auditoire immense, devait donner ce que les anciens nommaient l'enseignement *isagogique*, l'enseignement *introducteur*. En effet, dans la foule de ceux qui se pressent à la clinique des maladies nerveuses, beaucoup y viennent sans études préalables sur la constitution du système nerveux, et c'est un art de premier ordre que celui de maintenir constamment en éveil des esprits si mal préparés, en leur présentant des notions claires, faciles à saisir et pratiques. Cet art, M. Charcot le possède à merveille, et l'affluence des étudiants en est la preuve. Il sait même, dans un but de netteté plus grande, mérite bien rare en cas pareil, taire une partie des résultats auxquels il est arrivé lui-même, quand il lui semble que l'exposé de ses découvertes personnelles pourrait fatiguer l'attention en exigeant des développements trop considérables pour être compris.

M. Damaschino se trouve dans des conditions différentes. Il a autour de lui des auditeurs de choix, qui sont loin d'être des commençants dans les études où il les guide. Il insiste donc le plus possible sur les détails d'anatomo-pathologie, en projetant sur le tableau, à l'aide d'appareils grossissants et de la lumière électrique, des coupes très-nombreuses, ou leurs photographies faites au microscope,

Ces projections parlent aux yeux, comme celles que M. Charcot montre aux élèves. Mais M. Charcot s'attache plus particulièrement au côté clinique. Ce sont les caractéristiques extérieures, quand il en existe, qu'il prend soin surtout de mettre en relief par la présentation des malades eux-mêmes, par l'exhibition de dessins tracés dans ce but, par la projection de photographies, par des comparaisons choisies habilement. Il excelle à faire ressortir et à graver dans la mémoire l'aspect, l'attitude, la physionomie, quand il s'agit de ces affections qui les modifient, en leur imprimant un cachet spécial, comme c'est, par exemple, le cas pour la sclérodermie et pour la lèpre, qu'il a mis en contraste dans une récente leçon. Quant aux lésions anatomiques, il en fait voir ce qu'il faut connaître pour se rendre compte des symptômes dans un tableau tout à fait classique.

En ce qui touche le mal de Pott, il a montré comment cette affection pouvait avoir pour résultat une lésion de la moelle épinière, non directement par la pression des os déplacés, comme le croyait encore l'auteur de l'article *Rachis* dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales;* mais par l'intermédiaire d'une inflammation des méninges avec épaississement de ces membranes, d'une sorte de pachyméningite proliférante, qui forme tumeur et peut suppurer. La moelle comprimée s'irrite à ce niveau; elle devient le siège d'une véritable myélite transversale avec sclérose, qui en interrompt plus ou moins complètement la continuité. De là dans toutes les parties qui reçoivent leur innervation de la moelle épinière au-dessous du point affecté, tout un ensemble de troubles fonctionnels de sensibilité et de motilité, d'autant plus développés que la lésion médullaire est plus profonde.

Le malade peut en arriver à une impossibilité complète de mouvoir tous ses membres, ou seulement ses membres inférieurs si le mal de Pott siège plus bas que la région cervicale.

Cette paraplégie du mal de Pott avait frappé dès le début les observateurs; mais elle présente certains caractères qui ont été tout récemment bien étudiés. Elle ne survient pas brusquement comme les paralysies qui succèdent à l'apoplexie. Elle est précédée d'ordinaire par une période plus ou moins longue d'impotence fonctionnelle relative des muscles, qui obéissent mal à la volonté.

Or quand, à cette première période, on étudie la motricité en analysant soigneusement les phénomènes qu'on observe, on s'aperçoit qu'on n'a point affaire à un simple affaiblissement, à un commencement de paralysie flaccide, mais, au contraire, à une disposition latente pour la contracture, disposition qui se manifeste, d'une manière plus ou moins marquée, dès que l'on met en jeu, dans le membre ou dans les membres affectés, les divers réflexes tendineux.

C'est un état tout à fait semblable à celui que M. Brissaud, dans son excellente thèse sur la *Contracture permanente des hémiplégiques*, thèse inspirée par M. Charcot, a décrit sous

le nom de contracture latente. Dans le vieux langage de l'ancienne école, on aurait dit que c'était là une contracture en puissance *in potentia*, en opposition à la contracture en activité, *in actu*.

Cette contracture en puissance ou latente peut exister chez des individus qui se servent encore parfaitement de leurs membres, et il importe de la constater, car dans le cours du mal de Pott ce peut être le premier pas dans le sens d'une paralysie absolue avec contracture.

Ce peut être aussi le reliquat de cette même paralysie quand elle a disparu après s'être produite.

Dans les deux cas, les caractères en sont complètement identiques. Si l'on percute alors le tendon rotulien sur la jambe pendante et à demi fléchie, la contracture réflexe du triceps crural est plus énergique qu'à l'état normal, le pied est soulevé plus haut. Si on renouvelle cette percussion à plusieurs reprises, à courts intervalles, la contraction devient continue, elle s'accentue, et la jambe s'étend sur la cuisse avec force. C'est une contracture actuelle dans le muscle ainsi mis en jeu, contracture qui peut gagner les muscles voisins.

Ce qu'on appelle l'*épilepsie spinale* est un phénomène du même ordre, qui peut également s'observer chez des individus atteints du mal de Pott. Quand on relève fortement sur la jambe le pied du malade, il se produit des mouvements saccadés, convulsifs, épileptiformes, une apparence d'épilepsie partielle dans les muscles de la jambe et même du membre entier.

Tels sont les signes les plus simples et les plus faciles à constater de la contracture en puissance ou latente.

Certaines circonstances fortuites, un traumatisme, par exemple, un coup violent, surtout au voisinage d'une articulation, peuvent, dans certains cas, occasionnellement la mettre en évidence en la rendant active. Cette apparition, ainsi provoquée, de la contracture proprement dite à l'état permanent pourrait s'observer dans le mal de Pott, comme à la suite des hémiplégies, et dans toutes les autres conditions où l'exagération des réflexes tendineux signalait déjà l'existence de cette même prédisposition. Mais, dans le mal de Pott, le plus souvent, la contracture avec paralysie arrive simplement comme résultat direct des progrès de la lésion produite par la compression et l'irritation de la moelle épinière.

Quelle qu'en soit, du reste, la cause, et dans les diverses maladies où on la rencontre, la contracture dont il s'agit, une fois qu'elle s'est établie, tend à donner aux membres soustraits à l'action de la volonté une attitude spéciale : aux membres supérieurs, c'est la flexion avec pronation ; aux membres inférieurs, l'extension avec adduction.

M. Brissaud a recherché dans sa thèse les causes de cette attitude, signalée par M. Charcot.

Suivant lui, elle serait déterminée par la prépondérance normale de certains muscles relativement à leurs antagonistes, par leur masse plus considérable, et par conséquent leur force plus grande.

La contracture ne serait pas autre chose qu'un excès de tonicité dans toutes les fibres musculaires, due à un excès d'activité des grandes cellules motrices de la corne antérieure de la substance grise de la moelle épinière. Ces cellules, étant l'origine des fibres nerveuses motrices qui forment les racines antérieures de la moelle, présideraient aussi bien à la tonicité qu'aux contractions volontaires des muscles.

Mais d'où viendrait leur excès d'action dans le mal de Pott? Est-ce bien là l'interprétation la plus probable des phénomènes observés? C'est ce que nous allons examiner en rapprochant des notions fournies par la physiologie expérimentale sur les suites des traumatismes subis par la moelle épinière, celles que donnent les nécropsies sur les altérations produites dans cet organe par l'affection qui nous occupe.

Données anatomo-physiologiques sur la contracture dans le mal de Pott.

Rappelons d'abord que la paralysie du mal de Pott guérit souvent après avoir duré un temps plus ou moins long. Pott lui-même l'avait déjà dit. M. Charcot en a vu d'assez nombreux exemples, et il en a mis deux sous les yeux de ses élèves dans la personne de deux femmes qui habitent la Salpêtrière. Elles avaient été l'une et l'autre complètement paraplégiques pendant près de deux ans ; puis elles se sont remises à marcher et elles peuvent faire aujourd'hui de longues courses, sans difficulté. Mais on retrouve toujours chez elles les signes déjà signalés de la contracture en puissance, l'exagération très-marquée des divers réflexes tendineux, et, si l'on répète la percussion sur le tendon rotulien, bientôt la contraction permanente, tonique, du triceps fémoral, produisant l'extension forcée de la jambe.

La guérison n'est donc pas complète, bien qu'elle le paraisse. Dans un cas semblable, chez une femme morte accidentellement d'autre chose que du mal de Pott, alors que depuis plusieurs années elle avait recouvré l'ensemble de ses mouvements volontaires, M. Charcot trouva la moelle profondément altérée sur le point où avait porté la compression. Elle y était à peine aussi grosse qu'une plume d'oie, et la substance grise n'y était plus représentée que par une de ses cornes. A l'œil nu, elle semblait complètement sclérosée ; mais au microscope on découvrait encore quelques tubes nerveux garnis de leurs cylindres de myéline, qui établissaient une communication, en apparence bien imparfaite, entre la section supérieure et la section inférieure de la moelle. On voyait d'ailleurs se prolonger dans chacune de ces deux sections les altérations secondaires qui sont de règle dans le mal de Pott, et dont M. Damaschino a montré de beaux spécimens.

Ces altérations affectent dans la moelle des faisceaux différents selon qu'elles sont ascendantes ou descendantes.

Les ascendantes siègent principalement (pour plus de simplicité nous ne parlerons pas du petit tractus nommé par Flechsig *cordon cérébelleux direct*) dans les cordons postérieurs, où elles occupent au côté postéro-interne, près du sillon médian, une certaine étendue de chacun de ces cordons, que l'on a distinguée du reste sous le nom de cordon de Goll.

Le reste du cordon postérieur, ce qu'on nomme *faisceaux radiculaires* ou faisceaux du *Burdach,* reste parfaitement indemne.

Rappelons de suite que les cordons de Goll sont actuellement considérés comme composés de fibres sensitives, qui, de chaque région de la moelle, vont se porter dans le cerveau ; ces fibres ayant leur centre trophique dans les cellules de la substance grise de la moelle qui leur donne naissance, on comprend que toutes celles qui sont interrompues au niveau de la compression, parce qu'elles proviennent de régions plus basses, doivent s'altérer, depuis ce point jusqu'au cerveau, dans toute leur étendue.

Les cordons de Burdach, au contraire, d'où émanent les racines postérieures sensitives, ont leur centre trophique dans les cellules nerveuses de la même région, et, en conséquence, toutes les lésions portant soit plus bas, soit plus haut, ne doivent les affecter en rien.

Voilà pour les altérations ascendantes principales. Quant aux altérations descendantes, elles portent sur des parties déterminées des cordons antéro-latéraux ou moteurs.

Ici encore la zone radiculaire n'est point atteinte. La lésion affecte deux faisceaux qui peuvent être suivis jusque dans l'encéphale, où ils constituent notamment les pyramides antérieures du bulbe dans leur totalité, et dont le plus important se nomme pour cette cause *pyramidal*. Le second est le complément de ce faisceau pyramidal, et il serait produit par celles des fibres des pyramides antérieures du bulbe qui, échappant à la décussation, ne passeraient pas par entrecroisement, du côté opposé de la moelle épinière ; c'est ce qu'on nomme le faisceau de Turck. Ce faisceau est situé tout à fait sur le bord du sillon médian antérieur, en dedans et en avant de la zone radiculaire; tandis que le faisceau pyramidal se trouve, tout à fait en arrière de cette même zone radiculaire, dans la région la plus postérieure du cordon antéro-latéral.

Ces deux faisceaux, qui se réunissent pour constituer les pyramides antérieures du bulbe, peuvent être suivis beaucoup plus loin, jusque dans le cerveau, ainsi qu'on peut le voir avec détail dans la thèse de M. Brissaud.

Ce sont donc encore des moyens d'union entre le cerveau et les divers centres médullaires ; mais comme il s'agit de fibres motrices, la direction en est descendante, le point de départ est cérébral, les centres trophiques sont dans des cellules de la substance grise du cerveau. L'altération, portant sur ce genre de fibre nerveuse, doit donc siéger au-dessous du point où la fibre est interrompue.

Cette même altération se retrouve d'ailleurs dans certaines hémiplégies par hémorrhagie cérébrale, etc., et c'est pourquoi la théorie de M. Brissaud s'applique aussi bien aux contractures du mal de Pott qu'aux contractures post-hémiplégiques.

Cette théorie explique, par une irritation des grandes cellules motrices des cornes antérieures de la substance grise de la moelle épinière, leur excès d'action et, par conséquent, l'excès de tonicité des fibres musculaires qui en reçoivent l'innervation.

Ces grandes cellules motrices (et, si ce n'est pas prouvé, cela paraît du moins très-probable) seraient (sans compter leurs anastomoses avec les cellules sensitives les plus voisines) le point d'arrivée des fibres qui constituent le faisceau pyramidal avec son faisceau complémentaire, ou faisceau de Turck, comme elles seraient le point de départ des fibres constituant la zone radiculaire et les racines antérieures motrices des nerfs spinaux.

On comprendrait donc que l'altération, même secondaire, de fibres qui y aboutissent puisse les blesser en quelque sorte et y produire un certain degré d'irritation. C'est ce que suppose M. Brissaud.

Mais les expériences de physiologie expérimentale rendent inutile cette hypothèse d'une irritation permanente, pouvant durer souvent pendant de longues années sans altération appréciable de la cellule qui en serait le siège.

On voit que les actions réflexes sont généralement augmentées dans la dépendance d'un centre spinal, toutes les fois que les relations entre ce centre et l'encéphale, ou même entre ce centre et les autres, également spinaux, ont été rendues plus difficiles par une section incomplète, par exemple, ou un autre genre de traumatisme.

La tonicité musculaire est encore une action réflexe, dont le centre diastaltique est dans la substance grise de la moelle épinière ; elle peut donc aussi être accrue, sans irritation intervenante, par le seul fait de la rupture de la plupart des voies de communication entre une section de la moelle et le reste des centres nerveux.

Il faudrait maintenant chercher pourquoi dans certaines lésions de la moelle c'est plutôt la paralysie à forme flasque, pourquoi dans d'autres c'est plutôt une contracture qui se manifeste. Mais cette question nous mènerait loin des limites de cette revue.

Bornons-nous à noter encore qu'en physiologie expérimentale, comme l'a établi M Vulpian dans son admirable article sur la *Physiologie de la moelle épinière* (*Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*), on a souvent observé des faits qui concordent parfaitement avec la guérison de la paralysie, malgré des lésions profondes de la moelle par le mal de Pott.

Des animaux dont la moelle épinière, par suite de sections partielles, dirigées dans un sens quelconque se trouvait presque divisée, pour ainsi dire, en deux tronçons, communiquant à peine, sauf sur un espace très-étroit, ont pu conserver néanmoins, ou récupérer avant toute réunion cicatricielle, les mouvements volontaires des membres innervés par le tronçon presque isolé de la moelle.

Dilatation aiguë du cœur.

Le service de M. Vulpian, à l'Hôtel-Dieu, est en ce moment exceptionnellement riche en faits cliniques du plus haut intérêt.

Bornons-nous à signaler aujourd'hui un cas de dilatation aiguë du cœur survenue en moins de huit jours chez une jeune fille de dix-huit ans.

Cette jeune fille, entrée le 1er juin, habitait Paris depuis trois mois comme domestique, et bien qu'ayant eu, il y a deux ans, une fièvre typhoïde de six semaines de durée, jouissait depuis lors, à ce qu'il paraît, d'une santé excellente, lorsque, dans la dernière semaine de mai, cinq ou six jours avant de venir à l'hôpital, elle commença à ressentir de violentes palpitations.

Elle affirme qu'antérieurement elle n'avait jamais rien éprouvé d'analogue ; elle pouvait monter les escaliers, d'un pas rapide, sans fatigue et sans oppression, même en portant des charges lourdes. Les palpitations étaient pour elle une sensation inconnue.

Cependant, quand on l'examine, on trouva que le cœur occupait une étendue considérable. Il s'élevait jusqu'à la deuxième côte et descendait jusqu'au septième espace intercostal. Le désordre de la circulation était extrême ; il se traduisait à la vue par de la cyanose, un pouls veineux des plus marqués, beaucoup d'oppression. A l'auscultation, on entendait des bruits multiples, des frottements péricardiques et des souffles d'endocardite.

Il était évident que le muscle du cœur, participant dans une certaine mesure à l'inflammation qui occupait ses faces interne et externe, avait perdu de sa tonicité, de sa puissance, et s'était ainsi laissé rapidement distendre,

Sous l'influence du traitement, particulièrement de la digitale, le cœur perdit de son volume; il diminua de plusieurs centimètres dans son grand diamètre et proportion-

nellement dans les autres. Mais il reste encore gros, et l'on entend encore sur le devant de la poitrine des frottements péricardiques, qui couvrent en partie un souffle musical d'endocardite, beaucoup plus net quand on ausculte par derrière, sur le dos, au niveau du cœur.

LUXATIONS RARES

I. Luxation carpo-métacarpienne du pouce, incomplète et en arrière. — II. — Luxation du poignet sur l'avant-bras, complète et en arrière, sans fracture. — III. Luxation sous-épineuse de l'humérus.

Par le docteur Albert René,
Chef des travaux physiologiques à la Faculté de médecine de Nancy.

I. Le nommé B..., âgé de vingt-huit ans, clairon des pompiers de la commune d'Atton, étant à la manœuvre le 19 septembre 1880, sur les bords de la Moselle, et voyant un seau tomber à l'eau, s'élança immédiatement pour le saisir. Il glissa sur le talus humide et tomba à la renverse, les bras étendus en arrière pour se retenir. Le poids de son corps porta, pour la plus grande partie, sur le pouce de la main droite étendue en arrière. B... ressentit immédiatement une douleur très-vive au niveau du premier métacarpien, et y constata, sur la face dorsale, une saillie dure, osseuse, assez prononcée. La douleur était extrêmement vive, et les mouvements du pouce étaient douloureux et très-limités. Un quart d'heure après, B... était chez moi. Le diagnostic était facile ; la saillie osseuse était manifeste au niveau de l'articulation trapézo-métacarpienne ; la dépression palmaire était moins appréciable à l'œil, et, quand on voulait la percevoir par la palpation, on déterminait une vive douleur. Mais, sur la face dorsale, à la seule inspection, on reconnaissait parfaitement la saillie formée par le petit crochet de la tête supérieure du premier métacarpien. A la palpation, on sentait une dépression à l'extrémité de ce crochet ; la moitié de la surface articulaire était déplacée, portée en arrière et un peu en dedans.

Le pouce était très-légèrement fléchi, les phalanges et le métacarpien ayant la même direction. Le pouce restait immobile dans cette position. La douleur était aussi très-vive au niveau de l'extrémité inférieure du métacarpien, c'est-à-dire de l'articulation métacarpo-phalangienne. Je ne constatai aucune trace de fracture ni aucune lésion des autres articulations. Il s'agissait donc d'une luxation incomplète et en arrière du premier métacarpien sur le trapèze. Je pressai très-fortement, de haut en bas, avec mon pouce, sur la saillie osseuse dorsale, en tirant un peu sur le métacarpien, et la réduction se fit immédiatement. Je perçus le craquement caractéristique de la réduction des luxations ; il fut aussi nettement perçu par le malade.

La main fut immobilisée sur une planchette, et, aussitôt après la réduction, le malade ne perçut plus de douleur à ce niveau. Au contraire, l'extrémité inférieure du métacarpien resta sensible encore pendant plusieurs jours.

Le huitième jour après l'accident, malgré mes recommandations, le malade, se sentant guéri, enlevait son appareil et, reprenant son travail, aidait, le jour même, à charger des sacs de pommes de terre, sans ressentir la moindre douleur.

Depuis cette époque, la guérison s'est maintenue. Telle est notre observation de luxation incomplète et en arrière du premier métacarpien, ou luxation trapézo-métacarpienne.

Ces luxations sont rares. Boyer, le premier, a fait mention de cette lésion. La luxation *en avant* est extrêmement rare ; A. Cooper se borne à la mentionner.

M. Polaillon, dans son article Main, *Dictionnaire encyclopédique*, page 64, donne un tableau des luxations du premier métacarpien en arrière. Il cite seize observations (quatorze hommes, deux femmes), dont onze luxations incomplètes et cinq complètes.

Foucher et Gérin-Roze ont publié des observations avec autopsie. Dans le cas de Foucher (*Bulletin de la Société anatomique*, 1856), il y avait luxations du premier et du deuxième métacarpien en arrière, avec fracture du troisième, à la suite de l'éclat d'un fusil, accident survenu vingt ans auparavant. Le premier métacarpien reposait par son extrémité supérieure sur la face dorsale du trapèze et était soudé dans sa nouvelle position de façon que les légers mouvements qu'exécutait le pouce avaient lieu dans l'articulation trapézo-trapézoïdienne. Il y avait donc luxation en arrière et un peu en dedans du premier métacarpien.

L'observation de Gérin-Roze (*Bulletin de la Société anatomique*, 1858), concerne une femme âgée de cinquante-cinq ans, atteinte de tumeur blanche. La luxation remontait à plusieurs années et avait été produite par une chute sur le bord externe de la main. Le premier métacarpien était rejeté en arrière, faisant saillie de 8 à 9 millimètres ; il occupait le creux de la tabatière anatomique et refoulait légèrement en dedans le tendon du long extenseur du pouce, qu'il soulevait. En avant il y avait saillie très-manifeste du trapèze, avec aplatissement de l'éminence thénar. Le pouce était presque droit, situé sur un plan postérieur à celui des autres doigts et à peine fléchi dans la paume de la main. Les mouvements de flexion et d'extension du pouce avaient conservé leur intégrité. Il n'en était pas de même des mouvements d'abduction et d'adduction, qui étaient fort limités. La réduction de la luxation resta incomplète et ne se maintint pas. L'autopsie démontra le déplacement complet du premier métacarpien sur le trapèze ; la capsule était intacte, mais distendue.

Dans les autres observations on signale généralement que l'attitude du pouce a été la flexion ; toutefois Michon et Malgaigne ont vu le métacarpien conserver sa direction normale. Les mouvements de flexion exagèrent le déplacement. La douleur n'est pas toujours très-vive ; Dans notre observation, elle a été extrêmement vive ; bien qu'il s'agît d'un gaillard peu douillet et ayant déjà fait ses preuves, notamment à propos d'incisions d'énormes phlegmons du cou et d'extractions de dents.

La réduction a été obtenue en pressant directement de haut en bas et d'arrière en avant, sur la saillie postérieure. C'est le procédé qu'instinctivement nous avons employé, et qui nous a réussi.

Gimelle, qui eut le premier métacarpien luxé, réduisit immédiatement sa luxation en tirant directement sur son pouce.

La contention a été faite ordinairement avec des compresses graduées. Jarjavay, qui a observé à lui seul plus de luxations trapézo-métacarpiennes qu'il n'est ordinairement donné d'en voir, avait adopté un mode de contention avec des bandelettes de diachylon dont les chefs, croisant sur l'extrémité inférieure de l'avant-bras, embrassaient la face palmaire du pouce et l'éminence thénar. Ces bandelettes étaient maintenues par d'autres circulaires.

Chez notre malade, nous avons employé une planchette sur laquelle reposait toute la main, et des compresses fortement maintenues avec une bande et arrosées d'eau froide pendant les deux premiers jours.

La réduction s'est maintenue malgré la courte durée de l'immobilisation. Nous pensons que cela tient surtout à ce que la réduction a été faite quinze minutes au plus après l'accident. D'autre part, les désordres articulaires ont dû être insignifiants. Nous pensons que le choc a dû, aussitôt après la luxation, se porter surtout sur les têtes articulaires de l'articulation métacarpo-phalangienne, qui resta douloureuse pendant plusieurs jours.

Nous avons aussi observé et réduit dans les mêmes conditions une luxation très-rare : une luxation en arrière du poignet sur l'avant-bras, sans fracture.

Rappelons cette observation. (Voir *Revue médicale de l'Est*, juillet 1877) :

II. Le dimanche 9 juillet 1876, me trouvant de garde à l'hôpital Saint-Léon, je suis appelé auprès d'un jeune homme de quinze

ans, qui vient, une demi-heure auparavant, de faire une chute au gymnase du Cercle catholique.

Il dit être tombé sur le sol d'une hauteur de deux mètres environ ; il ne peut préciser comment la chute s'est faite sur le poignet.

Je constate au poignet droit la déformation en dos de fourchette, qui est très-exagérée : elle est plus marquée que dans les cas ordinaires de fracture de l'extrémité inférieure du radius. Le carpe fait une forte saillie en arrière sur la partie inférieure et dorsale des os de l'avant-bras, jusqu'à une hauteur d'environ quatre centimètres. Sur la région palmaire du poignet, on sent libres, sous la peau qui est fortement tendue, les surfaces articulaires du radius et du cubitus, dont les apophyses sont d'ailleurs restées dans des rapports normaux, l'une par rapport à l'autre. Je recherche la crépitation avec soin et à diverses reprises, sans pouvoir la constater, non plus qu'un de mes camarades présent.

Je réduis facilement la luxation, en saisissant d'une main l'avant-bras à sa partie inférieure, et en tirant avec l'autre main sur le poignet, de façon à faire glisser le carpe déplacé. Il suffit d'une traction légère, et un bruit sourd, caractéristique, annonce que la réduction est opérée ; l'articulation a repris ses mouvements normaux.

Le malade a été revu le lendemain par M. le professeur agrégé Gross, chef de clinique, qui n'a trouvé ni déformation ni aucune crépitation.

Un appareil analogue à celui des fractures de l'extrémité inférieure du radius a été appliqué ; il a été enlevé trois semaines après l'accident.

Le jeune homme est revu deux mois plus tard et ne présente aucune difficulté des mouvements de la main droite ; il a pu reprendre ses études et continuer à dessiner comme précédemment.

Les luxations du carpe en arrière furent admises sans contestations depuis Hippocrate jusqu'à Dupuytren, qui les nia et les distingua des fractures de l'extrémité inférieure du radius. Notre observation nous a paru, à nos maîtres et à nous, incontestable, car nous avons senti et fait sentir la surface articulaire du radius, au moment de l'accident, et alors qu'il n'y avait pas de gonflement du poignet.

Une observation analogue a été rappelée par M. Le Dentu (*Nouv. Dictionn. de méd. pratique*).

Étant de garde à l'hôpital Saint-Antoine, M. Le Dentu, appelé auprès d'un enfant tombé d'un lieu élevé, constata une luxation du poignet en arrière ; il la réduisit involontairement en saisissant le membre pour l'examiner de plus près. Dans ce cas, il y avait, en outre, une fracture du radius à sa partie inférieure.

III. Au sujet d'une luxation sous-épineuse de l'humérus, un accident presque analogue, si accident il y a, nous arriva au mois de juillet 1875 à mon ami le docteur Guyot (d'Andelot), aide de clinique à la Faculté de Nancy, et à moi. Au moment de la contre-visite, on nous amena, à l'hôpital Saint-Léon, une femme, âgée d'une soixantaine d'années, qui venait, quelques minutes auparavant, d'être renversée sur le pavé par un camion. Il n'y avait pas de fracture. Le coude était porté en avant et rapproché du tronc. Nous sentîmes exactement la surface lisse articulaire de la tête de l'humérus, tout à fait dans la fosse sous-épineuse de l'omoplate. Mon collègue imprima quelques mouvements à l'humérus, pendant que je tenais la main sur la tête de l'humérus, et la réduction se fit immédiatement, avant que nous eussions songé à faire une étude plus complète des symptômes de cette luxation si rare. Détail important : la place occupée par la tête de l'humérus était nettement marquée, au-dessous de l'épine de l'omoplate, par une ecchymose exactement arrondie comme une pièce de 5 francs en argent.

Ceux qui ont assisté à la séance du 18 octobre 1879 de la Société de chirurgie (voir *Gazette des hôpitaux*, 1879, p. 965), ont pu voir le moule d'une luxation sous-épineuse de l'épaule, présenté par M. Desprès. L'ecchymose existait sur la partie saillante du moignon de l'épaule. Le coude était écarté du tronc, contrairement à ce que nous avons observé, et contrairement aussi au fait signalé dans la même séance par M. le professeur Duplay.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 juin 1882. — Présidence de M. L. Labbé.

RAPPORT

M. Farabeuf fait un rapport sur un travail de M. Baudrimont, relatif à un cas de fracture du conduit auditif, avec luxation en arrière et pénétration du condyle dans le conduit auditif.

LECTURES

Arthrites fongueuses. — M. Lannelongue continue la lecture de son travail sur ce sujet.

M. Verneuil défend la division qu'il a donnée des diverses arthrites fongueuses. Les orateurs qui ont pris la parole après lui sur ce sujet, M. Lannelongue en particulier, n'en admettent que deux variétés : l'une tuberculeuse, l'autre inflammatoire.

M. Verneuil maintient qu'il en existe une troisième variété chez l'adulte, variété caractérisée par un gonflement souvent considérable du genou, sans fièvre, sans douleur, même à la palpation, sans lésion osseuse, sans qu'on puisse trouver dans les antécédents ni dans l'état actuel du malade aucune trace de scrofulose ni de tuberculose, affection dont on obtient toujours la guérison, dans l'espace de quelques mois à un an, sans intervention chirurgicale, sans abcès, simplement par les applications de teinture d'iode, la compression et l'immobilité. Enfin M. Verneuil a observé une quatrième variété de ces fongosités dans la gaine du tendon du pouce et dans la gaine commune des tendons du poignet. Il s'agissait d'une synovite fongueuse des gaines tendineuses. M. Verneuil a pratiqué l'ablation aussi complète que possible de cette sorte de tumeur qui présentait toutes les apparences d'une tumeur fibro-plastique. La récidive s'est faite sur place peu de temps après. Ce sont là des faits très-rares, mais dont il faut tenir compte. Follin fit une résection du genou pour un cas de ce genre, à laquelle assista M. Verneuil ; on trouva une intégrité parfaite des os, aucune trace de pus dans l'articulation. M. Verneuil maintient donc la première division qu'il a donnée.

M. Trélat fait observer que les cas dont vient de parler M. Verneuil sont des types d'arthrites ou de synovites tuberculeuses. C'est là ce que Bidart appelait des tumeurs fibro-plastiques ; c'est en effet du tissu fibro-plastique, mais dans lequel on a reconnu depuis l'existence de tubercules.

Ligature de la carotide externe. — M. le Secrétaire général donne lecture d'un travail de M. Dubreuil (de Montpellier), sur un cas d'hémiplégie suivie de mort, consécutive à la ligature de la carotide externe. Il n'y eut pas d'autopsie, mais M. Dubreuil croit pouvoir expliquer, dans ce cas, la mort de la façon suivante : La ligature de la carotide externe a été faite près de son origine ; un caillot a passé dans la carotide interne et de là dans la carotide primitive, puis dans l'artère sylvienne, d'où il a été le point de départ d'un ramollissement cérébral. L'hémiplégie ne peut être expliquée que de cette façon.

PRÉSENTATIONS

Évacuation des calculs dans la lithotritie. — M. Labbé présente, de la part de MM. Fonnegra et Duran, un appareil destiné à évacuer les débris des calculs après la lithotritie par la méthode de Bigelow, c'est-à-dire après les opérations de longue durée.

L'appareil, construit par M. Favre, est très-simple, de facile fabrication, dépourvu de valvules, robinets, etc., qui compliqueraient inutilement le mécanisme. Les débris calculeux retirés à chaque aspiration ne sont plus refoulés dans la vessie, ainsi qu'on peut s'en rendre compte par l'expérience.

L'appareil est inaltérable, construit tout entier en métal, présentant des avantages réels, sous ce rapport, sur les aspirateurs employés jusqu'à ce jour par Bigelow, Thompson, etc., tous plus ou moins compliqués et pourvus de poires en caoutchouc, qui, au bout de quelques mois, s'altèrent en perdant leur élasticité.

L'aspiration, dans cet appareil, est beaucoup plus énergique et plus franche ; les poires en caoutchouc, dont la distension est lente et paresseuse, ne sont pas suffisantes, à notre avis, pour évacuer complètement une vessie remplie de débris calculeux.

Ainsi donc, la lenteur de l'aspiration et la durée de l'opération sont à reprocher aux appareils actuellement en usage.

On peut se servir de cet appareil comme aspirateur et comme seringue à lavage.

Uréthrotomie externe. — M. HORTELOUP présente des pièces anatomiques provenant d'un malade qui a succombé récemment dans son service. Le 13 août 1879, M. Horteloup a fait à ce malade, présentant des accidents graves de néphrite consécutifs à un rétrécissement infranchissable, une uréthrotomie externe. Il est resté, depuis, dans le service sans avoir eu à subir une seule séance de dilatation. Récemment il fut pris de nouveaux accidents de néphrite et d'un état général très-grave, sans rétrécissement, puisqu'on peut passer facilement une sonde n° 20. A l'autopsie, il fut absolument impossible de retrouver la moindre trace, la moindre bride cicatricielle résultant de l'uréthrotomie pratiquée il y a trois ans. Ce fait prouve qu'à la suite de grandes incisions pratiquées sur l'urèthre il ne se fait pas, comme on croit, de brides cicatricielles pouvant ramener un rétrécissement.

Pseudarthrose du cubitus guérie par l'électrolyse. — M. LE FORT communique l'observation d'un malade qui à la suite d'une morsure de cheval avait eu une fracture de l'avant-bras. Son avant-bras gauche portait cinq cicatrices. Le radius avait été fracturé, mais il s'était consolidé. Il n'en était pas de même du cubitus, qui était le siège d'une pseudarthrose. Les deux fragments étant mis en contact, deux aiguilles d'or furent introduites à ce niveau. A la suite de l'électrolyse il y a eu un peu de gonflement et de douleur, mais pas de suppuration. Cet homme est parfaitement guéri et a conservé tous ses mouvements.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts,

Vu le règlement du 15 novembre 1879, arrête :

ARTICLE PREMIER. — L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu, au siège des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le lundi 10 juillet 1882.

ART. 2. — Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident.

Les registres d'inscription seront clos le samedi 8 juillet, à 4 heures.

ART. 3. — Conformément aux prescriptions de l'arrêté du 15 novembre 1879 susvisé, sont admis à concourir :

1° Les candidats pourvus de quatre inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le premier examen probatoire prévu par l'art. 3 du décret du 20 juin 1878.

Les épreuves porteront sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle médicales ;

2° Les candidats pourvus de huit inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le premier examen probatoire et qui justifieront de leur assiduité aux exercices pratiques.

Les épreuves porteront sur l'ostéologie, l'arthrologie et la myologie ;

3° Les candidats pourvus de douze inscriptions qui ont subi avec la note *bien* la première partie du deuxième examen probatoire.

Les épreuves porteront sur l'anatomie, la physiologie et l'histologie ;

4° Les candidats pourvus de seize inscriptions qui ont subi avec la note *bien* la deuxième partie du deuxième examen probatoire.

L'épreuve écrite portera sur la pathologie interne et externe ;

5° Les candidats justifiant des grades de bachelier ès sciences et ès lettres qui continuent leurs études d'après l'ancien régime, s'ils ont obtenu la note *bien* à l'examen correspondant à leur temps de scolarité.

Les épreuves seront les mêmes pour les étudiants de l'un et l'autre régime d'études.

Les candidats pourvus des grades de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences restreint, qui ont subi chacun de ces examens avec la note *bien*, pourront obtenir, sans concours, une bourse de première année.

ART. 4. — Les sujets des épreuves seront adressés par le ministre aux recteurs, sous un pli cacheté, qui sera remis au président du jury et décacheté par lui, en présence des élèves, à l'ouverture de la séance du concours.

Fait à Paris, le 19 juin 1882.

— Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts,

Vu le règlement du 20 novembre 1879, arrête :

ARTICLE PREMIER. — L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de pharmacie aura lieu, au siège des Écoles supérieures de Pharmacie et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le lundi 10 juillet 1882.

ART. 2. — Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident.

Les registres d'inscription seront clos le samedi 8 juillet, à quatre heures.

ART. 3. — Sont admis à concourir les candidats pourvus de quatre, huit ou douze inscriptions qui auront subi avec la note *bien*, les examens de fin de première et de deuxième année et l'examen semestriel.

Seront, en outre, admis à concourir les pharmaciens de première classe aspirant au diplôme supérieur.

Ces différents concours porteront sur les matières suivantes :

Pharmaciens de première classe. — Élèves ayant quatre inscriptions : Composition écrite : Physique, chimie minérale, organographie et anatomie végétale.

Épreuve orale : Pharmacie galénique.

Élèves ayant huit inscriptions : Appréciation des notes méritées aux travaux pratiques de première année.

Composition écrite : Chimie organique, famille des plantes phanérogames, matière médicale.

Épreuve orale : Pharmacie chimique.

Élèves ayant douze inscriptions : Appréciation des notes méritées aux travaux pratiques de deuxième année.

Composition écrite : Analyse chimique, toxicologie, hydrologie.

Épreuve orale : Zoologie et cryptogamie.

Diplôme supérieur : Appréciations communes aux deux ordres : Appréciation des études antérieures, notes de travaux pratiques de troisième année et des examens probatoires.

Section des sciences physico-chimiques : Composition écrite : Physique, chimie analytique, histoire naturelle générale.

Épreuve orale : toxicologie.

Section des sciences naturelles : Composition écrite : Botanique, zoologie, chimie générale.

Épreuve orale : Hydrologie, minéralogie.

Les candidats pourvus du grade de bachelier ès lettres ou de bachelier ès sciences complet, qui ont été admis à ces grades avec la note *bien*, pourront obtenir, sans concours, une bourse de première année.

ART. 4. — Les sujets des compositions seront adressés par le

ministre aux recteurs sous un pli cacheté, qui sera remis au président du jury et décacheté par lui, en présence des élèves, à l'ouverture de la séance du concours.

Fait à Paris, le 19 juin 1882.

— Un arrêté en date du 17 juin 1882 règle comme suit les attributions du comité consultatif de santé de l'armée :

Le comité consultatif de santé examine et apprécie, avant qu'ils soient soumis au Conseil d'État:

1° Les dossiers de pension de retraite pour infirmités consécutives à des maladies ou à des blessures ;

2° Les dossiers pour pensions à accorder aux veuves ou pour secours annuels aux orphelins des militaires morts par suite de maladies ou de blessures;

3° Les dossiers pour gratifications renouvelables ou temporaires de réforme ;

4° Les propositions de mise en non-activité pour infirmités temporaires, ou en réforme pour infirmités incurables.

— Sur la proposition du Comité consultatif d'hygiène publique de France, le ministre du commerce vient de décerner aux membres des Conseils d'hygiène publique et de salubrité, qui se sont le plus particulièrement distingués par leurs travaux pendant l'année 1879, les récompenses honorifiques suivantes :

Médaille d'or : M. Ladrey, doyen de la Faculté des sciences de Dijon.

Médailles d'argent : M. le docteur Layet, membre du Conseil central de la Gironde; M. Rabourdin, pharmacien à Orléans; M. Philippe, vétérinaire à Rouen ; M. le docteur Rampal, vice-président du Conseil central des Bouches-du-Rhône ; M. le docteur Journal, membre du Conseil central de l'Aisne ; M. Gebhart, pharmacien à Épinal ; M. le docteur Bertherand, secrétaire du Conseil d'hygiène d'Alger; M. le docteur Lapeyre, membre du Conseil central de la Loire-Inférieure; M. le docteur Pujos, membre du Conseil central du Gers; M. Delezenne, pharmacien à Lille.

Médailles de bronze : M. le docteur Benoît, de Giromagny (Belfort); M. le docteur Dargelas (Bouches-du-Rhône) ; M. Dhuicque, pharmacien à Beauvais ; M. le docteur Jablonski (Vienne) ; M. le docteur Bariod (Eure).

— Le massacre de la mission Crevaux vient d'être officiellement confirmé par une dépêche de notre chargé d'affaires à Buenos-Ayres, en date du 20 juin.

— L'épreuve orale de physiologie du concours du prosectorat a eu lieu jeudi ; la question donnée a été : « Phénomènes mécaniques de la respiration. »

— L'Institut de France vient de recevoir plusieurs nouveaux bustes, parmi lesquels nous devons citer ceux de S. Laugier, par M. Belhomme ; de Claude Bernard, par M. Charles Desouches, et de Littré, par M. Gustave Délage.

— Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Odon Maigne, maire de Cubjac, ancien conseiller général de la Dordogne, décédé au Puy-Ol-Faure, le 1er juin 1882, à l'âge de soixante-huit ans.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Pour raisons de force majeure, — l'affaissement d'une partie du sol de l'amphithéâtre, — les conférences de médecine légale à la Morgue sont suspendues, dès ce jour et jusqu'à la fin de l'année scolaire.

— L'Association française contre l'abus du tabac et des boissons alcooliques, dans sa séance annuelle du 19 juin, présidée par M. Frédéric Passy, député, membre de l'Institut, a décerné deux médailles de vermeil à MM. les docteurs Barthélemy et Devillez, auteurs d'une étude sur les femmes de brasserie, « les inviteuses ». L'Association a distribué un certain nombre de médailles d'argent et de bronze pour des travaux contre l'abus du tabac et contre l'abus des alcooliques, adressés par des médecins, des instituteurs, des particuliers, aussi bien que pour de bons exemples donnés par diverses personnes. Le secrétaire général a annoncé que le matin même il avait reçu l'avis de la délivrance d'un don de 5,000 francs, adressé à l'Association par un de ses membres, M. Desrosiers (de Moulins). La séance a été terminée par une partie musicale organisée par M. Gustave Nadaud avec le concours de M. Pagans et de Mlle Berthe Pasquier.

— M. le professeur Baillon fera sa prochaine herborisation publique le dimanche 25 juin 1882, sur les bords de la Marne. Le rendez-vous est au pont de Charenton, à onze henres et demie du matin.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, illustré de figures intercalées dans le texte. — Directeur de la rédaction : le docteur Jaccoud. — Tome XXXII, 1882. 1 vol. in-8° de 800 pages, avec figures dans le texte. — Principaux articles du tome XXXII : *Rougeole*, par d'Espire; *Saignée*, par G. Ballet; *Salicylique* (acide), par Prunier et Ory; *Salivaire* (appar.), par Delorme; *Salivation*, par Letulle ; *Sang*, par Danlos et Vibert; *Sanitaire* (régime), par Proust; *Sarcome*, par Heurtaux; *Scarlatine*, par Picot; *Sciatique* (névralgie), par Homolle; *Scléréme*, par Letulle; *Sclérose*, par Balzer; *Scorbut*, par Rey ; *Scrofule*, par Brissaud; *Scrotum*, par L. Jullien, etc. — Prix: 10 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Manuel d'hygiène industrielle, par M. le docteur Henri Napias. 1 vol. in-8° avec figures. — Prix : 12 francs. — Paris, G. Masson.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 13052.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

L'aphasie et les aphasiques (1).

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE. CLINIQUE. ÉTAT MENTAL.
MÉDECINE LÉGALE.

XI

La question du *mariage* des aphasiques soulève un certain nombre de problèmes intéressants : on doit envisager la situation de ces malades au point de vue de *l'opposition* et de la demande en *non existence* ou en *nullité*.

D'après la législation (article 174) la démence est le seul état pathologique reconnu comme motif valable d'opposition, et celle-ci n'est reçue qu'à la charge par l'opposant de provoquer l'interdiction. Il résulte de ces dispositions de la loi que l'aphasie n'est pas un motif suffisant d'empêchement au mariage si elle ne s'accompagne pas d'une débilité intellectuelle profonde. Le mariage est en effet considéré par le code comme un pur contrat civil, qui est légitimement conclu du moment où les parties contractantes ont donné leur consentement. Peu importe d'ailleurs le mode suivant lequel se fait ce consentement. La loi le reconnaît pour valable aussi bien lorsqu'il est donné par signes, que par la parole : c'est à l'officier de l'état civil ou aux tribunaux, en cas de conflit, à décider si, à défaut du langage articulé, les gestes et la mimique employés par l'aphasique impliquent assez clairement un consentement formel. Le médecin légiste n'a guère à intervenir dans l'espèce; son rôle se borne le plus souvent, en cas de demande en opposition, à décider s'il y a oui ou non démence, et si l'aphasique est suffisamment lucide pour manifester sûrement sa volonté : vous connaissez, j'y ai longuement insisté, les cas divers qui peuvent se présenter. Je n'ai pas à m'y appesantir davantage.

Les demandes en non-existence ou en nullité ne peuvent être légitimement introduites qu'au cas où il est établi qu'il n'y a pas eu de la part des parties contractantes consentement valable, c'est-à-dire consentement libre et réfléchi. Au point de vue médico-légal la question se pose ici à peu près dans les mêmes termes qu'en fait d'opposition, avec cette seule différence que la protestation contre la validité de l'acte n'intervient ici qu'après la perpétration de cet acte. Il s'agira encore d'apprécier si l'époux atteint d'aphasie jouit, ou du moins jouissait, au moment du mariage, d'une somme suffisante d'intelligence pour vouloir en connaissance de cause et se déterminer en toute liberté. Toutefois la solution de la question peut présenter dans ces circonstances des difficultés spéciales, si le médecin n'est consulté que longtemps après le mariage. Il ne lui sera pas toujours aisé, en effet, de reconstituer à distance l'état mental du malade; il n'y arrivera le plus souvent qu'au prix d'une laborieuse et méticuleuse enquête.

L'observation suivante renferme à ce sujet tout un enseignement :

OBS. IV. — *Affaire veuve L..., femme A... — Aphasie; hémiplégie droite; soustraction de 120,000 francs; titres au porteur jetés au feu; second mariage; persistance de l'intelligence et de la volonté.* — Mme veuve L..., âgée de soixante-huit ans, fut frappée, en février 1876, d'une attaque d'apoplexie et atteinte consécutivement d'hémiplégie droite et d'aphasie. Jusque-là, elle avait possédé une intelligence remarquable. Son mari était imprimeur, et, à la mort de ce dernier, elle avait pris elle-même la direction de l'imprimerie et s'était montrée d'une très-grande bienveillance vis-à-vis des ouvriers. Elle avait vécu en fort bonne intelligence avec sa fille. Celle-ci ayant été malheureuse en ménage et s'étant séparée judiciairement, fut obligée de se retirer chez sa mère peu de temps avant l'attaque d'apoplexie qui amena les troubles de la parole. La discorde ne survint entre les deux femmes qu'à l'occasion des titres et valeurs que Mme veuve L... voulait continuer à détenir, malgré son état maladif, et dont sa fille, Mme ***, avait le désir de s'emparer. De là des invectives, des scènes violentes et enfin une tentative de Mme *** pour faire entrer sa mère dans une maison de santé.

Mme veuve L... s'aperçoit un jour que 120,000 francs lui ont été enlevés. Elle s'agite, ouvre la fenêtre, crie : Au voleur! accuse sa fille, puis va à un petit coffret dont elle avait toujours la clef sur elle, prend une liasse de titres au porteur et les lance dans le feu, afin, dit-elle, que sa fille ne puisse pas en profiter. Les papiers furent retirés aux trois quarts consumés; les numéros, heureusement, étaient encore visibles.

C'est pour se soustraire à ces scènes de violence que Mme veuve L... crut devoir chercher une protection efficace et constante dans le mariage avec un vieil ami de sa famille, M. A...

Mme *** forme contre sa mère une demande en interdiction.

(1) Suite. — Voir le numéro du 20 juin 1882.

Voici le procès-verbal de l'interrogatoire judiciaire subi par Mme A..., le 7 décembre 1877 :

D. Comment vous appelez-vous?

R. (Réponse exacte.)

D. Quel âge avez-vous?

R. Bien vieille, mais je ne peux pas vous dire assez. Il y a deux jours que je ne l'ai su.

D. Où êtes-vous née?

R. Je ne peux pas le dire; à Paris, chez moi; je ne peux pas vous faire voir des papiers qui indiquent ma naissance.

D. Où demeurez-vous maintenant?

R. J'ai changé d'appartement; je demeure à côté, sans que je puisse dire le numéro. J'ai été obligée de déménager parce que mon frère était pris.

(L'interrogée prononce, pour nous répondre, une série de paroles qui paraissent absolument incohérentes. Elle parle de l'affection qu'elle a pour sa fille; elle dit encore : Je ne puis pas dire, mais je ne suis pas folle.)

D. Quelle est votre fortune?

R. Je ne peux pas vous le dire. Je peux vous le faire savoir.

D. N'avez-vous pas une maison?

R. Si.

D. Où est-elle?

R. Je ne peux pas vous le dire.

(L'interrogée présente une quittance d'abonnement au gaz au nom de Mme X..., rue Oberkampf.)

D. Vous êtes qualifiée de locataire dans cette pièce. Êtes-vous réellement propriétaire de cette maison?

R. Oui, monsieur.

D. Vous avez un petit-fils. Quel âge a-t-il?

R. Pan! pan! pan! (Elle ajoute des choses inintelligibles. Elle nous présente des photographies représentant des groupes où sont réunis les élèves d'une pension. Elle nous désigne du doigt un de ceux qui y figurent comme étant son petit-fils.)

D. Votre gendre habite-t-il avec votre fille?

R. Non.

D. Au mois de février 1876 n'avez-vous pas brûlé des valeurs?

R. Oui.

D. Pourquoi?

R. (L'interrogée, pour nous répondre, emploie une série de mots très-difficiles à saisir. Nous croyons que la pensée qu'elle veut exprimer est celle-ci : C'est parce que sa fille ne voulait pas lui donner d'argent qu'elle a détruit les valeurs dont il s'agit. Nous montrons des pièces de monnaie et nous lui demandons quelles sommes elles représentent. Elle répond : Je ne peux pas.)

D. Avez-vous à vous plaindre de votre fille?

R. Elle m'a tout volé.

D. A quelle époque avez-vous contracté mariage avec M. A...?

R. Je ne me rappelle plus.

D. Combien y a-t-il de mois?

R. Je n'ai pas regardé.

D. Connaissiez-vous M. A... avant votre mariage?

R. Lui a donné chez lui et moi ensuite j'ai donné.

D. Quels ont été les témoins de votre mariage?

R. Il y en avait sept à peu près.

D. Quelles étaient les personnes qui ont servi de témoins?

R. (Elle compte avec ses doigts.) Un, deux, trois, quatre, cinq.

D. Combien de temps êtes-vous restée veuve?

R. Tout le monde peut donner cela, mais pas moi très-capable.

D. Qu'est-ce qui vous a déterminé à vous remarier avec M. A...?

R. A cause de cette horrible fille qui me disait : Tu seras volée, tu seras folle.

D. Y avait-il des membres de votre famille à votre mariage?

R. Je ne voulais personne pour aller là. (Elle ajoute) : Oh! quelle horrible fille! Je lui ai donné. Tout le monde sait bien que c'est horrible! Je voudrais pouvoir me rappeler!

D. Pourquoi n'avez-vous pas parlé de votre mariage à votre fille?

R. Parce que je ne voulais pas qu'on me dise que j'étais folle.

D. On prétend que vous êtes incapable de conduire votre personne et vos intérêts?

R. Si, si; j'ai l'homme que je veux, que j'aime. Ayez pitié de moi, je veux, je veux le voir. C'est horrible que cette fille. J'aime cet homme. Je ne le veux pas. J'ai un homme, je veux un homme, je veux faire de lui ce que je veux.

D. Vous ne voulez pas qu'un tuteur vous soit nommé?

R. Je veux mon mari. Je n'en veux pas, ce ne sera pas elle! Vous verrez que je ne suis pas folle.

D. N'avez-vous pas été très-malade?

R. C'est à cause d'elle qui m'a tout volé.

D. C'est bien librement que vous vous êtes mariée?

R. Oui, vous pouvez le croire et cette fille c'est elle. (Elle se lève levant le poing avec menace). Si j'ai demandé un homme, il est honnête, ce n'est pas un voleur.

(Il est impossible de traduire le langage de la femme A... En nous répondant, elle accompagne des mots se rapportant à notre question et une foule de paroles absolument incohérentes, de gestes violents, de menaces contre sa fille et de protestations d'affection pour son petit-fils. Lecture est faite du présent procès-verbal.

D. Voulez-vous signer?

R. Non, je ne lirai pas, si je peux je vais vous le donner. (Elle recommence ses invectives contre sa fille. Nous ne croyons pas devoir insister auprès de l'interrogée pour qu'elle signe le présent procès-verbal.)

Des consultations médico-légales contradictoires ayant été versées aux débats, le tribunal, avant faire droit, commit des experts et les chargea de procéder à un examen minutieux, prolongé et très complet de l'état mental de Mme A... de s'entourer de tous les éléments possibles d'appréciation et de faire convoquer par les avoués des parties tels témoins qu'il leur plairait d'entendre. Je fus l'un de ces experts. Après six mois d'observations, nous déposâmes un rapport concluant à la nécessité pour Mme A.. d'une assistance et d'une protection légales.

Les procès se plaidèrent. Mme ***, qui avait soustrait les 120,000 francs et les avait déposés en son nom, fut condamnée à verser intégralement à sa mère les revenus de cette somme. Mme A... fut interdite, mais son mariage fut respecté.

Je dois aborder maintenant une dernière et importante question, qui est fréquemment l'occasion de conflits et de procès, celle de la validité des testaments des aphasiques.

La législation française exige pour qu'un testament soit valable : 1° que le testateur soit *capable;* 2° que l'acte soit *régulier*. La démence chez le disposant, ou un vice de forme dans la disposition entraînent également la nullité du testament.

Examinons successivement les principales éventualités qui peuvent se présenter et les objections qui s'élèvent à propos de la capacité du testateur, et de la régularité de l'acte testamentaire.

« Pour faire une donation entre vifs ou un testament, dit l'article 901 du code civil, il faut être sain d'esprit. » Je n'ai pas besoin de faire ressortir ce que cette disposition a de tutélaire; exiger du testateur qu'il jouisse de la lucidité d'esprit, et puisse exprimer librement ses volontés, c'est le protéger contre les suggestions étrangères et mettre à l'abri d'une violation fâcheuse les intérêts respectables des légitimes héritiers. En vertu de cet article, et d'après la jurisprudence, s'il est prouvé qu'au moment où il a disposé de ses biens un individu, dans l'espèce un aphasique, présentait un affaiblissement intellectuel incompatible avec une volonté réfléchie et une saine appréciation des hommes et

des choses, l'acte émané de lui doit être frappé de nullité.

Nous avons à nous demander, d'après ce qui précède : 1° si l'état intellectuel des aphasiques fait rentrer ces malades oui ou non dans le cas prévu par l'article 901; 2° s'il est des moyens et quels sont ces moyens, d'apprécier après la mort du testateur, et sur l'inspection du testament, le degré de capacité du disposant au moment où il a consenti la disposition.

A la première question, vous le savez déjà, on ne saurait faire une réponse qui soit applicable à tous les cas. J'ai trop insisté sur la variabilité du degré d'intelligence des aphasiques pour que je doive y revenir ici. Il n'est pas douteux qu'à n'envisager que la lucidité d'esprit, beaucoup de ces malades jouissent d'une compréhension suffisante, d'une assez juste appréciation des choses pour qu'on doive les tenir légitimement comme *capables ;* il ne l'est pas moins que les aphasiques du dernier degré, ceux chez lesquels l'affaiblissement cérébral est profond, la démence très-marquée, ne sauraient valablement accomplir un acte de la vie civile aussi important que celui de tester.

Mais la difficulté devient souvent sérieuse lorsqu'il s'agit de décider *post-mortem* de l'état intellectuel du testateur au moment de la confection du testament. On est alors obligé de s'en référer soit aux renseignements recueillis auprès de l'entourage du malade, soit à ceux qui résultent de l'étude attentive du testament lui-même. L'enquête en la matière est toujours chose fort délicate, et il sera souvent bien difficile au médecin légiste de s'orienter au milieu des dépositions quelquefois contradictoires de gens, les uns intéressés, les autres peu capables de renseigner sur les particularités délicates d'un état mental peu commode à apprécier.

L'examen du testament n'a même pas ici la valeur qu'il a d'habitude, lorsqu'il s'agit d'aliénés ou de déments vulgaires. Il ne faut pas perdre de vue en effet que l'incohérence dans le style et dans les mots écrits ne suppose pas fatalement une incohérence correspondante dans les idées de l'aphasique qui en est l'auteur. Certains malades, vous l'avez vu, qui cependant jouissent encore d'un jugement convenable, et sont capables de déterminations réfléchies, ne peuvent assembler correctement les mots, et écrire une phrase logiquement et régulièrement. — En outre la paralysie de la main droite, qui accompagne d'habitude l'aphasie, peut communiquer à l'écriture un aspect tremblé : les lignes sont divergentes, les lettres irrégulières et inégales ; les traits ont quelque chose d'enfantin ; l'écriture en somme a plus d'un des caractères qu'elle revêt chez certains déments paralytiques ; mais ces caractères n'ont plus ici la même importance que chez ces derniers malades ; car ils ne dépendent pas, directement du moins, de la lésion cérébrale et sont le fait de la paralysie. C'est assez dire qu'en dehors des renseignements qui vous seront fournis par une enquête soigneusement conduite, et qui elle-même, je l'ai indiqué, sera trop souvent infructueuse, il vous sera bien difficile de décider après coup et, avec précision, quel était l'état mental de l'aphasique dont le testament est contesté, au moment de la rédaction de cet acte.

En ce qui concerne la régularité des testaments, la question est des plus complexes.

La loi française reconnaît trois sortes de testaments : 1° le testament par *acte public ;* 2° le testament *olographe ;* 3° le testament *mystique* (1).

(1) Legrand du Saulle. *Étude médico-légale sur les testaments contestés pour cause de folie.* — Paris, 1879.

α. Le testament par *acte public* est reçu par un notaire en présence de quatre témoins, ou par deux notaires en présence de deux témoins. *Il doit être dicté par le testateur* au notaire. Il résulte de cette dernière disposition de la loi, que les aphasiques, vu la difficulté qu'ils éprouvent à s'exprimer par la parole, ne pourront tester sous cette forme. « Ceux même, comme le dit M. de Finance, chez lesquels le trouble est moins prononcé, ceux qui, par exemple, ont uniquement perdu la mémoire des substantifs ou prononcent un mot à la place d'un autre, mais qui, en définitive, ont conservé un vocabulaire assez étendu, sont néanmoins incapables de donner à l'expression de leurs dernières volontés la netteté et la précision qu'elles comportent. » Cela est vrai dans la règle.

Toutefois il ne faut pas oublier que le notaire n'est point forcé de rapporter exactement les expressions employées par le testateur. Il est seulement tenu à en donner le sens précis et scrupuleux. On conçoit donc que certains aphasiques chez lesquels les désordres du langage sont assez légers pour qu'il ne puisse y avoir méprise sur la signification de leur pensée puissent à la rigueur dicter leur testament. Mais, quoi qu'il en soit, il s'agit là de cas exceptionnels, et on peut poser en règle que les aphasiques ne peuvent tester par acte public. D'ailleurs cette règle ne s'applique qu'à ceux de ces malades qui ont perdu la parole articulée. La cécité et la surdité verbales, par exemple, n'entraînent évidemment pas à leur suite les mêmes conséquences que l'aphasie ataxique. Mais comme ces troubles sont rarement isolés, et s'accompagnent le plus souvent, pour ne pas dire toujours, d'altérations de la parole, il n'y a pour ainsi dire pas d'exception à la loi que je viens de formuler.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. VERNEUIL.

I. Arthrite suppurée, amputation de la cuisse.—II. Ostéite double du fémur et du tibia, séquestres.

Des deux opérations que nous avons à pratiquer aujourd'hui, l'une est sérieuse, l'autre est peu grave. Toutes deux cependant nécessitent quelques mots avant d'y procéder.

I. Il s'agit dans le premier cas d'un garçon mécanicien qui a mal à la jambe depuis longtemps, et présente sur celle-ci des fistules aboutissant au tibia dont la moitié supérieure est malade.

Un jour un érysipèle s'est déclaré, le mal s'est étendu, a pénétré dans l'articulation du genou, donnant lieu bientôt à une arthrite purulente. Puis il s'est formé un abcès considérable de la cuisse, qui a été ouvert et qui suppure encore.

Aujourd'hui l'affection articulaire donne lieu à des douleurs très-vives, le malade s'affaiblit d'une façon très-notable, il ne mange plus, il s'épuise et demande à grands cris une opération radicale.

Si conservateurs que nous soyons, nous devons craindre cependant de laisser les viscères s'altérer si profondément qu'ils nous ôtent, à un moment donné, toutes chances de réussite dans l'opération à pratiquer. Nous devons craindre ainsi qu'avec le temps, la suppuration continuant et l'épuisement s'accentuant de plus en plus, il ne se fasse quelque stéatose du foie ou qu'il ne survienne plus tard, sous la moindre influence, quelque affection rénale.

C'est pourquoi il nous paraît prudent de nous décider à intervenir assez promptement, tant pour le présent que pour les accidents à venir qui pourraient apparaître.

C'est pourquoi nous allons faire sur ce malade l'amputation de la cuisse, mais en quel point? car il y a une fusée purulente qui remonte depuis l'articulation du genou jusque vers la moitié de cette cuisse.

Si l'on suivait les données anciennes, telles qu'elles étaient autrefois enseignées, on devrait dépasser le niveau des parties molles malades; mais ce principe, dans ses applications, subit aujourd'hui et doit subir en réalité, de temps en temps, des violations et des entorses.

C'est ainsi que Lisfranc, qui était un opérateur de premier ordre et un chirurgien considérable et de grande valeur, quoi qu'il soit aujourd'hui démodé, disait avec juste raison que l'on pouvait, sans crainte, aller prendre ses lambeaux jusque dans les parties traversées par des trajets fistuleux, jusque dans les tissus lardacés, quoiqu'on eût plutôt l'habitude à cette époque de faire l'amputation dans le lieu d'élection supérieure.

Mais ce principe de Lisfranc, bien accepté quand on avait affaire au pied ou à la main, ne le fut pas autant quand il s'agit d'opérer dans la continuité des membres, à cause de l'acharnement avec lequel on voulait obtenir quand même la réunion immédiate.

Dans le cas qui nous occupe particulièrement ici, si nous devions suivre, non les principes émis par Lisfranc, mais les données d'autrefois, c'est-à-dire dépasser les limites du mal et opérer au lieu d'élection supérieure, il nous faudrait pratiquer une amputation sous-trochantérienne, si ce n'est même aller jusqu'à la désarticulation de la hanche. Ce serait sacrifier inutilement une étendue trop considérable du membre.

Je vais donc opérer dans la plaie, désinfecter avec le plus grand soin les parties suppurantes, les gratter, les ruginer et terminer par un pansement antiseptique à ciel ouvert.

Pendant vingt ans, moi-même je me laissai aller à ces niaiseries en amputant plutôt plus haut que plus bas, malgré les dangers plus grands, soit par l'amputation sous-trochantérienne, soit par la désarticulation de la hanche, créant ainsi une plaie chirurgicale où une antiseptie complète est très-difficile à appliquer.

Je vais donc faire partir mon incision de la plaie suppurante pour tailler deux lambeaux latéraux, l'un droit, l'autre gauche. Quant à la section de l'os, je la ferai peut-être un peu au-dessus du niveau de mon incision, mais en tous cas elle ne sera pas au-dessus de la partie moyenne du fémur.

Enfin, pour le pansement, comme je vous le disais tout à l'heure, je ne chercherai pas à obtenir la réunion immédiate, mais je ferai un pansement antiseptique à ciel ouvert.

II. La seconde opération a pour but la recherche de séquestres, chez une jeune fille qui est entrée dans nos salles avec une ostéite double, gonflement fusiforme du fémur droit, et ulcération de la face interne de la jambe gauche laissant apercevoir au fond le tibia.

On eût juré pour cette dernière lésion avoir affaire à une gomme syphilitique; mais il était bien difficile de prononcer le mot de syphilis chez une jeune fille de dix-sept ans, chez laquelle rien ne nous y autorisait, ni antécédents ni état actuel autre que cette ulcération de la jambe.

Cependant, frappé de cet état, et pour en avoir le cœur net, j'ai administré l'iodure de potassium à l'intérieur pendant un certain temps, tandis que je faisais appliquer un emplâtre de Vigo sur la lésion de la jambe gauche. Cette médication n'a eu aucun résultat heureux; elle n'a produit aucune amélioration et les douleurs sont restées les mêmes.

Du côté de la cuisse droite, il s'est formé, depuis son entrée, un nouvel abcès qui s'est ouvert dans un ancien trajet fistuleux, de telle sorte que je reste encore très-incertain sur le diagnostic de la nature de l'affection osseuse de cette jeune fille.

Quoi qu'il en soit, et abstraction faite de la cause, il existe là une ostéite double, dont le début remonte à trois ans environ, c'est-à-dire à l'âge de quatorze ans, entretenue très-probablement du côté du fémur droit, ainsi que du tibia gauche, par des séquestres à la recherche desquels je vais procéder, aussitôt l'opération du précédent malade terminée.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Péan.

Emploi de l'eau oxygénée en chirurgie.

Les recherches de MM. Paul Bert et Regnard sur les effets de l'eau oxygénée ont conduit MM. les docteurs Péan et Baldy à faire, à l'hôpital Saint-Louis, de nombreux essais pour déterminer les avantages que l'on pourrait en tirer en chirurgie. Bien que ces recherches demandent à être poursuivies pour répondre à toutes les questions qui ne peuvent manquer d'être soulevées à cet effet, ils ont pensé qu'ils pouvaient dès maintenant faire connaître les résultats qu'ils ont obtenus.

L'eau oxygénée qui a servi à ces recherches a été préparée par M. Baldy, de telle façon qu'elle fût absolument neutre. Suivant les cas, elle contient de douze à deux fois son volume d'oxygène.

Elle a été tout d'abord appliquée à l'extérieur pour le pansement des grands traumatismes et des ulcérations de diverse nature. Elle a été également donnée à l'intérieur, dans certaines maladies telles que l'anémie, la septicémie, le diabète, la tuberculose, et plus particulièrement chez les opérés tuberculeux.

A l'extérieur, l'eau oxygénée a été appliquée au moyen de compresses de tarlatane, recouvertes de feuilles de baudruche très-minces, pour empêcher son évaporation, et maintenues avec des bandes. Lorsqu'il y avait lieu d'exercer simultanément un certain degré de compression et d'obtenir l'immobilisation, nous mettions au-dessous des bandes une certaine épaisseur d'ouate. Ces applications ont été renouvelées une ou deux fois par jour, selon les indications. En outre, toutes les fois qu'il y avait du décollement nécessitant l'application d'un tube à drainage, des injections d'eau oxygénée ont été faites à chaque pansement par l'orifice de ces tubes, jusqu'à ce que le liquide ressorte clair, tout en moussant.

Les effets ont été jusqu'à ce jour des plus satisfaisants. Il suffit de dire qu'ils ont été favorables, non-seulement pour les petites amputations et les petites résections qui se pratiquent journellement dans un service important comme celui de M. Péan à Saint-Louis, mais même dans les grandes amputations des membres (cuisse, jambe, bras, avant-bras). L'eau oxygénée a été également appliquée à la suite des opérations nécessitées par l'ablation de grandes

tumeurs, aussi bien lorsqu'elles portaient sur les parties molles que sur les parties dures des membres et du tronc, des incisions de trajets fistuleux longs, multiples et profonds, et des graves blessures accidentelles compliquées de grands délabrements. Pendant toute la durée des pansements, l'atmosphère des plaies a été modifiée par des vaporisations d'eau oxygénée.

Sous l'influence de ces applications, les plaies, aussi bien celles qui étaient faites récemment avec le bistouri ou le thermo-cautère, que celles qui étaient déjà anciennes, couvertes de parties sphacélées qui avaient amené un certain degré de lymphangite ou d'érysipèle, n'ont pas tardé à prendre un bon aspect et à se couvrir de bourgeons rosés, qui ont fourni un pus relativement assez abondant, mais crémeux et sans odeur. Il n'y avait d'exceptions, pendant les premiers jours, que pour celles couvertes de parties sphacélées, et même dans ces cas, l'odeur paraissait moindre que dans les pansements faits avec d'autres substances. Nous avons également noté une tendance favorable à la réunion par première intention des plaies d'amputation et une cicatrisation rapide des plaies anciennes et des ulcérations chroniques.

En même temps, chez les malades qui avaient été traités par d'autres moyens et qui étaient menacés d'un peu de septicémie au moment où nous commencions à recourir à ces pansements, nous avions soin d'en faire prendre à l'intérieur.

Les effets nous ont paru des plus satisfaisants, non-seulement au point de vue de l'état local, mais aussi au point de vue de l'état général. La fièvre qui se déclare à la suite des grands traumatismes a été modérée ; le plus souvent, au bout de trois à quatre jours, elle a complètement cédé et nous avons été frappés du peu d'élévation du pouls et de la température.

Tous ces résultats nous ont paru au moins aussi avantageux, sinon plus, que ceux que l'on peut retirer de l'alcool simple ou camphré et de l'acide phénique. A ce point de vue, ne devrait-on pas donner sur ces derniers la préférence à l'eau oxygénée, puisqu'elle n'a pas, comme l'acide phénique, d'effets toxiques ni de mauvaise odeur ?

Dans le même temps que ces recherches étaient faites à Saint-Louis, d'autres malades de la ville, ayant des affections graves de même ordre, ont été traités de la même façon.

En ce qui concerne les ulcérations tuberculeuses, elles ont été heureusement modifiées ; quant aux ulcérations épithéliales ou sarcomateuses, ce mode de pansement n'a pas été suffisamment employé pour qu'on puisse juger de son action définitive. Mais il y a lieu de penser qu'il peut amener quelque modification.

Nous remplaçons maintenant les pulvérisations phéniquées par des pulvérisations d'eau oxygénée pour les grandes opérations, telles que les gastrotomies.

A l'appui de ces considérations, nous citerons quelques exemples choisis parmi les plus importants :

1° Arthrite suppurée du genou droit ; amputation de la cuisse : en voie de guérison ;

2° Tuberculose osseuse du carpe et du métacarpe ; amputation de l'avant-bras droit : guérison ;

3° Plaie de la région externe du coude, lymphangite : guérison ;

4° Ulcère variqueux de la jambe gauche : en voie de guérison ;

5° Ulcérations tuberculeuses de l'anus : amélioration ;

6° Panaris ; nécrose de la troisième phalange de l'index, ablation : guérison ;

7° Sarcome de la jambe gauche, amputation de cuisse : en voie de guérison ;

8° Fistules anales multiples : guérison ;

9° Ostéo-chondrome de la cuisse gauche ; ablation ; lymphangite : guérison ;

10° Lipome diffus de la jambe gauche ; ablation par le morcellement : en voie de guérison ;

Plusieurs malades ou opérés de la ville ont été traités ou pansés également par l'eau oxygénée. Nous citerons particulièrement les cas qui suivent :

11° Énorme tumeur du sein, vaste perte de substance, ablation par le thermo-cautère, ablation des ganglions axillaires, de la plus grande partie des muscles pectoraux ; plaie de 30 centimètres sur 20 ; pansements à l'eau oxygénée : cicatrisation rapide ;

12° Rétrécissement considérable de la vulve et du vagin, compliqué de vaginisme constituant un obstacle absolu aux rapprochements sexuels ; incisions latérales, divulsion ; injections et pansements d'eau oxygénée : résultats des plus satisfaisants ;

13° Phlegmon diffus survenu à la suite d'une piqûre de la main, étendu jusqu'à la partie supérieure du bras ; plusieurs larges incisions ; pansements à l'eau oxygénée : guérison rapide (malade du docteur Baldy) ;

14° Kyste hydatique sous-musculaire de la partie inférieure du bras, ablation, drainage, pansements à l'eau oxygénée ; en voie de guérison ;

15° Corps étrangers des synoviales du dos du poignet, pansement ouaté de Guérin ; suppuration ; emploi de l'eau oxygénée, diminution notable de la suppuration ; en voie de guérison ;

16° Fracture ancienne du condyle interne avec déplacement du fragment en dedans et luxation de la jambe et de la rotule en dehors ; résection du genou ; pansements à l'eau oxygénée ; récemment opérée ;

17° Cystite purulente très-intense datant de plusieurs années ; injections d'eau oxygénée dans la vessie ; amélioration sensible ; diminution notable de la suppuration ; retour de la miction, qui était devenue impossible (malade de M. Balby).

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 24 juin 1882. — Présidence de M. Laborde.

COMMUNICATIONS

Métallothérapie. — **M. RABUTEAU**, à l'occasion des diverses communications faites récemment par M. Burq, s'applique à démontrer que la métallothérapie est loin d'être une chose nouvelle, que la xilothérapie elle-même était connue des anciens, que, sauf pour les phénomènes de transfert, tout ce qui a été dit sur la métalloscopie et la métallothérapie, se trouve dans Alibert ; qu'enfin ce qu'il a lui-même proposé d'appeler le burquisme n'est autre chose que le perkinisme.

M. DUMONTPALLIER fait observer qu'il reste toujours à M. Burq le grand mérite d'avoir découvert ce qu'il a appelé l'idiosyncrasie métallique.

M. RABUTEAU ne reconnaît comme mérite à M. Burq que la ténacité avec laquelle il a appelé l'attention sur des faits anciennement connus.

M. DUMONTPALLIER croit que les faits relatifs à cette question ont été suffisamment étudiés et mis en lumière par la commission de la Société de biologie, composée de MM. Charcot, Luys et Dumontpallier, pour qu'il ne soit pas nécessaire de revenir sur les questions de priorité.

Mort par méningite aiguë dans le delirium tremens. — **M. ALBERT ROBIN** rappelle que l'apparition de la méningite aiguë dans le cours du delirium tremens est un fait tellement rare, qu'il est à peine mentionné par les auteurs. M. Jaccoud en cite un seul exemple. Or M. Robin vient d'en observer trois cas à l'Hôtel-Dieu. Chez ces trois malades, du second au dixième jour d'une attaque de delirium tremens, apparurent tous les symptômes d'une méningite aiguë, méningite dont les caractères anatomiques ont pu être vérifiés à l'autopsie. On peut se demander si, dans ces cas, le délire alcoolique n'a pas été la conséquence de la méningite, au lieu d'en être l'origine ou le point de départ.

La séance est levée.

PROJET D'ORGANISATION

DE LA PROFESSION DE DENTISTE

Dans une de ses dernières séances, l'assemblée des professeurs de la Faculté de médecine de Paris a voté, sur le rapport de M. Léon Le Fort, un projet d'organisation de la profession de dentiste.

Voici le texte de ce document :

ARTICLE PREMIER. — A partir du 1er janvier 18.., nul ne pourra exercer l'art dentaire, ni porter le titre de dentiste, s'il n'est pourvu d'un diplôme français conférant le droit d'exercer la médecine ou du diplôme spécial de dentiste.

Conditions d'études.

ART. 2. — Les aspirants au diplôme spécial de dentiste doivent :

1° Se faire inscrire auprès d'une Faculté ou d'une École de médecine ;

2° Produire, en s'inscrivant, un certificat de grammaire ou un diplôme d'études de l'enseignement secondaire spécial ;

3° Suivre pendant deux années, auprès d'une Faculté ou d'une École de médecine, les cours d'anatomie, de physiologie, de pathologie interne et externe ;

4° Remplir, pendant deux semestres, les fonctions de stagiaire dans un service de chirurgie ;

5° Accomplir deux années de stage, soit chez un dentiste, soit dans une école d'odontologie. Le début du stage, qui ne peut commencer qu'à l'expiration des deux années d'études prescrites par le paragraphe 3, est établi par l'inscription du candidat sur un registre spécial, soit dans une Faculté, soit dans une École de médecine. Tout changement dans le lieu où l'élève fait le stage devra être précédé d'une déclaration auprès de la Faculté ou de l'École et consigné sur le registre d'inscription.

Conditions d'examen.

ART. 3. — Les examens sont subis à la fin des deux années de stage.

ART. 4. — Les épreuves de l'examen sont au nombre de trois :

1° *Une épreuve orale* sur l'anatomie, l'histologie, la physiologie de la bouche et de ses dépendances; sur la pathologie interne et externe, la matière médicale et la thérapeutique au point de vue spécial des maladies de la bouche ;

2° *Une épreuve clinique* sur un malade atteint d'une affection de la bouche et de ses dépendances. Le candidat, après avoir établi de vive voix son diagnostic, devra rédiger, sans pouvoir s'aider de livres, de notes ou de conseils, une composition écrite sur la nature, l'étiologie et le traitement de la maladie qu'il a eu à examiner ;

3° *Une épreuve pratique*, consistant en opérations faites sur le vivant, sur le cadavre ou sur le squelette; extraction, obturation des dents, etc., et, de plus, exécution en loge d'un appareil de prothèse entier ou partiel, avec application de cet appareil. A la suite de cette épreuve, le candidat sera interrogé sur les opérations odontologiques, sur la physique, la chimie, la mécanique et la métallurgie dans leurs applications avec l'art du dentiste.

ART. 5. — Le diplôme spécial ne peut être conféré qu'à des candidats ayant atteint l'âge de vingt-cinq ans.

ART. 6. — Chaque jury d'examen est composé d'un professeur de Faculté, président ; d'un agrégé et d'un dentiste pourvu du diplôme spécial ou de celui de docteur en médecine, nommés chaque année par le ministre de l'instruction publique.

ART. 7. — Les étrangers, quels que soient leurs titres, qui désireront pratiquer en France la profession de dentiste, seront soumis aux conditions exigées des nationaux. Toutefois, le ministre, sur l'examen de leurs titres, et après avis du comité consultatif, pourra les dispenser des formalités de stage et d'inscription établies par l'article 2.

ART. 8. — La liste officielle des dentistes ayant droit de pratique légale en France, sera publiée chaque année par les soins de l'administration supérieure.

Dispositions transitoires. — Les dentistes français pouvant, par des pièces officielles, telles que la patente, établir qu'ils exercent leur profession en France depuis dix ans au moins, sont de droit admis à la pratique légale.

Le droit pourra être conféré par le ministre, après avis du comité consultatif, aux dentistes étrangers, exerçant en France depuis dix ans au moins.

Un délai de cinq années est accordé aux dentistes français et étrangers, exerçant en France depuis moins de dix ans, pour se soumettre aux examens établis par la présente loi. Sur le vu des pièces établissant la nature de leurs études antérieures et la date de leur établissement, ils pourront être dispensés des formalités imposées par l'article 2.

Passé ce délai, le droit d'exercice leur sera retiré s'ils n'ont pas satisfait aux examens établis à l'article 4.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — MM. les élèves qui désirent soutenir leur thèse de doctorat sont désormais priés d'accomplir au préalable les formalités suivantes :

1°. Dépôt, au secrétariat de la Faculté, du manuscrit de la thèse, complété par les questions, et revêtu de la signature du président choisi par le candidat ;

2°. Remise, au secrétariat de la Faculté, de l'engagement de l'imprimeur chargé de l'impression de la thèse. Cet engagement doit contenir : 1° le nom du candidat à la thèse ; 2° la date à laquelle l'imprimeur s'engage à livrer les exemplaires imprimés. Le candidat complétera cet engagement par une note renfermant : 1° le nom du président de la thèse ; 2° l'indication du sujet de la thèse ; 3° le numéro de la quittance à souche constatant le versement du droit de consignation. Le secrétaire de la Faculté fera connaître au candidat le numéro d'ordre de sa thèse.

3°. Avant le tirage définitif de la thèse, envoi, au secrétaire de la Faculté, du premier feuillet imprimé, destiné à recevoir, au recto, le titre de la thèse, et, au verso, la liste des professeurs et agrégés. Ce feuillet serait immédiatement renvoyé à l'imprimeur, s'il y avait lieu de le compléter ou de le modifier.

4°. Quatre jours avant la soutenance, dépôt de 135 *exemplaires* de la thèse à la Faculté.

Les candidats qui n'auraient pas rempli ces conditions seront rayés du tableau des actes.

— MM. les docteurs et les étudiants en médecine qui pourraient avoir dans les services des hôpitaux des embryons humains au-dessous de trois mois, sont instamment priés de les rapporter au laboratoire d'histologie de la Faculté (École pratique,

rue Lhomond, 42). Prière de ne mettre ces embryons dans aucun liquide.

— La première épreuve d'admissibilité du concours pour la nomination à deux places de médecin du Bureau central est terminée. Sont admis à subir la seconde épreuve : MM. les docteurs Ballet, Barth, Béringier, Brault, Brissaud, Buzot, Carrière, Chauffard, Chouppe, de Beurmann, Decaisne, Dreyfous, Hirtz (Edgar), Hirtz (Hippolyte), Jean, Josias, Legendre, Leroux (Charles), Letulle, Lorey, Lucas-Championnière, Martin, Merklen, Oulmont, Renault, Rivet, Talamon et Tapret.

— Samedi 24 juin, à deux heures, a eu lieu la distribution solennelle des prix aux élèves sages-femmes de l'École d'accouchement de la Maternité, sous la présidence de M. Ch. Quentin, directeur de l'Assistance publique. Les prix ont été décernés dans l'ordre suivant :

Théorie et pratique des accouchements : 1er prix, Mlle Coroenne, pensionnaire du département du Nord; 2e prix, Mlle Bonnefond, élève à ses frais; 3e prix, Mlle Noguès, élève à ses frais; 4e prix, Mlle Bouton, pensionnaire du département de la Seine; 5e prix, Mlle Villette, pensionnaire du département de l'Allier; 1er accessit, Mlle Lechartier, pensionnaire du département de l'Eure; 2e accessit, Mlle Bouvier, pensionnaire du département de la Seine; 3e accessit, Mlle Dumonceau, pensionnaire du département de la Nièvre; 4e accessit, Mlle Delzers, pensionnaire du département de Tarn-et-Garonne.

Clinique, vigilance clinique : 1er prix, partagé entre Mlles Noguès et Roth; 2e prix, partagé entre Mlles Morel et Coroenne; 3e prix, partagé entre Mlles Bonnefond et Lechartier.

Observations cliniques : 1er prix, Mlle Delzers; 2e prix, Mlle Haller; 3e prix, Mlle Debay.

Vaccine : Prix, Mlle Noguès.

Botanique : Prix, Mlle Espacieux.

Des mentions honorables ont en outre été décernées.

La réouverture des cours aura lieu au mois d'octobre prochain.

— Les médecins du onzième arrondissement de Paris sont appelés à procéder à l'élection d'un médecin du Bureau de bienfaisance, le jeudi 6 juillet 1882, en la salle de la mairie. Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à quatre heures du soir.

Les médecins du dix-huitième arrondissement de Paris sont également appelés à élire un médecin du Bureau de bienfaisance, le dimanche 2 juillet prochain, en la salle de leur mairie, de midi à quatre heures du soir.

— La Société de médecine de Toulouse vient de mettre au concours, pour l'année 1884, la question suivante : « Étude comparative des trois vaccins; auquel fau-t-il donner la préférence ? » Le prix sera d'une valeur de trois cents francs. Les mémoires devront être adressés au secrétaire général de la Société avant le premier janvier 1884.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 13062.

43

Eaux minérales de Vals.

Acidules, Gazeuzes, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre.	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude...	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse.	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux :* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie ; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

25

Pastilles Géraudel

agissant par inhalation et par absorption contre toutes maladies des voies respiratoires.

Seules PASTILLES DE GOUDRON *récompensées par jury international, exposit. univers.* 1878, *Paris.* — Expérimentées, par décision ministérielle, sur l'avis du Conseil de santé.

Détail : dans toutes phies ; Gros : Géraudel, pharmacien de 1re cl., à Ste-Ménehould (Marne).

1

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.

Orezza, EAU MINÉRALE FERRUGINEUSE ACIDULE

la plus riche en fer et acide carbonique.

Cette **eau** n'a pas de rivale pour la guérison des GASTRALGIES, FIÈVRES, CHLOROSE, ANÉMIE,

et toutes les maladies provenant de L'APPAUVRISSEMENT DU SANG.

89

VIANDE, FER ET QUINA.

Vin ferrugineux Aroud

AU QUINA

et aux principes nutritifs solubles de la Viande

Ce MEDICAMENT-ALIMENT, à la portée des organes affaiblis, est digéré et assimilé par les malades qui rejettent les préparations ferrugineuses les plus estimées. Très-agréable à la vue et au palais, il enrichit le sang de tous les matériaux de réparations. — Prix : 5 francs.

Se vend chez J. Ferré, pharm., 102, *r. Richelieu*, successeur de Aroud, Paris, *et toutes pharm. de France et de l'étranger.*

71

CACHEXIE, RACHITISME, CONSOMPTION.

Peptone **phosphatée** Bayard

VIN : moitié de son poids de viande et 0gr,20 de *chlorhydrophosphate de chaux* par cuillerée.

94

Médaille d'or de la Société de pharmacie de Paris.

Ergotine. Dragées d'ergotine de BONJEAN.

La solution d'*Ergotine* est, d'après les plus illustres médecins, un des meilleurs hémostatiques (Ergotine, 10 gr.; eau, 100 gr.) ; pour injection hypodermique l'addition de 20 centigr. acide salicylique assure la conservation de cette solutiou. — Les DRAGÉES D'ERGOTINE BONJEAN sont employées avec le plus grand succès pour *faciliter le travail de l'accouchement,* arrêter les *hémorrhagies* de toute nature (crachements, pertes de sang, etc.), contre les *dysenteries* et *diarrhées chroniques,* et enfin pour combattre la *phthisie pulmonaire* et enrayer sa marche.

Dépôt général : LABÉLONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

134

Contrexéville (SOURCE DU PAVILLON).

Contre la gravelle, la goutte et les maladies des voies urinaires.

ÉTABLISSEMENT OUVERT DU 15 MAI AU 15 SEPTEMBRE.

Dépôt Central : 29, rue de la Michodière, maison Adam (Paris), où l'on trouve toutes les eaux minérales, et spécialement celles étrangères.

54

Le phosphate monocalcique CRISTALLISÉ DE BARBARIN

C'est le phosphate de chaux à son maximum de puissance et de pureté.

Le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.

Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. p. 30.
Vin id, id. à 1 — 60.

Paris, 163, r. de Belleville, et bonnes pharmies.

38

Coton iodé préparé par J. THOMAS

pharmacien de 1re classe.

Le Coton iodé est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique, dont on peut graduer les effets à volonté On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hôpitaux de Paris : le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc., ont été guéris, sans lésions de la peau, en un court espace de temps.

48, avenue d'Italie, Paris, et toutes les pharm.

105

FIÈVRES, ANEMIE, CHLOROSE

MALADIES NERVEUSES

Vin de Bellini (*Vin de Palerme au Quinquina et Colombo*)

tonique, fortifiant, fébrifuge, contre les affections scrofuleuses et scorbutiques, les fièvres, les névroses, l'anémie, la chlorose, les diarrhées chroniques.

Adh. DETHAN, ph., r. Strasbourg, 10, Paris, et toutes pharmacies de France et de l'étranger. Bellini

50

Institut orthopédique

28, rue Lauriston. Traitement des difformités de la taille, gibbosités, pieds-bots, fausses ankyloses du genou, torticolis, coxalgies. — Médecin en chef : E. Duval, seul élève de son père, le docteur V. Duval, directeur pendant plus de quarante ans des traitements orthopédiques dans les hôpitaux de Paris. — Jardin, gymnase.

57

Farine LACTÉE Nestlé

Dont la base est le bon lait. 3 *Diplômes d'honneur* et 5 *Médailles d'or*. — 10 ans de succès. C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel et facilite le sevrage; avec lui, pas de diarrhée, pas de vomissements, la digestion en est facile et complète. Exiger la signature Henri NESTLÉ. — Gros : Christen frères, 16, rue du Parc-Royal. — Détail : Pharmacie Christen, 31, rue du Caire, Paris, et tous les pharmaciens.

41

Rhumatismes. Guérison par la

Flanelle et la Ouate végétale du Pin sylvestre. REYNAUD, chemisier, rue de la Paix, 22, Paris.

22

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP de HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : cinq francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

23

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire ; apaise les douleurs des reins et de la vessie ; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : deux francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou, et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

7

Les Dragées Carbonel

AU PERCHLORURE DE FER PUR.

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant quatre gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : quatre francs.

Dépôt : à Avignon, pharmacie Carbonel ; à Paris, maison Hugot.

15

EAU SULFURÉE, SODIQUE ET CALCIQUE.

Eaux-Bonnes (*Basses-Pyrénées*).

SAISON DU 15 MAI AU 15 OCTOBRE

Affections chroniques de la gorge, du larynx et des bronches; asthme, pleurésies chroniques. — Prévient la *phthisie pulmonaire* et peut souvent en arrêter les progrès. — Attendu sa *double sulfuration*, privilège qui lui est exclusif, cette eau se distingue, entre toutes, par la *profondeur* et la *durée* de ses effets curatifs.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

36

Vin de Baudon antimonio-phosphaté.

TONIQUE, RECONSTITUANT,

Bien supérieur à l'huile de foie de morue.

Affaiblissement général, anémie, lymphatisme, scrofule, rachitisme, affections catarrhales, phthisie et suppurations prolongées.

Utile pendant la grossesse et l'allaitement.

Ph. Baudon, 11, r. des Francs-Bourgeois, Paris.

81

Arséniate Diastasé du Dr V. BAUD.

Sous forme de granules soigneusement dosés, l'arséniate de soude combiné à la diastase par la germination des graines de cresson, est recommandé contre les *névroses, rachitisme, atonie*, etc. — Paris, 22, 20 et 19 rue Drouot. Dr V. Baud

127

LA PLUS PURGATIVE DES EAUX MINÉRALES.

Pullna

(Bohême). GRANDS PRIX : Philadelphie 1876, Paris 1878, Sidney 1879, Melbourne 1880, Londres 1881. — A. Ulbrich.

60

Podophyllin Delpech

contre la constipation habituelle.

Les PILULES DE PODOPHYLLIN-DELPECH sont prescrites par les médecins pour guérir cette affection pénible et tenace. — La boîte : 2 francs. — Pharmacie, 23, rue du Bac, Paris.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Le traitement de la rage n'est pas encore trouvé. M. Dujardin-Beaumetz a rendu compte des expériences, assez nombreuses, qui ont été faites l'année dernière relativement à divers remèdes, la pilocarpine, le hoang-nan, la fausse angusture, la valdivine, la coedrine, etc. Toutes ces tentatives ont été vaines. En ce qui touche la pilocarpine, elle a été employée six fois, et dans tous les cas il y a eu plutôt une aggravation des symptômes. Dans la précédente séance, M. Bouley avait écarté, comme insuffisamment exposée, l'observation de M. Dartigues (de Pujols). Le fait de M. Denis-Dumont reste donc isolé, si tant est que ce soit bien un cas de rage réelle, et non simplement d'hydrophobie par imagination frappée. Comme l'a montré M. Bouley dans son remarquable rapport, en l'absence de preuve expérimentale, une négation absolue serait presque aussi téméraire qu'une affirmation décidée.

Il est souvent bien difficile de faire la distinction entre la rage vraie due à l'absorption du virus rabique et les symptômes d'hydrophobie causés par la peur d'être enragé. Par exemple, était-ce bien de rage qu'il s'agissait chez une femme dont nous avons déjà parlé dans la *Gazette des hôpitaux,* et qui mourut à l'Hôtel-Dieu en se croyant enragée et en paraissant telle ?

Il y avait déjà plusieurs mois que cette femme, marchande des quatre saisons, avait été mordue par un chien en passant près de Notre-Dame, et s'était fait cautériser à l'Hôtel-Dieu. Depuis lors, elle s'était parfaitement portée jusqu'au moment où, en poussant sa voiture devant l'Hôtel-Dieu, elle fut reconnue par un élève en médecine qui l'interpella en lui disant : « Tiens, vous n'êtes pas encore morte, vous ! mais le chien qui vous a mordue était parfaitement enragé : on l'a reconnu à Alfort. » A l'instant même, la pauvre femme avait été prise d'un spasme pharyngien extrêmement violent. Reçue d'urgence à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Bucquoy, elle y fut traitée inutilement par le bromure de potassium, et mourut soit de rage vraie, soit au moins de rage apparente.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Gosselin.

Fracture des deux os de l'avant-bras.

En me voyant placer, avec certains soins particuliers, un appareil de fracture chez le jeune garçon de dix-sept ans qui est couché au lit n° 15 de la salle Sainte-Vierge, pour une fracture des deux os de l'avant-bras, peut-être plusieurs d'entre vous m'auront-ils trouvé bien méticuleux. Eh bien, en pareils cas, on ne l'est jamais trop, surtout lorsqu'il s'agit d'un jeune adolescent et d'une fracture de la diaphyse de ces deux os, car on côtoye plusieurs accidents et complications sérieuses, et fort désagréables aussi pour le malade et pour le médecin.

Le premier de ces accidents est la gangrène du membre, et l'on a surtout lieu de la redouter pendant les premiers jours qui suivent la pose de l'appareil. Si le fait se rencontre assez rarement dans les hôpitaux, c'est d'abord parce que l'on sait mieux les dangers d'une compression un peu forte, et parce que les malades sont constamment surveillés par les élèves du service, tandis qu'en dehors des hôpitaux ces dangers sont moins présents à l'esprit. Par la compression on arrête ou l'on entrave la circulation du sang dans le membre blessé, et si l'on ne va pas jusqu'à la gangrène, on arrive facilement aux phlyctènes, à des douleurs vives, et parfois aussi à des eschares, surtout si l'on s'est empressé de poser un appareil de fracture dès le premier jour, ce dont il faut bien se garder.

En effet, en appliquant un appareil peu de temps après l'accident qui a déterminé la fracture, ou l'on serre trop et l'on arrête aussitôt toute circulation sanguine dans le membre, ou l'on n'a pas serré exagérément l'avant-bras, mais le gonflement consécutif au traumatisme entraîne par lui-même un certain degré de constriction. Aussi, je le répète, j'ai pour principe de ne pas mettre d'appareil uni-circulaire pendant les deux ou trois premiers jours qui suivent l'accident. Dans la pratique hospitalière cette manière de faire est facile à obtenir, mais en ville elle soulève de nombreuses objections de la part de la famille, de l'entourage du blessé, qui ne comprennent pas que l'on puisse se contenter pendant les premiers jours de simples cataplasmes maintenus par des bandelettes que l'on peut relâcher ou serrer à volonté, suivant l'état du membre. En ville on veut l'application d'une bande, mais, je le répète encore afin que la chose soit bien gravée dans votre esprit, une bande même non serrée peut être dangereuse, surtout s'il ne vous est

pas possible de surveiller votre malade et de le revoir matin et soir pendant les premiers jours, afin de parer au gonflement qui se sera produit dans l'intervalle de deux visites.

Je suppose maintenant que les premiers jours se sont passés sans bande, et qu'aucun accident n'est survenu; nous en sommes arrivés au quatrième ou au cinquième jour, c'est-à-dire à une période où l'inflammation est tombée. C'est alors que vous faites la réduction et que vous appliquez votre appareil, en ayant soin de viser un résultat auquel, dans la fracture qui nous occupe, on ne pense pas toujours suffisamment, c'est-à-dire d'obtenir, non pas seulement une bonne consolidation, mais une consolidation séparée des deux os de l'avant-bras, en évitant que les quatre fragments osseux ne soient à un moment donné soudés ensemble par un cal commun.

Il faut donc faire la réduction de la fracture de façon à interposer la masse musculaire profonde entre les deux os en les repoussant dans l'espace interosseux. Cela n'est pas toujours facile à obtenir, nous devons le reconnaître, notamment dans les cas où l'on ne peut pas apprécier le déplacement des fragments, lesquels peuvent rester ainsi en contact les uns avec les autres.

Il faut ensuite maintenir convenablement la réduction et les muscles refoulés, soit comme dans les hôpitaux au moyen de compresses graduées, soit, ce que je préfère, avec de la ouate et des compresses longuettes, qui comprimeront les chairs dans l'axe du membre. On place ensuite ses attelles et l'on maintient le tout avec des bandelettes de diachylon, de telle sorte qu'une partie de l'avant-bras reste à découvert. On peut ainsi surveiller beaucoup mieux le membre blessé qu'avec une bande roulée ; on peut s'apercevoir des moindres effets d'une constriction un peu forte, et y remédier avant que phlyctènes ou autres aient pu se produire. C'est là du reste le mode de faire généralement adopté aujourd'hui et depuis un certain nombre d'années déjà.

Mais il est encore un autre accident consécutif possible dans les fractures des deux os de l'avant-bras, c'est la non-consolidation. Le fait est rare, très-rare même, il est vrai, mais il est tellement désagréable, qu'il suffit de savoir qu'il peut se produire pour que je doive aussi vous en dire quelques mots dans cette leçon.

Cet accident est plus fréquent chez les jeunes sujets que chez les individus adultes ; il l'est aussi davantage chez les jeunes filles que chez les garçons, sans que nous puissions nous en expliquer la raison. Toujours est-il qu'il peut se produire. Aussi est-il nécessaire que l'appareil soit mis de façon à empêcher les fragments de chacun des deux os de se mouvoir l'un sur l'autre. Pour ce faire, on choisit des attelles suffisamment longues pour dépasser en bas l'articulation radio-carpienne et l'immobiliser. Je parle toujours, bien entendu, des *fractures du corps* des deux os de l'avant-bras, et non pas des *fractures de l'extrémité inférieure*, où il n'est nullement nécessaire d'immobiliser l'articulation radio-carpienne pour obtenir une bonne consolidation. En effet, dans ces dernières, en raison même du siége de la fracture au niveau de la partie spongieuse des os, la consolidation se fait beaucoup plus vite que lorsque la fracture siége dans la diaphyse. C'est là du reste un principe général que la consolidation est beaucoup plus rapide au niveau du tissu spongieux que dans la diaphyse des os ; peut-être pourrait-on en excepter l'extrémité supérieure du tibia, comme un jeune agrégé de Bordeaux l'a avancé dans sa thèse, mais le fait n'est pas encore bien certain.

Il faut donc, dans les fractures du corps des deux os de l'avant-bras, immobiliser l'articulation radio-carpienne ; il faut maintenir la contention des fragments et leur éloignement les uns des autres, pour chacun de ces os, pendant toute la durée de la consolidation, c'est-à-dire pendant trente-cinq à quarante jours.

Or, d'une part les appareils se relâchent toujours un peu, de l'autre la graisse du membre diminue et ses muscles s'amoindrissent quelque peu aussi par l'absence des mouvements ; c'est pourquoi je tiens tant à ce que l'appareil que j'ai placé soit un appareil amovible que je puisse serrer à volonté, quand il me paraît trop lâche. Cet appareil à jour n'est point de moi ; il appartient à Malgaigne ; il est très-commode et remplit parfaitement le but que l'on se propose. J'éloigne donc pour ces fractures de l'avant-bras tout appareil enveloppant le membre, et surtout tout appareil inamovible.

Enfin, je dois encore vous signaler un inconvénient inhérent à ce genre de fractures chez les jeunes garçons principalement, je veux parler des fractures itératives. Elles ne sont point rares. C'est ainsi qu'au bout de vingt-cinq jours, s'il n'y a plus de mobilité des fragments par suite de la formation du cal périphérique, par contre le cal interosseux n'existe pas encore. Aussi les jeunes gens ne souffrant pas de leur membre, et trouvant le temps long, on se relâche un peu des précautions recommandées les premiers jours ; on tend à reprendre ses jeux et, à la moindre chute, — chute d'autant plus facile que l'on n'a pas encore l'usage complet de son membre, — on se casse de nouveau l'avant-bras.

C'est en raison même d'un pareil accident, toujours à redouter, que je trouve utile de laisser l'appareil en place pendant trente-cinq jours au moins, ce qui du reste n'a point d'inconvénient et ne nous donne nulle crainte, à cet âge, d'une raideur articulaire consécutive.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Jules Simon.

De la diphthérie. Indications et contre-indications de la trachéotomie ; procédés en un ou plusieurs temps, opération, soins consécutifs.

Dans la dernière leçon, je vous ai fait connaître le traitement médical de la diphthérie; aujourd'hui je dois vous parler des moyens chirurgicaux auxquels on est forcé de recourir si les progrès de la maladie n'ont pu être enrayés.

Le timbre de la voix diminue, celle-ci s'éteint, le larynx est pris, la toux devient rauque, on entend un sifflement laryngé, puis arrive le tirage, c'est-à-dire l'indication de la trachéotomie.

On dit qu'il y a tirage lorsque la respiration s'accompagne d'un sifflement intense et que l'on voit le creux sus et sous-sternal s'accuser fortement. C'est alors que devant les parents de l'enfant le médecin aura une certaine attitude à prendre, un langage à tenir pour leur faire bien comprendre la nécessité absolue d'une intervention chirurgicale. Le plus souvent la famille s'y refusera, discutant avec vous s'il n'existe aucun autre moyen thérapeutique, et perdant souvent un temps précieux, pour quelques heures plus tard arriver, tout affolée, vous demander de procéder à la tra-

chéotomie. Au contraire, les parents se résignent-ils à l'opération? redoublez de soins si possible, multipliez vos visites à l'enfant, afin de bien saisir l'instant voulu pour intervenir chirurgicalement, non dans le but d'extraire les fausses membranes du larynx, comme Home l'avait dit autrefois, mais bien de faciliter la respiration, l'hématose, ainsi que Bretonneau et Trousseau l'avaient parfaitement compris.

Étudions donc maintenant les indications et les contre-indications de la trachéotomie en commençant par ces dernières.

Les contre-indications de la trachéotomie sont : la diphthérie généralisée, l'absence de suffocation même alors que la diphthérie n'est pas généralisée. Le plus souvent le croup des adultes est un croup secondaire qui succède à une autre maladie, telle par exemple que la rougeole, la scarlatine. Là encore, pas d'opération. La broncho-pneumonie et la pneumonie sont également des contre-indications. Cependant on cite quelques succès, même dans des cas où la trachéotomie était réellement contre-indiquée; de là, en raison même de ces exceptions, vous êtes encore en droit d'agir, pour peu que la main vous soit forcée par la famille, voulant qu'à tout prix l'on tente encore, malgré l'évidence d'une mort à peu près certaine, de sauver l'enfant.

Quant aux indications de la trachéotomie, ce sont : 1° le tirage; 2° le croup suffocant. Comme moment à choisir pour opérer, on attendait autrefois que l'asphyxie fût survenue, que la face fût violacée, décomposée, c'est-à-dire la première étape de la mort. Aujourd'hui l'on temporise moins, et dès que l'on voit apparaître les premiers symptômes de l'asphyxie, il faut opérer. Je pourrais vous citer de nombreux exemples des avantages que l'on retire d'une opération faite en temps opportun.

Les chances de guérison par la trachéotomie sont les suivantes : s'il s'agit d'un enfant âgé de moins de dix-huit mois et même de deux ans, la guérison est des plus rares; cependant j'ai relevé dans les statistiques publiées sur cette opération des succès à dix-huit mois, à dix-sept, à seize et même à treize mois; mais ce sont de telles exceptions que votre devoir est de prévenir la famille du peu de chances que vous donne l'âge de l'enfant. Vous réussissez aussi plus fréquemment en opérant à la fin de la seconde période ou au commencement de la troisième. La santé antérieure de l'enfant est encore un élément de pronostic, car si vous avez affaire à quelque enfant cacochyme, anémié, etc., sa résistance sera d'autant diminuée. Le milieu social et les soins consécutifs ont aussi une très-grande importance. C'est ainsi que Trousseau n'eut que des insuccès, tant qu'il ne put parvenir à instituer ces soins comme il l'entendait.

Le traitement médical antérieur à la période d'asphyxie a aussi son influence; c'est ainsi que l'emploi des vomitifs, des opiacés, que j'ai combattu aussi vivement que possible dans ma dernière conférence, vous mettra dans les plus mauvaises conditions. Les maladies antérieures et l'état épidémique modifieront encore les chances de succès. Un enfant atteint du croup pour la seconde fois peut être opéré de nouveau avec succès.

La proportion des guérisons par la trachéotomie est, en prenant des chiffres considérables, de 1 sur 4 ou 5; mais vous devez savoir que l'on rencontre parfois aussi bien des séries de 20 morts de suite que des séries de 15 ou 20 guérisons successives.

Si nous passons maintenant aux préparatifs de l'opération et au mode opératoire, nous vous dirons que dans cet hôpital il existe deux enseignements : celui de M. de Saint-Germain, suivi par un certain nombre de mes confrères, et celui que d'autres médecins et moi nous avons adopté.

Celui de M. de Saint-Germain consiste à opérer d'un seul coup; il considère la trachée, distendue par un air à peu près sans issue, comme la poche d'un abcès, et il l'ouvre de la même façon. J'ajouterai qu'il y a dans sa main, par l'expérience acquise, une sûreté qui ne serait pas dans la nôtre. Toutefois je dirai que la trachée distendue n'offre pas la résistance des abcès, où vous pouvez entrer généralement à pleine lame, sauf quelques cas où leur siége nécessite des précautions particulières. Ensuite, il vous recommande absolument d'avoir toujours à votre disposition des instruments fraîchement aiguisés, ce qui, en province, dans les campagnes, ne vous sera pas toujours possible, à moins de posséder un arsenal chirurgical assez considérable. En effet, si le fil de l'instrument n'est pas parfait, celui-ci sera susceptible de rencontrer quelque résistance sur la trachée, et les efforts pour la vaincre peuvent vous conduire, quand il finit par pénétrer, à perforer la paroi postérieure de la trachée et à entrer dans l'œsophage; accident fatalement mortel.

Et, du reste, pourquoi cette précipitation à pénétrer d'un seul coup? Si l'asphyxie est des plus avancées, seront-ce quelques secondes de plus qui aggraveront la situation? Certainement non, et pour moi je préfère opérer *ad libitum* et au doigt.

Mais avant d'en arriver à vous dire comment je procède, je dois vous faire connaître, en quelques mots, les préparatifs de l'opération, quelle que soit la manière dont on la pratiquera.

Vous ferez préparer une table suffisamment longue et large pour coucher l'enfant, et vous la ferez recouvrir d'un matelas résistant. Au niveau de la tête, et pour le placer sous la région cervicale postérieure, vous prendrez un rouleau en bois, une bûche ou, à leur défaut, un litre que vous mettrez au centre d'un oreiller que vous roulerez autour de lui. Vous ferez éclairer la pièce *à giorno*, tout en ayant soin d'avoir, en plus, une lumière mobile à votre disposition. Enfin vous choisirez quatre aides sur lesquels vous puissiez compter : un pour chaque main, un pour les deux jambes et le quatrième pour la tête.

Vous préparerez ensuite tout l'arsenal nécessaire, c'est-à-dire un bistouri droit et un bistouri boutonné, deux canules armées, un dilatateur ordinaire à deux branches, une pince à saisir les fausses membranes, une sonde en caoutchouc ou en argent, des pinces hémostatiques, un instrument à insuffler, des éponges, de l'amadou, du perchlorure de fer, etc., comme pour toute opération chirurgicale.

Tout étant prêt, et l'enfant disposé convenablement, vous maintenez la trachée de la main gauche après avoir bien délimité le cartilage cricoïde, tandis que de la droite vous faites, d'un premier coup, une incision de 2 centimètres comprenant la peau et le tissu cellulaire sous-cutané; d'un second coup, vous incisez les tissus sous-jacents jusqu'à la trachée; puis, un doigt étant placé au fond de la plaie, vous en suivez l'ongle, et plongeant la pointe du bistouri dans la trachée, vous faites une incision de 1 centimètre et demi au plus. Ceci fait, le doigt obturera aussitôt l'ouverture, tandis que vous saisirez le dilatateur pour l'introduire dans le tube aérien, et vous ferez asseoir l'enfant afin d'éviter la pénétration du sang dans les voies aériennes.

Ainsi donc : premier temps, choix du lieu d'élection;

deuxième temps, incision de la peau et du tissu cellulaire; troisième temps, incision des tissus sous-jacents jusqu'à la trachée; quatrième temps, incision de la trachée.

L'opération ainsi pratiquée n'est ni longue ni précipitée.

Arrive ensuite le moment du passage du dilatateur près de la canule, passage quelquefois difficile, soit que l'enfant se livre à des contorsions, soit que dans un faux mouvement vous pratiquiez une fausse route en introduisant l'une des branches du dilatateur dans le tissu cellulaire voisin. C'est là où la lumière mobile, dont je vous ai parlé dans les préparatifs, intervient utilement en vous permettant de reconnaître aussitôt votre erreur. Vous remettez alors le doigt en position sur l'ouverture trachéale et, convenablement éclairé, vous pénétrez enfin dans le tube aérien.

Une autre chance d'erreur ou de difficulté est celle qui consiste à dilater exagérément la trachée, ce qui la réduit alors à l'état d'une sorte de ruban creux dans lequel la canule ne peut pénétrer.

Il faut donc en modérer la dilatation et glisser doucement la canule entre les branches du dilatateur, sans chercher à lui imprimer de mouvement de renversement, mais, par un petit tour de maître, lui donner une impulsion lente et modérée.

Dès que la canule est bien placée, vous administrez à votre petit opéré quelque bon cordial, café, bouillon, pour vous assurer tout d'abord de l'intégrité de la paroi postérieure de la trachée et de l'œsophage. La canule est ensuite attachée avec des rubans serrant sans exagération.

Parmi les complications qui peuvent survenir aussitôt après l'opération, nous devons citer l'état de mort apparente, contre lequel vous réagirez promptement par la respiration artificielle, par la flagellation, par l'excitation de la peau au moyen de sinapismes ou d'eau chaude, tous moyens qu'il faut savoir prolonger parfois pendant une heure et même une heure et demie avant d'obtenir un résultat favorable.

Quant à l'état de mort réelle pouvant survenir pendant ou aussitôt après l'opération, il peut être dû à la perforation de l'œsophage, à une hémorrhagie dans l'arbre aérien, à une syncope, enfin à ce que le malade a été opéré au dernier moment, la mort arrivant alors par le fait même du progrès du mal.

Les hémorrhagies peuvent encore avoir lieu après l'opération; c'est pourquoi je vous ai recommandé une petite incision de la trachée, c'est pourquoi aussi je vous ai engagé à avoir sous la main deux canules de grosseur différente, afin de placer dans la trachée, en cas d'hémorrhagie, la plus volumineuse; après quoi l'on calfeutre avec soin les parties latérales du pavillon de ladite canule avec de l'amadou trempé dans du perchlorure de fer.

Si le sang ne s'arrête pas, vous badigeonnerez alors les surfaces avec le même perchlorure de fer et vous remettrez l'amadou par tamponnement.

Un autre accident encore à redouter, c'est un emphysème consécutif par le passage de l'air sur les parties latérales de la canule. Cet emphysème reste généralement localisé, il est peu grave; cependant s'il persiste, s'il s'étend au médiastin notamment, c'est la mort.

Mais de tous les accidents, celui que je redoute le plus, comme le plus grave, c'est la perforation de l'œsophage; c'est pour cela même que je rejette le procédé de M. de Saint-Germain.

Enfin l'opération complètement terminée, l'enfant sera lavé, changé et transporté dans une chambre, dont la température sera maintenue constamment à 16° ou 17°, où l'on entretiendra dans l'air des vapeurs phéniquées. Pendant les deux heures environ qui suivront l'opération, l'enfant sera tenu en éveil, autrement il pourrait s'endormir pour ne plus se réveiller. Aussi le choix de la personne chargée de garder l'enfant est-il beaucoup plus important qu'on ne le pense généralement dans les familles. Il faut que celle-ci sache remettre et ôter facilement la canule, qu'elle sache très-bien faire manœuvrer le pavillon, etc.

Enfin vous soutiendrez les forces de l'enfant par les alcooliques, le rhum, l'eau-de-vie, le champagne, le café, le bouillon, en un mot par tous les toniques que vous aurez à votre disposition.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 juin 1882. — Présidence de M. Gavarret.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend : 1° des lettres de MM. Bouchard et Cadet de Gassicourt, qui se portent candidats à la place vacante dans la section de pathologie médicale; 2° un pli cacheté adressé par M. le docteur Girault, d'Onzain (Loir-et-Cher), accepté; 3° un mémoire manuscrit intitulé : *Propriétés hygiéniques de quelques conserves alimentaires*, par M. Husson (de Toul).

PRÉSENTATION

M. Jules Guérin. J'ai l'honneur d'offrir à l'Académie la quatrième et dernière partie de mes recherches sur les *difformités congénitales chez les monstres, le fœtus et l'enfant.* Les trois premières parties de cet ouvrage sont consacrées aux difformités chez les monstres. La livraison que je présente aujourd'hui a exclusivement trait aux difformités congénitales chez le fœtus et l'enfant.

Maintenant que l'ouvrage est complet, je demande à l'Académie la permission de lui rappeler brièvement le but que je me suis proposé, les moyens que j'ai employés et les résultats auxquels je crois être arrivé.

Mon but a été de démontrer que les monstres et les difformités qui les accompagnent ne constituent qu'un seul et même tout résultant d'une affection destructive et convulsive des centres nerveux ou des nerfs; affection se résolvant dans trois ordres d'altérations : la *destruction*, l'*arrêt du développement* et la *malformation* des parties en voie d'évolution; à ces trois ordres d'effets correspondent :

La *monstruosité proprement dite;*
Les *vices de conformation;*
Les *difformités;*

qui sont les expressions collectives ou isolées de la maladie, considérée suivant ses différents modes, sièges et degrés.

Pour bien comprendre le mécanisme suivant lequel ces trois ordres d'effets se réalisent, il y avait à tenir compte d'un facteur principal négligé jusqu'ici, l'*élément convulsif*, c'est-à-dire la *rétraction musculaire.*

A l'aide de ce nouveau facteur, j'ai pu rendre compte, chez tous les monstres encéphaliens et myélins, des désordres si nombreux et si variés qui les accompagnent : *ouvertures anormales, éventrations, ectopies, hernies, distorsions et luxations des membres;* le tout en rapport constant avec l'action mécanique de ce facteur, qui est ainsi tout à la fois l'effet principal de la maladie, et le complément de son action destructive et convulsive.

Mais pour montrer le bien fondé de cette formule dans son application à tous les cas particuliers qu'elle comprend, il ne fallait pas laisser aux hasards de l'observation et à ses supputations numériques, le soin d'établir une corrélation quelconque entre la

cause alléguée et ses effets diversifiés; c'eût été, et ç'a toujours été une difficulté, si ce n'est une impossibilité, contre laquelle sont venues se heurter toutes les théories. Car, qu'y a-t-il de plus disparate, par exemple, qu'un simple pied bot et un cas très-compliqué d'anencéphalie, et comment faire admettre, à première vue, que les deux malformations ne constituent qu'une seule et même chose, au degré près ? Il fallait donc, pour sortir de cette impasse de l'observation empirique, et suppléer à l'expérimentation impossible, avoir recours à un artifice, à une méthode qui conduisît pas à pas l'esprit au résultat voulu, en faisant taire ses préventions, en dissipant ses doutes, et en donnant satisfaction à toutes ses exigences. Cet artifice, je crois l'avoir trouvé dans ce que j'ai appelé la *série étiologique* ou *démonstration sériale*, c'est-à-dire la disposition de tous les cas particuliers d'une cause en série régulière et méthodique de ses effets.

L'exemple que j'ai cité précédemment de l'anencéphalie et du pied bot peut offrir une application aussi sûre que compréhensible de cette méthode. Il m'a suffi de placer entre la monstruosité et la simple difformité dont il s'agit, considérées l'une et l'autre comme les termes extrêmes de la série, c'est-à-dire comme l'effet le plus fort et le plus faible de l'affection convulsive, tous les cas croissants ou décroissants de son action. C'est ainsi qu'après avoir montré, autour de la seule anencéphalie caractérisée, toutes les anomalies qui accompagnent en nombre et en intensité différents les degrés amoindris de l'affection cérébro-spinale et nerveuse, je les ai disposées en série régulièrement décroissante, de façon à faire passer l'observateur du fait le plus accusé à un second qui l'est moins; de celui-ci à un autre encore plus simple, et finalement j'ai ainsi relié entre eux tous les cas de la série par quelques manifestations de leur cause commune, c'est-à-dire par un ou plusieurs de ses effets que j'avais montrés réunis dans la plus haute expression de son action, dans l'anencéphalie. Pour préciser davantage, c'est ainsi que j'ai rapporté et classé toutes les observations anatomiques que j'ai recueillies pendant quarante ans, relatives à l'anencéphalie, à la dérencéphalie, à l'exencéphalie, à la parencéphalie, aux différentes formes et degrés du spina-bifida; à l'agénosomie, à la célosomie, à la pleurosomie, où j'ai montré, d'une part, tous les débris et caractères d'une affection cérébro-spinale, et de l'autre tous les témoignages de l'affection convulsive ayant réalisé la rétraction musculaire générale ou partielle, et ayant produit toutes les anomalies et toutes les difformités susceptibles d'être engendrées par cette action mécanique.

Passant des monstres aux vices de conformation et aux difformités congénitales, j'ai, dans une seconde catégorie de faits, montré les restes de l'affection cérébro-spinale insuffisante pour avoir réalisé la monstruosité, mais suffisante pour produire tous les degrés des vices de conformation et des difformités congénitales, depuis leur réunion simultanée, chez le même enfant jusqu'à leur isolement sur une seule partie, sur un seul membre, en plaçant, comme intermédiaires, ses manifestations sur les deux côtés ou sur en seul côté du corps, celles des parties supérieures, des parties inférieures, ses associations tertiaires, binaires, jusqu'à l'unité la plus simple, comme le strabisme, une luxation ou un pied bot.

On comprend qu'en possession d'une cause aussi générale et aussi féconde que l'affection destructive et convulsive des centres nerveux, mettant en jeu l'action non moins générale de la rétraction musculaire, j'ai dû rencontrer et décrire bien d'autres anomalies et difformités que celles mentionnées par l'observation antérieure. Ces diverses manifestations ont eu leur place dans la série et elles ont servi parfois d'anneaux de transition à d'autres anneaux de la chaîne générale dont se compose la théorie des monstres et des difformités congénitales.

Quelque concluante que me parût cette méthode de classement et de démonstration, j'ai cru devoir la compléter par deux ordres de faits propres à la rendre plus rigoureuse encore. Ces deux ordres de faits sont les suivants :

Premièrement, on n'avait pas seulement négligé jusqu'ici les difformités qui accompagnent les monstres, en tant que parties intégrantes de la monstruosité, mais on avait dénié toute identité entre ces difformités et les difformités partielles et isolées qu'apportent en naissant des individus régulièrement conformés d'ailleurs. Or, il m'a suffi pour rétablir cette identité méconnue ou contestée, de recourir à ce que j'ai appelé la *caractéristique étiologique*. Cette caractéristique consiste à confronter et à faire concorder les agents de la cause prochaine, c'est-à-dire la rétraction musculaire, c'est-à-dire les muscles rétractés, avec la forme et la direction des parties constituant la difformité dans les deux ordres de faits. Or cette confrontation a pour effet de faire voir que les formes et directions altérées chez les monstres, le fœtus et l'enfant, ne sont que l'expression rigoureuse de l'action mécanique des mêmes muscles retractés, et presque toujours la représentation plus ou moins exagérée et permanente des formes et directions réalisées par les mouvements physiologiques correspondants. D'où il résulte que les *courbures, déviations, torticolis, luxations, subluxations, mains bots, pieds bots*, observés chez les monstres ne sont pas autres, au degré près, que les *courbures, déviations, torticolis, luxations, mains bots* et *pieds bots* observés chez l'enfant qui n'apporte en naissant que l'une ou l'autre de ces anomalies.

Le second et dernier ordre de faits que j'ai appelés en témoignage, ce sont les *difformités postérieures à la naissance* qui ont succédé à des affections ayant provoqué des rétractions musculaires, soit générales, soit partielles, et qui ont réalisé sous les yeux de l'observateur les mêmes formes, les mêmes directions, les mêmes caractères en un mot, que les formes, directions et caractères des difformités accomplies dans le sein de la mère. Or, je crois avoir pu dire que ce dernier ordre de faits est l'équivalent de l'expérimentation; avec cet avantage que l'observation étiologique a pu y suivre, enregistrer et classer toutes les modalités d'une même cause, alors que l'expérimentation ne pourrait reproduire — et ne reproduit généralement — qu'un cas particulier et une seule condition de l'action de cette cause.

Tel est l'ensemble et l'économie de mes recherches sur les difformités congénitales chez les monstres, le fœtus et l'enfant. Pour frapper tout à la fois la vue et l'esprit, j'ai inséré dans le texte un grand nombre de figures représentant toutes les formes anormales que j'ai décrites ; et j'ai joint à l'ouvrage un atlas de 28 planches in-folio gravées sur acier, relatives aux principaux sujets observés.

ÉLECTION

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre correspondant national.

La commission classe les candidats dans l'ordre suivant :
En première ligne, M. Bourguet (d'Aix) ;
En deuxième, M. Vedrènes (de Vincennes) ;
En troisième, M. Delore (de Lyon) ;
En quatrième, M. Michel (de Nancy) ;
En cinquième, M. Cazin (de Boulogne-sur-Mer) ;
En sixième, M. Spillemann (d'Alger).

Le nombre des votants étant de 64, la majorité est de 33.

M. Bourguet.	46	suffrages.
M. Cazin.	10	—
M. Vedrènes.	3	—
M. Michel	2	—
M. Delore.	1	—
M. Spillemann.	1	—
Bulletin blanc	1	—

En conséquence, M. Bourguet ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre correspondant national.

RAPPORT

Traitement de la rage par la pilocarpine. — M. BOULEY lit son rapport sur le mémoire de M. Denis-Dumont. Il commence par rappeler les traits principaux de cette observation. Puis il en discute l'interprétation. Ce cas était-il bien un cas de rage véritable ? Ce qui en peut faire douter c'est que le malade en question venait d'apprendre la mort, par la rage, de la femme mordue comme lui, quand il commença à ressentir les premiers symptô-

mes inquiétants. C'était un berger, il devait avoir quelques notions de la rage canine, et chez lui la rage présente tout à fait le même tableau que chez le chien. Comme le chien, il mord la terre, les cailloux, le bâton qu'on lui présente. Tout cela ne peut-il pas sembler le résultat d'une imagination frappée. D'une autre part il s'est présenté chez lui d'autres symptômes, tels que la sensation prurigineuse à l'endroit de la blessure rabique, l'irradiation de cette sensation dans tout le corps, l'hyperesthésie généralisée, et enfin l'avivement de la plaie depuis longtemps fermée, qui font plutôt croire à la vraie rage.

M. Bouley montre que ces symptômes ont manqué dans les cas d'hydrophobie nerveuse due à l'imagination frappée; il reproduit une observation publiée par le docteur Bellingie dans son petit livre peu connu intitulé: *une Expérience sur la rage.* Un jeune homme avait été mordu par une chatte qui s'était ensuite échappée et avait disparu. Croyant cette chatte enragée, il fut pris de suffocation, se produisant par accès de plus en plus violents, d'abattement, de tristesse, etc. La chatte revint et aussitôt ce jeune homme se sentit guéri. Un fait analogue a été rapporté par M. Brouardel dans l'article Rage du *Dictionnaire encyclopédique :* l'impossibilité complète d'avaler les liquides était survenue chez un jeune homme dont le chien s'était échappé après l'avoir mordu, des accès de fureur s'étaient manifestés, puis tout était rentré dans l'ordre une fois le malade rassuré par le retour de son chien en bonne santé. Un troisième fait de même nature est emprunté par M. Bouley à la clinique de Trousseau. Dans tous ces cas, les symptômes sont, on peut le dire, d'ordre psychique. Ils procèdent de la terreur conçue, en sont l'expression, qui souvent ne laisse pas d'être redoutable, et s'évanouissent lorsque les malades acquièrent la conviction que le péril auquel ils se croyaient exposés était tout imaginaire.

Mais, chez le malade de M. Denis-Dumont, il y a eu autre chose que ces phénomènes cérébraux. La sensation prurigineuse dans la cicatrice de morsure, l'hyperesthésie générale, etc., sont des symptômes qui se rencontrent dans la rage réelle et qu'on ne peut faire dériver d'une impression de terreur. Ne serait-ce pas dépasser les limites que d'opposer à l'affirmation bien convaincue de M. Denis-Dumont une dénégation absolue ?

M. Bouley rappelle les recherches de MM. Pasteur, Chamberland, Roux et Thuillier sur l'inoculation du virus rabique dans la substance du système nerveux central, et regrette que M. Denis-Dumont n'ait pas fait cette expérience pour démontrer qu'il s'agissait bien d'un cas de rage.

En résumé, dit-il, les recherches expérimentales instituées sur la rage au laboratoire de l'École normale, ont fait connaître deux faits nouveaux d'une très-grande importance : l'état de virulence du système nerveux central et la grande rapidité avec laquelle la rage peut être transmise au chien lorsqu'on l'inocule directement par le cerveau. En sorte qu'au moment même où le siège de la rage était démontré par des expériences directes, la condition se trouvait réalisée pour que la période d'incubation de cette maladie chez le chien, si variable et souvent si longue, fût réduite à deux ou trois semaines, condition excellente pour permettre de multiplier les expériences et d'en obtenir les résultats dans un temps très-court.

Le malade de M. Denis-Dumont était-il enragé ?

Cette question demeure douteuse, parce que, malheureusement, M. Denis-Dumont n'a pas saisi l'occasion qui lui était offerte d'éprouver, par l'expérimentation sur le chien, à l'aide de la trépanation, les propriétés que pouvait avoir la salive de son malade.

Mais la rage qu'on peut appeler imaginaire a aussi ses dangers, et le traitement institué par M. Denis-Dumont a l'avantage de frapper l'imagination des malades par la soudaineté de ses effets et leur concordance avec les idées qui règnent toujours sur les humeurs viciées et sur le grand bénéfice que l'on peut retirer de leur expulsion.

En admettant donc que M. Denis-Dumont n'ait eu affaire qu'à une rage imaginaire, cette rage était d'une extrême gravité et elle a guéri. Rien qu'à ce titre l'observation mérite d'être prise en considération. Comme elle est très-bien faite et qu'elle porte avec elle d'utiles enseignements, la commission propose, en conséquence, de la renvoyer au comité de publication pour être insérée, s'il y a lieu, dans les Mémoires de l'Académie, et de remercier M. Denis-Dumont. (Adopté.)

DISCUSSION

M. DUJARDIN-BEAUMETZ fait connaître, à ce propos, les résultats des divers traitements nouveaux qui ont été essayés contre la rage dans le courant de l'année dernière.

Sur un nombre total de 23 enragés, 6 ont été traités par la pilocarpine sans aucun résultat favorable. Il a même semblé que les symptômes s'aggravaient sous l'influence de ce remède.

D'autres expériences ont porté sur le principe actif des noix de Cedron. Ces noix appartiennent à deux espèces différentes. Les unes proviennent du *simalia cedron;* l'alcaloïde que l'on en extrait se nomme *cedrène;* on l'a administré à un enragé sans avantage. D'autres noix proviennent du *picrolemema valdiviana.* M. Gautier en a extrait la *valdivine.* Cet alcaloïde a été employé par M. Nocard, à la dose de 2 à 5 milligrammes en une ou deux injections sous-cutanées, sur deux séries d'animaux : 1° à titre préservatif sur 7 animaux mordus; de ces animaux, un seul a échappé à la maladie; 2° sur les 6 chiens atteints de rage confirmée. Les symptômes de la rage ont aussitôt cessé sur ces chiens. Ils sont restés affaissés, insensibles à toutes les excitations, ne cherchant ni à boire, ni à manger, ni à mordre. Mais la mort n'en est pas moins survenue dans le temps ordinaire. Une expérience a été faite chez l'homme, sans aucun succès.

La pelletiérine, qui produit des effets semblables à ceux du curare, a été, dans un cas, introduite sous forme d'injections sous-cutanées contenant chacune 10 centigrammes de sulfate de pelletiérine; résultat nul.

Le hoang-nan, introduit par M. Lecerteur, et qui provient du *strychnos gautheriana,* a été donné en pilules dans trois cas, y compris celui dont M. Gingeot a rendu-compte à la Société médicale des hôpitaux; ce sont encore trois insuccès. M. Beaumetz fait remarquer que la forme pilulaire est très-mal choisie dans la rage, car les malades avalent des pilules avec la plus grande difficulté. Au lieu de ces pilules contenant à la fois de l'alun, du réalgar et de la poudre de hoang-nan, mieux vaudrait faire des injections sous-cutanées d'extrait, si l'on voulait continuer les expériences.

La fausse angusture, qui se rapproche du hoangnan, tant au point de vue botanique, comme l'a prouvé M. Planchon, qu'au point de vue chimique, comme l'a montré M. Galippe (renfermant également égales quantités, ou à peu près, de strychnine et de brucine) a été également employée dans un cas en injections sous-cutanées répétées toutes les demi-heures et renfermant chacune un demi-milligramme de strychnine et autant de brucine. Insuccès.

Enfin M. Dujardin-Beaumetz, ayant appris par M. le docteur Deleveau que les Russes employaient, d'une manière préventive, chez les individus mordus par des chiens enragés, les bains de vapeur et l'ail, a traité ainsi quatre personnes mordues. Il leur a fait prendre trois ou quatre fois par jour des capsules de sulfure d'allyle, de 5 à 10 centigrammes, et jusqu'à présent aucune de ces personnes, qui avaient été mordues à la main, et n'avaient pris aucune précaution, n'a présenté le moindre symptôme de rage, quoique plus d'un an se soit écoulé depuis la morsure.

En terminant, M. Dujardin-Beaumetz cite plusieurs cas d'hydrophobie produite par l'imagination frappée et qui n'avaient rien de vraiment rabique. C'est ainsi que M. Decroix, qui, dans le cours de ses expériences, avait avalé un morceau cru de la viande d'un chien atteint de rage, fut pris subitement d'une sensation pénible vers le pharynx et d'une certaine difficulté pour ingurgiter les liquides, après avoir lu que des animaux étaient devenus enragés pour avoir mangé de la chair d'animaux enragés. Il fallut plusieurs jours pour faire complètement disparaître ces phénomènes dus exclusivement à l'impression morale.

L'Académie se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — Par décision de M. le doyen en date du 27 de ce mois, les étudiants inscrits pour subir leurs examens seront placés en série d'après l'ordre de leur inscription. Ceux d'entre eux qui demanderaient, pour des motifs quelconques, que le jour de leur examen fût avancé ou reculé, devront s'adresser au doyen de la Faculté.

— *Hôpitaux de Paris.* — *Prix de l'internat.* — La composition écrite du concours pour les prix de l'internat aura lieu le vendredi 3 novembre 1882, à midi précis, dans l'amphithéâtre de l'administration, avenue Victoria, 3.

Ce concours est obligatoire pour les élèves qui terminent leur deuxième année. Ceux qui, à moins de dispense préalable accordée par le directeur de l'administration, n'auront pas fait et lu la composition prescrite, et ceux auxquels le jury n'aura pas donné au moins la note *passablement satisfait*, seront rayés de la liste des élèves internes des hôpitaux.

Les élèves de quatrième année qui, n'ayant pas concouru, n'auront pas justifié d'un cas de force majeure apprécié par le jury et consigné au procès-verbal, ou qui, ayant concouru, auront fait des épreuves jugées insuffisantes, ne seront admis à concourir pour le Bureau central qu'après trois années de doctorat.

Les élèves seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de une heure à trois heures, du 20 juillet au 14 août inclusivement.

Le mémoire prescrit comme du concours de la première division devra être déposé au secrétariat général, conformément au règlement, avant le 15 août, dernier délai.

— Un comité composé de membres de l'Académie des sciences, de l'Académie de médecine, de la Société d'agriculture, de la Faculté des sciences et de l'École normale supérieure s'est constitué, sous la présidence de M. J.-B. Dumas, en vue d'offrir à M. Pasteur une médaille commémorative de ses fécondes recherches.

L'exécution de cette médaille a été confiée à M. Alphée Dubois, et dimanche dernier une délégation de ce comité s'est rendue chez l'illustre savant pour lui remettre ce témoignage de reconnaissance.

M. J.-B. Dumas a saisi cette occasion pour retracer en quelques paroles éloquentes la brillante carrière de M. Pasteur.

— *Épidémies.* — Des dépêches parvenues en Egypte et à Constantinople annoncent l'apparition du choléra dans l'île de Padang, dépendance de Sumatra, dans le détroit de Malacca. Aussi, en raison des communications actives qui ont lieu entre cette localité et Singapore, Batavia et les postes principaux de Java et de Bornéo, les conseils de santé internationaux d'Egypte et de Constantinople ont pris les dispositions suivantes : 1° les provenances des îles néerlandaises et de Singapore subiront, pour Suez et l'Egypte, vingt-quatre heures d'observation ou le passage du canal en quarantaine; 2° les bateaux qui seraient affectés de choléra subiront sept jours de quarantaine; 3° la même durée d'observation ou de quarantaine est prescrite vis-à-vis de ces provenances dans tous les ports de l'empire ottoman (Méditerranée, Hedjaz, Xémen, et golfe Persique).

Ces mesures sont d'autant plus motivées que le moment est proche où les pèlerins des Indes vont entreprendre le pèlerinage de cette année aux Lieux Saints de l'Islam. De plus la statistique de Calcutta a présenté pour le mois d'avril trois cents cas de mort par le choléra, et cent quatre pour la seule période du 29 avril au 6 mai.

Le conseil militaire de Constantinople est décidé, paraît-il, si cet état de l'Extrême Orient ne s'améliore pas, à prendre une mesure qu'avait prévue et conseillée la Conférence internationale de Constantinople. Uue quarantaine et une observation sévère et suffisamment prolongées seront établies pour les navires venant de l'océan Indien, vers l'entrée de la mer Rouge. Cette mesure visera principalement les navires transportant des pèlerins; quarantaine et observation seraient par eux subies dans l'île de Camaran, qui présente les conditions les plus avantageuses pour cet objet.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 13073.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE.	3 mois : **8** fr. **50**.	— 6 mois : **16** fr.	— 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. .	3 mois : **10** fr. ».	— 6 mois : **18** fr.	— 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Mouvements réflexes d'ensemble, mouvements adaptés, défensifs.

Dans la science physiologique, en ce qui touche le système nerveux, il y eut une période à peu près semblable à celle qui, en chimie, commença après les découvertes de Lavoisier, et, en physique, pour l'électricité, après celles de Galvani et de Volta.

Tout paraissait simple et facile. Les phénomènes se classaient suivant la méthode dichotomique. La sensibilité, centripète, la motricité, centrifuge, en se rencontrant sur un point, constituaient un arc diastaltique, comme le courant négatif et le courant positif constituaient l'arc de la pile; comme un acide et un alcali, en se joignant, formaient un sel.

L'action *réflexe*, en d'autres termes l'action *réfléchie*, était un courant qui, partant de la périphérie, se continuait à travers un centre dans une direction déterminée, comme une locomotive qui, lancée sur des rails, ne peut s'écarter des voies tracées. Les fibres blanches représentaient les rails dans leur direction droite; les cellules de la substance grise, les plaques de raccordement et les changements de route possibles. Rien, d'ailleurs, qui ne fût pleinement mécanique, automatique, réglé d'avance. C'est à cette conception, d'apparence si nette, qu'on doit l'origine de tous les termes où le mot réflexe entre en qualité, soit d'adjectif, soit de substantif, tels qu'*action réflexe*, *mouvement réflexe*, *réflexe tendineux*, etc.

Mais tant s'en faut qu'on puisse ainsi comprendre la plupart des faits les mieux établis de physiologie expérimentale.

Déjà, dans le siècle dernier, Robert Whytl avait observé sur des animaux décapités des associations de mouvements qui peuvent aller jusqu'au saut, jusqu'à la course, etc., et qui ressemblent, à s'y méprendre, à des mouvements combinés par l'action de la volonté.

C'est là, d'ailleurs, un fait d'observation vulgaire dans les contrées où, pour tuer les canards et les oies, on a coutume de leur faire sauter la tête d'un coup de couperet. On voit ces animaux s'élancer en criant et parcourir un certain espace comme s'ils fuyaient avant de tomber. Je me rappelle que, dans mon enfance, ce spectacle m'intriguait fort, car je n'étais pas sans connaître le rôle attribué au cerveau, centre de toute pensée, point de départ indiqué de tout mouvement volontaire. Plus tard, ce souvenir me revint bien souvent, quand j'étudiais les actions réflexes dont Claude Bernard a tracé la théorie.

Ce sont ces mouvements d'ensemble, faits en apparence dans un but, dans une direction voulue, que M. Vulpian a désignés sous le nom de *mouvements adaptés, défensifs*, dans l'article MOELLE ÉPINIÈRE (PHYSIOLOGIE) du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.* Nous n'avons pas à faire l'éloge de cet article, un des plus remarquables assurément de la publication dont il fait partie. Mais les praticiens doivent fixer leur attention sur ces mouvements adaptés, sans la connaissance desquels ils ne peuvent se faire une idée exacte des phénomènes observés dans les maladies de la moelle épinière.

Quand Robert Whytl les a d'abord décrits, il y voyait une manifestation de ce *quid ignotum,* de ce principe de vie qui pénètre, dans toutes ses parties, l'être animé, qu'Aristote nommait ψυχη, ses commentateurs latins *anima*, et dont l'École de Montpellier a fait une âme inférieure, en la distinguant de l'âme pensante. MM. Paton, Pfluger, etc., ont reproduit cette même interprétation en attribuant aux centres médullaires un pouvoir *psychique*.

Peu importe le mot, du reste : il ne peut avoir d'autres avantages que de représenter une comparaison qui fasse mieux entrer dans l'esprit la notion des faits observés. Le terme psychique ne convient que si on l'entend comme Aristote, si on l'applique également aux combinaisons plus ou moins complexes de mouvements associés qui constituent, à elles seules, l'instinct, l'âme sans conscience ni pensée, des animaux les plus inférieurs.

Le cerveau, dès qu'il apparaît dans la série des êtres, devient le siège exclusif du sentiment perçu et de la volonté; tout est inconscient dans les actes auxquels peuvent présider les centres médullaires indépendamment du cerveau : et cela aussi bien chez la salamandre, chez la grenouille, que chez l'homme. Mais ces actes sont loin d'avoir, dans bien des cas, la simplicité d'un courant nerveux devenu moteur, après avoir été sensitif, par suite d'une réflexion semblable à celle d'un rayon de lumière.

M. Vulpian a mis en relief avec une extrême sagacité les

mouvements réflexes de défense inconsciente très-développés chez les batraciens, mais qu'une analyse minutieuse montre existants aussi chez l'homme d'une façon très-manifeste.

Les mouvements au moyen desquels la grenouille ou la salamandre, dont la moelle épinière a été divisée transversalement, frotte avec sa patte postérieure le point de la peau du thorax ou de l'abdomen qu'on irrite mécaniquement ou chimiquement, le saut qu'elle exécute quand on pince sa patte, la fuite du canard décapité, les mouvements de flexion de la jambe sur la cuisse et de la cuisse sur l'abdomen, causés chez un homme paraplégique par une excitation à la plante du pied, sont des phénomènes du même ordre.

Chez tous les vertébrés il faut donc reconnaître aux centres médullaires une action propre, susceptible de se traduire par un ensemble d'excitations motrices aboutissant à un des actes compliqués tels que, dans l'état de santé, la volonté les effectue.

Les mouvements de défense, automatiques, instinctifs, que l'on exécute avant d'y songer et souvent même sans en avoir conscience, alors que quelque excitation, venue du dehors, les met en jeu, dépendent également de la moelle épinière, suivant M. Vulpian.

Et même lorsque la volonté donnerait ses ordres aux membres, à l'état normal, ce serait encore la substance grise de la moelle qui, dans ses cellules, en préparerait l'exécution.

En effet, on ne croit plus que la substance blanche qui forme les cordons antéro-latéraux soit composée de fibres motrices aboutissant par un bout aux muscles, et par l'autre bout au cerveau lui-même, pas plus que l'on ne croit aujourd'hui que les impressions sensitives soient transmises directement par les mêmes fibres nerveuses, jusqu'au cerveau, d'abord dans les nerfs et les racines postérieures sensitives, puis à travers la substance blanche des cordons postérieurs de la moelle épinière.

Les choses se passent autrement: comme l'ont démontré, d'une part, les expériences sur les animaux et, d'une autre part, les observations recueillies sur des malades dont la moelle épinière avait été lésée.

Dans notre dernière Revue clinique, nous avons parlé d'individus qui ont recouvré l'usage de leurs membres, bien que le mal de Pott eût détruit chez eux, en très-grande partie, les substances blanche et grise de la moelle épinière.

Quelques cellules et quelques fibres, encore intactes, suffisaient donc pour que la moelle reçût avis de ce que lui demandait le cerveau, et fût à même d'y satisfaire par une excitation motrice lancée vers les points indiqués. Si les cordons antéro-latéraux eussent représenté l'ensemble des filets moteurs destinés aux muscles, de tels faits seraient impossibles.

Il serait non moins impossible de voir marcher des animaux auxquels on eût coupé les cordons antérieurs dans une section incomplète de la moelle. Or c'est encore là un fait d'observation, noté par plusieurs physiologistes.

Tout s'explique au contraire fort bien si l'on admet, avec M. Vulpian, que les mouvements volontaires des membres, commandés dans le cerveau, ne sont organisés, coordonnés que dans les amas de grosses cellules multipolaires des cornes antérieures de la substance grise de la moelle épinière.

Tant que ces centres médullaires pourraient connaître les désirs du cerveau par une voie quelconque, fibre ou cellule, ils pourraient les exécuter, ayant une action autonome.

Mais ce seraient des centres dépourvus de toute spontanéité. Il faudrait toujours qu'ils fussent mis en jeu par quelque impression à eux transmise.

Traitement de la colique de plomb par la belladone.

M. Bernutz expérimente en ce moment, dans son service à la Charité, ce genre de traitement tiré de l'oubli par M. le professeur Picot (de Bordeaux).

Il y a déjà plus de trente ans que la belladone fut préconisée contre la colique de plomb par M. le docteur Malherbe.

Le mémoire de M. Malherbe, publié dans le *Journal de médecine de l'Ouest*, était très-bien fait, appuyé sur un grand nombre d'observations, et prouvait que chez les saturnins la tolérance pour la belladone était en proportion directe de l'intensité de l'empoisonnement par le plomb.

Dans certains cas, M. Malherbe avait pu atteindre progressivement, sans accidents, des doses effrayantes, 60 centigrammes, tant d'extrait que de poudre de belladone, en une journée. Concurremment, il employait aussi des purgatifs, et la guérison était généralement fort prompte.

M. Picot prescrit également des doses assez fortes de belladone. Il fait prendre au malade, en quatre ou cinq doses, administrées de demi-heure en demi-heure et dont chacune est de 5 centigrammes, 20 ou 25 centigrammes d'extrait de cette solanée, et comme purgatif, il donne deux gouttes d'huile de croton tiglium.

Dans toutes les observations de M. Picot, paraît-il, la constipation a cédé dès le premier jour et la colique a été calmée aussitôt.

Chez les trois malades de M. Bernutz, le résultat s'est fait attendre davantage. Pour obtenir des selles, il a fallu recommencer le lendemain aux mêmes doses, et cela n'a pas été sans produire quelques signes d'atropinisme. Chez un de ces malades, au moins, la colique fut peu diminuée après les premières selles : elle ne céda qu'un peu plus tard, pendant que le malade était soumis au régime lacté exclusif.

Somme toute, c'est une médication qui mérite qu'on la signale en rappelant l'excellent mémoire de M. le docteur Malherbe.

Transfusion du sang vivant.

M. le docteur Roussel (de Genève), qui est actuellement à Paris pour y vulgariser l'emploi de sa méthode de transfusion directe du sang, méthode déjà adoptée en Russie et en Angleterre, nous adresse les détails suivants sur quelques-unes de ses dernières opérations :

« Pour compléter la relation de ma cinquante-septième transfusion de sang humain vivant, qui a été publiée dans la *Gazette des hôpitaux* du 18 février 1882, je dois ajouter que la guérison de Mme M... a été définitive.

Le 27 mars, elle eut des règles normales.

En avril, elle a dû reprendre à la halle un travail bien au-dessus des forces d'une convalescente, et le 25, elle eut des règles beaucoup trop abondantes, qui nécessitèrent cinq jours de lit. Le 22 mai, les règles reparurent, modérées, pendant deux jours, le sang était de coloration parfaite ; dès lors, sa santé s'est complètement rétablie.

Je l'ai revue le 29 mai et le 15 juin en parfait état, fraîche, les yeux brillants, la conjonctive et les gencives de couleur normale, douée d'un embonpoint suffisant.

Adrien R..., le jeune ouvrier qui lui a donné son sang, n'a pas été un seul instant fatigué.

Cette opération est donc un succès complet à l'actif de la transfusion directe.

J'ai été moins heureux dans les deux transfusions suivantes. Celles-ci n'ont pu ranimer les opérés, ce que j'attribue à la faiblesse de la dose de sang que j'ai pu leur donner, 80 et 60 grammes, autant qu'au degré antérieur d'exhaustion morbide des sujets.

Moins d'une heure après ces transfusions, j'ai été averti qu'elles seraient insuffisantes.

Dans le premier cas, j'ai regretté qu'il me fût impossible d'en pratiquer immédiatement une seconde, plus abondante; mais, dans le second cas, tout nouvel effort était véritablement inutile. J'ai toujours vu mes transfusions suivies à bref délai de deux phénomènes produits par l'afflux du sang nouveau : ce sont un frisson d'un quart d'heure de durée en moyenne et une réaction chaude d'une ou deux heures. Quelque marqués, et graves en apparence pour l'observateur non prévenu, que soient ces phénomènes, loin de m'inquiéter, ils me sont d'un bon présage. Je ne les ai jamais vus devenir funestes; tout au contraire, leur absence et leur trop grande atténuation ont signalé les rares cas dans lesquels la transfusion a été réellement impuissante.

Le sujet de cette première opération, sans succès, était atteint de collapsus et d'hypohémie chirurgicale aggravant un état antérieur de profonde anémie cancéreuse. C'était un homme de quarante ans, depuis longtemps émacié par une diathèse grave, et affaibli par des pertes incessantes, fournies par les ulcérations d'une énorme tumeur sarcomateuse ayant envahi toute la paroi abdominale.

M. Péan, dans le but de tarir cette source d'hémorrhagie, pratiqua l'ablation de cette tumeur dans son amphithéâtre de l'hôpital Saint-Louis, le 18 février.

L'opération, très-laborieuse, dura près de quarante minutes et fut pratiquée en partie au thermocautère, en partie au bistouri, avec le secours de nombreuses pinces hémostatiques, ce qui réduisit la perte de sang à un minimum très-modéré. Cependant l'opéré resta plongé dans le collapsus opératoire et chloroformique.

M. Péan, qui venait de constater *de visu*, avant et après, les effets de la transfusion de sang vivant, sur l'opérée de la rue de Viarme, saisit cette occasion de m'en faire pratiquer une nouvelle.

Si j'eusse été présent à l'ablation de la tumeur, j'aurais aussitôt procédé à la transfusion, avant le réveil de l'opéré, car de cette façon les deux opérations se confondent en une seule, il n'y a qu'un traumatisme, qu'une seule perturbation des systèmes nerveux et vaso-moteur. Le sang nouveau vient immédiatement remplacer le sang perdu, avant que le cerveau, le grand sympathique et le cœur n'aient souffert de l'hypohémie, et avant que le réseau circulatoire ne se soit contracté et rétracté en diminuant ses calibres sur un volume moindre de liquide sanguin.

C'est ainsi que j'ai pu opérer à Vienne, à Pétersbourg et spécialement à Londres ; c'est là que, pendant une désarticulation de la cuisse, avant le pansement, le chirurgien James Adams, du London Hospital (Whitechapel), voyant son opéré mourir sous le couteau, enleva rapidement son habit et me présenta un bras d'athlète, sur lequel je pris 160 grammes de sang que je transfusai dans une veine du lambeau fessier, avant les sutures et le pansement. L'opéré, qui était tombé dans le collapsus le plus profond, sans pouls et sans respiration, fut rapidement ranimé, et l'opération put être parfaitement achevée.

De cette façon la transfusion est simultanée à l'accident qui la nécessite. Il est bon quelquefois qu'elle soit antérieure à l'opération chirurgicale. C'est ainsi que Krassowski, ayant sur la table d'opération de son service gynécologique une jeune femme absolument exsangue par le fait d'une tumeur utérine, et jugeant avec raison que l'ablation de cette tumeur était actuellement impraticable, parce que la moindre perte sanguine serait mortelle, accepta ma proposition d'opérer une transfusion préalable.

Le résultat fut tel que toute métrorrhagie fut supprimée, que l'appétit reparut très-actif, guérissant rapidement l'anémie, que la femme put traverser tout l'hiver en parfait état, et attendre la bonne saison pour subir l'ablation de sa tumeur utérine.

Dans le cas actuel, ayant été prévenu plusieurs heures après l'opération chirurgicale, je désirais attendre jusqu'au lendemain matin, afin que les influences du shock et du chloroforme fussent dissipées. Mais le chirurgien, pronostiquant que l'opéré réduit à ses propres forces ne vivrait pas jusqu'au lendemain, insista pour que la transfusion fût tentée le soir même, et il convoqua ses auditeurs pour sept heures dans la salle Sainte-Marthe.

Restait à se procurer un donneur de sang. Mon opinion est qu'il ne faut pas le chercher dans l'intérieur d'un hôpital, dont les habitants sont exposés à des influences aussi variées que nuisibles. Aussi je refusai d'accepter l'offre d'un convalescent de fracture et celle d'un solide brancardier. Plusieurs étudiants externes se présentèrent, mais comme ils me paraissaient peu rassurés et parlaient de leurs camarades Lassègue et Bataillard, de Cochin, j'ai préféré choisir ailleurs, et j'ai demandé au concierge de la porte de faire une visite dans les ateliers et restaurants voisins de Saint-Louis pour chercher quelque jeune et solide charpentier, forgeron ou maçon, auquel il promettrait une récompense pécuniaire.

Revenu à sept heures, je trouvai un nombreux public et deux ouvriers charpentiers, desquels je choisis celui dont les veines brachiales étaient le plus apparentes.

L'opéré était encore dans le collapsus chirurgical, il venait d'avoir des vomissements chloroformiques, sa face était froide et cadavérique, son pouls filiforme, absent à la radiale.

La plaie du ventre avait 62 centimètres de circonférence, 22 de long sur 19 de haut, elle donnait encore un peu de sang en nappe sous son pansement plat, plusieurs pinces comprimaient encore les bords de la peau. M. Péan fit la préparation de la veine médiane du malade, et l'introduction de la canule du transfuseur.

Le sang du donneur jaillit largement dans l'appareil au premier coup de la lancette, et 90 grammes de sang furent facilement tranfusés sans phénomènes particuliers. J'aurais voulu en donner davantage, mais le jeune ouvrier, mal assis au bord du lit, pressé et foulé par les nombreux assistants, manquant d'air respirable, pâlissait et paraissait s'évanouir, malgré sa fermeté et sa bonne volonté. M. Péan lui-même me pria de terminer.

Le pouls filiforme, irrégulier à 130, devient plus net à 110, la voix est plus ferme, la vitalité semble accrue, mais la peau

ne se réchauffe pas. Il survient encore des vomissements chloroformiques à chaque infusion de thé.

Je reste jusqu'à onze heures du soir auprès du malade, qui répond, mais bien lentement, à mes questions; il ne me paraît pas en trop mauvais état ; mais je suis inquiet de ne pas observer les phénomènes actifs ordinaires à la transfusion et de ne pas voir la torpeur se dissiper.

J'ai appris qu'on l'a trouvé mort dans son lit à trois heures du matin.

Il s'est donc éteint tout doucement sans réaction et sans vitalité.

Ma cinquante-neuvième transfusion n'eut pas davantage de succès, l'état général de la malade me l'avait fait prévoir, si bien que j'ai beaucoup hésité à l'opérer, et n'ai cédé qu'aux sollicitations réitérées du médecin de la famille.

Il s'agissait d'une femme de quarante ans, habitant la rue Saint-Yves, à Paris, enceinte pour la huitième fois, et dont la grossesse avait été très-mauvaise. Pendant les cinq premiers mois, elle avait eu des ménorrhagies aussi abondantes qu'aux époques menstruelles et des vomissements constants.

Au commencement du huitième mois, elle fut atteinte de pneumonie grave, avec hémoptysies et vomissements opiniâtres qui la laissèrent dans une faiblesse extrême, la peau couleur de cire et entièrement œdématiée.

Le 15 avril, elle fut prise d'une hémorrhagie utérine, qui devint excessive et nécessita le tamponnement du col. En même temps apparurent des épistaxis répétées plus de vingt fois dans vingt-quatre heures, dans les journées du 15, du 16 et du 17 avril.

Au 17 avril, le sang diffluent et décoloré s'écoula par le nez en filets continus qui remplirent deux cuvettes, ce qui nécessita le tamponnement des fosses nasales postérieures : dyspnée très-grave, syncopes fréquentes, asphyxie par œdème considérable du poumon. Elle accouche d'un enfant de huit mois mort-né, et tombe dans le coma asphyxique.

J'entreprends la transfusion avec le concours de M. le docteur Brochin et de MM. Renet et Dhomont, médecins de la malade. Le tissu cellulaire du bras, rempli de graisse et infiltré de sérosité, rendit très-difficile la recherche de la veine médiane exsangue et contractée. Elle reçut 60 grammes du sang d'un jeune ouvrier maçon; elle parut ne pas percevoir l'opération, qui ne produisit pas d'effets appréciables.

Pendant la nuit, l'œdème et l'asphyxie s'aggravèrent, et elle succomba le 18, à cinq heures du matin.

Il est certain que cette femme n'est point morte d'hémorrhagie seulement. L'état de diffluence du sang qui a permis non-seulement des métrorrhagies, mais aussi des épistaxis et des hémathémèses, ainsi que l'œdème qui, après avoir envahi le tissu cellulaire en entier, a rempli de sérosités le cœur et les poumons, dénoncent une altération profonde, contre laquelle la transfusion ne pouvait être qu'impuissante.

Les insuccès de ces deux opérations, dans lesquelles j'ai constaté l'absence du frisson et de la réaction chaude, me confirment dans la conviction que ces phénomènes, ordinairement constants, proviennent d'une action physiologique ou thérapeutique, non-seulement inévitable, mais utile.

Le frisson et ses secousses indiquent la rupture d'équilibre et les oscillations du système vaso-moteur produites par l'afflux du sang nouveau qui vient dilater le réseau circulatoire pour le remplir davantage. Par le fait même de leur élasticité physique et anatomique, les vaisseaux se laissent dilater, puis se contractent, se dilatent encore, et oscillent, jusque dans la profondeur des organes, sous les poussées successives des ondes du sang nouveau distribué dans le corps entier.

Quoique produit par une cause inverse, ce frisson est l'analogue de celui qui accompagne les hémorrhagies excessives, et qui, à lui seul, dénonce à l'accoucheur une métrorrhagie interne. Celui-ci est un précurseur de la mort; il indique la rupture d'équilibre des organes qui se vident; le frisson de la transfusion est un précurseur de vie, indiquant la rupture d'équilibre des organes qui se remplissent. La réaction chaude prouve que l'équilibre s'est rétabli dans une tonalité supérieure des organes et que le sang nouveau commence à produire les effets désirés d'excitation et de reconstitution vitale. »

THÉRAPEUTIQUE

De l'usage interne du perchlorure de fer (1).

III

Dans l'article précédent, nous avons exposé le très-intéressant paradoxe de M. le professeur Luton. Comme le dit fort bien notre distingué confrère, nous nous trouvons en présence d'une théorie qui peut servir de pendant à la théorie de Mialhe sur les composés mercuriels. Ces composés se réduiraient, en dernière analyse, à l'état de bichlorure absorbable. La pharmacopée du fer se trouverait bien simplifiée, puisqu'il suffirait une fois pour toutes de prescrire le chlorure ferreux. Mais le fait dominant pour M. Luton, c'est le dégagement possible de l'élément électro-négatif qui sera, suivant le cas, l'acide lactique, l'acide sulfurique, l'acide phosphorique, l'acide oxalique, l'acide citrique, l'acide tartrique, l'acide iodhydrique, etc. Ces acides seront tantôt utilisés pour eux-mêmes et comme topiques, et tantôt serviront à mettre en liberté l'acide chlorhydrique des chlorures alcalins : ce qui nous ramène au cas général que M. Luton a mis en évidence ci-dessus.

Le savant professeur de Reims ne voit à signaler comme cas particulier que le fait de l'iodure de fer ; ce corps aboutit en somme à un iodure alcalin, qu'il eût été plus simple de prescrire directement, si toutefois on n'attache aucune importance à la production intermédiaire de l'acide iodhydrique qui a dû se former à un certain moment. De toute façon, ajoute M. Luton, la vogue dont jouit ce médicament ne nous permet guère d'en combattre l'emploi avec quelque chance de succès ; il nous suffit, pour notre amour-propre, de ne pas être dupe d'une illusion.

Cette réflexion, qui de nous ne l'a faite, et plus on avance dans la carrière, que de fois ne s'est-on pas surpris à craindre les illusions et à s'en défendre ! Mais le vieux praticien se méfie des théories : il sait que les progrès de la science ébranlent chaque jour les théories qui lui semblaient les plus solides au début de sa carrière ; plus il a pratiqué, plus il réduit son arsenal thérapeutique et, sans se demander pourquoi tel médicament opère, il l'ordonne s'il en tire un bénéfice.

Aussi nous craignons bien que toute ingénieuse que soit la théorie de M. le professeur Luton, elle change peu les mœurs et habitudes du vrai praticien. Les préparations ferrugineuses peuvent n'opérer que par leurs acides, cela est possible ; mais telle préparation acide ne peut être supportée par le malade, et au contraire se trouve parfaitement acceptée dans une combinaison avec le métal. Si les acides lactique, sulfurique, phosphorique, oxalique,

(1) Fin. — Voir le numéro du 30 mai 1882.

citrique, etc., ne sont qu'avec difficulté, répugnance ou tout autre inconvénient, acceptés par le malade, le praticien se voit bien contraint de se servir de la forme que son malade tolère. De là la nécessité d'utiliser les sels de fer, alors même que l'élément électro-négatif agirait seul. La pratique et la théorie sont loin de s'accorder, et ce qui domine notre art, c'est la pratique. Enregistrons les théories, faisons-en notre profit, mais ne leur sacrifions jamais ce que l'usage et l'habitude de la pratique enseignent.

M. Luton, qui n'est pas seulement un savant, mais un praticien distingué, a bien compris lui-même qu'il ne fallait pas aller trop loin dans sa démonstration. Il déclare donc qu'il ne condamne pas d'une manière absolue le fer et ses préparations. Il admet, au contraire, que ce métal est exceptionnellement avantageux, peut-être à l'exclusion de tout autre, par l'introduction dans l'économie de bon nombre d'agents électro-négatifs ou acides.

Ces substances, employées directement, sont trop offensantes pour la muqueuse gastrique; il est bon, dit-il, qu'elles se présentent à ce contact sous une forme extrêmement atténuée. Les sels de fer, avec leur tendance à se peroxyder à l'air extérieur, et par suite de la propriété qu'ils ont de se réduire au degré de protosels, lorsqu'ils sont administrés comme médicaments, sont peut-être les préparations qui conviennent le mieux toutes les fois qu'on veut mettre en usage la médication acide. On les voit donc réussir à merveille dans les dyspepsies atoniques, muqueuses ou alcalines, dans des érosions hémorrhagiques de l'estomac, aboutissant à l'ulcère simple ou à la chlorose; et enfin, à titre d'hémostatiques généraux, non pas seulement comme astringents vasculaires, mais en abaissant de quelques degrés l'état alcalimétrique du sang.

Telles sont les premières conclusions de M. le professeur Luton, et c'est avec plaisir que nous les reproduisons, car elles montrent le professeur de Reims sous son vrai jour de praticien. La théorie charme son esprit, mais ne lui fait pas oublier le côté pratique de la médecine. Nous nous étions laissé séduire par son paradoxe, mais quand il nous faut chercher, sous son impression, à modifier notre manière d'agir vis-à-vis du malade, nous voyons que cette modification est inutile.

Si nous appliquons à l'usage interne du perchlorure de fer les idées de M. Luton, nous voyons que l'acide joue le rôle. Cela est possible et ne nous choque en rien. Mais venons-en à la pratique, donnons l'acide chlorhydrique, et nous verrons bien vite ce que fera de nous notre client. Faisons un pas de plus. Quand le perchlorure de fer liquide rendit ses services *externes* comme hémostatique, on ne tarda pas à en venir à l'usage *interne*. Or le praticien ne fut pas peu surpris des difficultés de son emploi. La théorie semblait encourager les essais, mais le malade prenait avec difficulté le perchlorure de fer. Il se plaignait de brûlures au pharynx, d'un sentiment de constriction, et le dégoût devenait si vif que le perchlorure devait être abandonné.

Que se passait-il donc ici de particulier? Ce n'était pas le médicament qu'il fallait mettre en cause, c'était la forme sous laquelle on le donnait. Les vrais praticiens n'avaient pas été longs à le reconnaître, et ce n'était plus sous la forme *liquide* qu'ils l'ordonnaient. Mais encore de nouvelles difficultés surgissaient, la forme pilulaire demandait des soins tellement délicats que le médicament restait *magistral*. Il fallait le formuler par petites quantités, l'employer rapidement, autrement on se trouvait en présence d'une préparation incertaine et douteuse. Ce fut alors qu'un pharmacien d'Avignon, ancien interne en pharmacie des hôpitaux de Paris, M. E. Carbonel, eut la pensée de faire des dragées au perchlorure de fer *sec*, 0g,05 de sel sec, représentant quatre gouttes de la liqueur normale à 30°. L'usage interne du perchlorure de fer devenait ainsi assuré: l'action du médicament n'était plus entravée par les répugnances du malade. La forme employée par le pharmacien avait rendu pratique l'usage interne d'une précieuse préparation de fer, et depuis ce temps, tous les praticiens qui ont eu à se servir du perchlorure de fer, à l'intérieur, ont trouvé un bénéfice considérable dans l'emploi du médicament connu sous le nom de *Dragées Carbonel*.

Cette étude sur l'usage interne du perchlorure de fer nous a permis de faire connaître une théorie ingénieuse, de montrer que le praticien doit connaître les théories, sans toutefois se laisser trop influencer par elles. Elle nous a permis d'affirmer la prédominance des enseignements de la pratique et de reconnaître que souvent la forme médicamenteuse nous prive seule de puissants auxiliaires. Enfin elle nous permet de rendre à la pratique un médicament que sa forme *liquide* avait presque fait abandonner.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 juin 1882 — Présidence de M. MILLARD.

COMMUNICATIONS

Emploi de l'acide phénique. — **M. FERRAND** communique un travail de M. le docteur Ferrand (de Lyon) sur l'emploi de l'acide phénique en injections sous-cutanées. M. Ferrand (de Lyon) a obtenu de cette médication de très-bons résultats dans plus d'un millier de cas.

Kyste hydatique du poumon. — **M. BUCQUOY** présente un malade âgé de trente-neuf ans, exerçant la profession de serrurier, qui est entré dans son service en septembre 1881, alors qu'il y était remplacé par M. Moutard-Martin, qui constata chez lui l'existence d'une pleurésie avec épanchement à la partie inférieure du coté droit. Il avait peu de fièvre et une dyspnée très-légère. Le 10 octobre, M. Bucquoy, ayant repris son service depuis plusieurs jours, le trouve avec plus de fièvre et plus de dyspnée; en l'examinant il reconnaît les signes d'un pneumo-thorax. En même temps l'épanchement faisait des progrès; le malade avait des quintes de toux dans lesquelles il rendait des crachats muco-purulents qui pouvaient faire croire à une vomique. Il n'y avait pas chez lui le moindre antécédent tuberculeux. L'épanchement augmentant dans de notables proportions, on fit une première ponction qui donna issue à deux mille huit cents centimètres cubes d'un liquide purulent, fétide. A la suite de cette ponction il éprouva un notable soulagement. Mais bientôt la dyspnée apparut de nouveau, l'haleine devint fétide, la fièvre hectique se déclara et l'état général devint extrêmement grave. L'oppression devenant menaçante, une nouvelle ponction fut pratiquée; il ne sortit qu'environ cent centimètres d'un liquide très-purulent et extrêmement fétide. Dès lors, M. Bucquoy se décida à faire pratiquer par son interne, M. Gaucher, l'opération de l'empyème. Selon son habitude en pareil cas, il voulut recourir à l'emploi du chloroforme, mais le malade ne put pas le supporter; il fut aussitôt pris de quintes de toux et l'on dut y renoncer. Une large incision fut faite dans le septième espace intercostal droit. Au moment où le liquide s'écoula, apparut à l'orifice de la plaie une membrane que M. Gaucher put amener complètement au dehors; c'était un kyste hydatique complet du volume d'une orange, que l'on put ainsi extraire en totalité. A partir du moment où l'opération fut terminée, le malade se remit comme par enchantement. On appliqua une grosse sonde en caoutchouc rouge au moyen de laquelle on fit des lavages phéniqués et alcoolisés. Les liquides étaient ainsi évacués avec la plus grande facilité. Peu de jours après ils ressemblaient exactement à ceux de l'expectoration, de telle sorte qu'on pouvait dire que ce malade crachait dans sa plèvre. Il y eut pendant quelques jours un peu d'expectoration sanglante, déterminée par la présence du tube, qui dès lors fut remplacé par un plus petit. Il existe encore actuellement chez ce malade une fistule pleurale et pulmonaire, mais il n'en marche pas moins rapidement vers la guérison.

Statistique. — **M. SIREDEY** donne la statistique du service des femmes en couches à Lariboisière.

Il résulte de ses recherches statistiques que dans le même local, avec le même personnel, là où, en 1872, en suivant les mêmes errements que ses prédécesseurs, M. Siredey comptait 1 décès sur 40 accouchées, il n'en compte plus aujourd'hui qu'un sur 163 accouchements simples ou 1 sur 96, en comptant les accouchées

transportées à l'hôpital *in extremis*. L'institution des crèches était déjà un progrès, mais l'accumulation dans la même salle d'abcès du sein, d'ophthalmies purulentes, de péritonites, constituait encore de graves dangers. Ce n'est donc qu'à partir du moment où on obtient l'isolement complet des accouchées valides des salles de médecine et des accouchées malades qu'on arrive à des résultats satisfaisants. Si l'on ajoute à cela les précautions antiseptiques prises maintenant par les accoucheurs, leurs aides, les infirmières, tous ceux, en un mot, qui approchent les accouchées, on comprendra comment la mortalité des femmes en couches qui, en 1786, était de 1 sur 16, est arrivée successivement, en particulier à Lariboisière, à 1 sur 40, 1 sur 89, 1 sur 96, enfin pour les accouchements simples, à 1 sur 163.

PRÉSENTATIONS

M. SEVESTE présente un malade atteint d'un spasme fonctionnel du sterno-cléido-mastoïdien qui a résisté, jusqu'ici, à toutes les médications employées.

M. HUCHARD conseille de recourir, dans ce cas, à l'électrisation du muscle opposé.

M. HUCHARD présente le volume d'Axenfeld sur les névroses, revu et considérablement augmenté par lui.

ÉLECTION

MM. Moizard, Déjérine et Gombault sont élus membres titulaires.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 juin 1882. — Présidence de M. L. Labbé.

COMMUNICATIONS

Ligature de la carotide externe. — M. FARABEUF, à l'occasion de l'observation communiquée par M. Dubreuil (de Montpellier), dans la dernière séance, fait remarquer que cette observation montre un nouveau danger de la ligature de la carotide externe. Il faut donc imposer un lieu d'élection, au-dessous de la thyroïdienne supérieure, quitte à lier une collatérale trop voisine. La thyroïdienne supérieure naît presque toujours de la bifurcation plutôt que de la carotide externe. La linguale naît généralement à plus de 12 millimètres au-dessus de la bifurcation ; il y a de fréquentes anomalies, mais n'intéressant pas ce segment. Un tronc commun à la thyroïdienne supérieure et à la linguale est extrêmement rare. Il n'en est pas de même de la linguale avec la faciale. En outre ce lieu d'élection est chirurgical. Toutefois, ce segment n'est pas tout à fait net ; la pharyngienne inférieure naît souvent en arrière, un peu au-dessous de la linguale, à égale distance de la linguale et de la thyroïdienne, et on ne peut la voir. On ne s'en occupe ordinairement pas et on a raison.

Ce lieu d'élection, préférable à tout autre, n'est pas facile à découvrir. M. Farabeuf indique un moyen d'y arriver : c'est de prendre la grande corne de l'os hyoïde comme point de repère. Cette ligature est difficile. Il y a eu de fréquentes erreurs ; on a lié à sa place la carotide primitive, la thyroïdienne supérieure, la carotide interne, surtout si on cherche préalablement la carotide primitive pour remonter ensuite jusqu'à la carotide externe. La dissection, dans ce cas, est forcément plus étendue ; on coupe plus de veines ; quand il y a des collatérales, la difficulté est encore augmentée. En prenant l'os hyoïde comme guide, il est superficiel, la carotide externe est couchée au contact de la grande corne ; en outre il conduit nécessairement sur le lieu d'élection. M. Farabeuf l'a vérifié plus de deux cents fois. Lorsqu'on a la grande corne au-dessous, contre le pharynx, on trouve la carotide externe au lieu d'élection ; au-dessus on trouve forcément l'hypoglosse. Les veines embarrassent ordinairement l'opérateur. Elles sont rassemblées en un type. Dans les deux tiers des cas, le tronc thyro-linguo-facial croise obliquement la carotide primitive au moment où elle va se bifurquer. M. Farabeuf signale les diverses difficultés que l'on peut rencontrer et donne le moyen de les éviter pour la plupart.

M. DESPRÈS ne connaît pas d'opération plus simple et plus facile que la ligature de la carotide externe par le procédé indiqué vaguement par Malgaigne : placer le malade la tête inclinée du côté opposé, chercher la grande corne de l'os hyoïde, faire l'incision sur le milieu, inciser la gaine du sterno-mastoïdien, l'écarter en dehors, et on voit l'artère par transparence ; on coupe l'aponévrose et on a son artère d'emblée. Quand on doit lier la carotide externe, dans une grande étendue de libre, il faut lier tous les vaisseaux voisins ; on évitera ainsi les hémorrhagies secondaires et peut-être aussi des caillots volumineux comme dans le cas de M. Dubreuil.

M. TILLAUD pense, comme M. Farabeuf, que la ligature de la carotide externe offre de grandes difficultés parce qu'on n'a pas eu jusqu'ici de points de repère tangibles. Aussi accepte-t-il volontiers l'os hyoïde proposé par M. Farabeuf comme un point de repère de plus. Ce qui facilite l'opération, c'est surtout l'incision superficielle. Quand on cherche le bord antérieur du sterno-mastoïdien, c'est défectueux, on s'égare. La recherche de la bifurcation est aussi très-mauvaise. Il faut faire partir son incision de l'angle de la mâchoire, oblique, aboutissant au bord antérieur du sterno-mastoïdien, au niveau du bord supérieur du cartilage thyroïde ; il ne faut pas chercher à voir le sterno-mastoïdien. On arrive ainsi directement sur la gaine des vaisseaux. Sur le vivant leurs battements facilitent leur recherche. Il y a des branches collatérales très-importantes. Il faut avoir vu une collatérale avant de serrer son fil.

M. LE DENTU fait ressortir également l'importance des incisions superficielles. Il croit qu'il faut faire l'incision très-haut, empiétant sur la région parotidienne. On rencontre toujours des ganglions lymphatiques, il faut les extirper. Quand ils sont un peu gros, il faut agir avec prudence.

Le tronc veineux thyroïdo-linguo-facial est très-important comme point de repère. L'os hyoïde, comme l'a démontré M. Farabeuf, est également très-utile à ce point de vue.

M. VERNEUIL a lié trois fois la carotide externe sur le vivant. Il ne connaît pas de meilleur procédé que celui de M. Guyon. Il insiste sur la nécessité d'avoir une plaie exsangue ; il faut arrêter le sang, soit avec des pinces, soit avec des ligatures. Il faut isoler la veine et la couper entre deux ligatures. Enfin, il ne faut pas enlever les ganglions lymphatiques, sous peine de s'exposer à des hémorrhagies veineuses très-graves ; ou si on les enlève, il faut y placer des fils ou les enlever par la torsion.

M. DESPRÈS, avec Malgaigne, pense qu'il y a avantage à ouvrir la gaine du muscle. Quand la tête du malade est inclinée du côté opposé, le muscle sterno-mastoïdien recouvre la carotide externe. M. Desprès est d'accord avec M. Farabeuf sur l'importance de l'os hyoïde comme point de repère.

M. FARABEUF regarde l'extirpation des ganglions comme dangereuse. Il préfère ouvrir la gaine du muscle, mais à la partie inférieure.

M. LE DENTU croit que l'extirpation des ganglions, quand ils sont un peu volumineux, et quand on a soin de faire la ligature du hile n'est pas un danger.

M. MARCHAND trouve que le procédé décrit dans tous les traités de médecine opératoire est d'une facile application.

Élongation des nerfs. — M. MOUCHEZ (de Sens) lit une observation d'élongation du nerf dentaire inférieur droit pour une névralgie faciale rebelle, suivie de guérison.

Extirpation totale du calcanéum. — M. POLAILLON présente un jeune homme de dix-sept ans sur lequel il a pratiqué, il y a un an et demi, l'extirpation totale du calcanéum pour une ostéite nécrosique totale de cet os étant devenu le point de départ de fistules multiples. Le calcanéum s'est en partie reformé et ce jeune

homme marche aujourd'hui très-bien et a conservé tous les usages de son pied.

M. LE DENTU. Ce fait, très-remarquable, prouve une fois de plus qu'il faut, pour que cette opération donne de pareils résultats, que les malades n'aient pas dépassé vingt ans. M. Le Dentu a voulu tenter cette opération sur un homme ayant dépassé trente ans, mais il s'est trouvé en présence d'une soudure par ankylose du calcanéum avec l'astragale et il a dû pratiquer l'amputation de la jambe.

M. MARC SÉE fait observer que dans les cas semblables à celui de M. Polaillon. il faut enlever l'os en totalité, sans quoi on s'expose à voir persister des fistules.

M. POLAILLON rappelle avoir, en 1870, fait un travail sur l'extirpation dn calcanéum dans lequel il réunissait soixante-dix observations. Il a démontré, dans ce travail, que deux conditions étaient nécessaires pour que l'opération réussisse : le jeune âge des sujets et la forme nécrosique de l'ostéite.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La presse médicale vient de perdre un de ses doyens. C'est avec un très-vif regret que nous avons appris la mort de M. Amédée Latour, dont les obsèques se font aujourd'hui à Châtillon, où il habitait.

M. Latour avait collaboré à la *Gazette des hôpitaux*, et les feuilletons qu'il y signait du pseudonyme de *Jean Raimond* comptent parmi les pages les plus fines, les plus spirituelles qu'il ait écrites.

Depuis quelque temps la maladie, plutôt que l'âge, avait brisé la plume de cet écrivain consommé, qui savait ne pas garder rancune des plus ardentes polémiques.

Il était membre libre de l'Académie de médecine, officier de la Légion d'honneur, etc.

— Le corps médical belge vient de perdre son doyen, M. le docteur Nicolas Ansieux, professeur d'ophthalmologie puis de chirurgie à l'Université de Liége, mort dans cette ville à l'âge de quatre-vingts ans, et comptant plus de cinquante années de professorat.

— M. le professeur Baillon fera sa prochaine herborisation publique le dimanche, 2 juillet, dans la forêt de Fontainebleau. Le rendez-vous est à la gare de Lyon, où l'on prendra, à sept heures vingt-quatre du matin, le train pour Fontainebleau.

— M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle, suppléant M. le professeur Daubrée pour la seconde partie du cours de géologie, commencera mardi prochain 4 juillet, à quatre heures et un quart, dans l'amphithéâtre de minéralogie, une série de leçons sur la constitution géologique de la France, et les continuera les samedis et mardis suivants à la même heure.

— M. le docteur Chéron reprendra ses leçons cliniques sur les maladies des femmes à sa clinique, 9, rue de Savoie, le lundi 3 juillet, à midi et demi, et les continuera les lundis suivants à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les microbes, par John TYNDALL, traduit de l'anglais par L. DOLLO. 1 vol. in-8° de 372 pages avec figures dans le texte. — Prix : 8 francs. — Paris, F. Savy.

Hygiène et maladies des paysans, par M. le docteur A. LAYET, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Bordeaux. 1 vol. in-18. — Prix : 7 francs. — Paris, G. Masson.

La circoncision est-elle utile ? par CASTELAIN. In-8°. — Prix : 4 francs. — Paris, A. Coccoz.

Traitement des affections cutanées par les scarifications, par M. le docteur Venceslas BARTOSZEWICZ. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Frédéric HENRY.

De l'homicide commis par les enfants, par le docteur Paul MOREAU (de Tours), membre de la Société médico-psychologique. 1 vol. in-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Asselin et Cie.

De la contagion de la rougeole, par BÉCLÈRE. In-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, A. Coccoz.

De l'organisation départementale de la médecine publique, par DROUINEAU. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, G. Masson.

De la thrombose veineuse dans les tumeurs fibreuses de l'utérus, par Henry BASTARD. In-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, A. Coccoz.

Des hémorrhagies cutanées liées à des affections du système nerveux, et en particulier du purpura myélopathique, par Léon FAISANS. In-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, A. Coccoz.

Recherches expérimentales et cliniques sur l'inhibition et la dynamogénie, par BROWN-SÉQUARD. Broch. in-8°. — Prix : 1 franc. — Paris, G. Masson.

Le Traité de la goutte de Sydenham, traduit de l'anglais par le professeur Ch. LASÈGUE. 1 broch. in-18. — Prix : 50 centimes. Paris, Asselin et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 13081.

N° 77. — MARDI 4 JUILLET 1882. 55e ANNÉE. MARDI 4 JUILLET 1882. — N° 77.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

L'aphasie et les aphasiques (1).

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE. CLINIQUE. ÉTAT MENTAL. MÉDECINE LÉGALE.

XII

β. Le testament *olographe* est celui qui est écrit en entier, daté et signé de la main du testateur (article 970). Il n'est assujetti à aucune forme spéciale. Cependant, si tout en écrivant lui-même, le testateur se fait conduire la main par un tiers, le testament est nul ; néanmoins le tiers qui, sans conduire la main, intervient pour aider le testateur de ses conseils et de son expérience, ne nuit pas à la validité de l'acte.

On conçoit dès lors que deux conditions sont indispensables pour pouvoir tester : 1° l'aphasique doit pouvoir écrire soit de la main droite, soit de la gauche, s'il s'est fait une éducation nouvelle à la suite de la paralysie du membre droit; 2° il doit être capable d'assembler les mots de façon à construire des phrases logiques et dont la signification soit nette et précise.

Or les malades paralysés complètement de la main droite et qui n'ont pas éduqué leur main gauche, ceux qui, d'autre part, sont devenus de par le fait de l'aphasie des agraphiques, ne peuvent rédiger un testament olographe. S'il était vrai, comme l'a soutenu Trousseau, que les aphasiques écrivissent en général aussi mal qu'ils parlent, ils rentreraient tous dans cette dernière catégorie. Mais il en est un certain nombre, cela n'est plus douteux, qui, tout en ayant perdu la faculté de parler, ont conservé celle d'écrire, et ceux-ci peuvent indubitablement rédiger un testament olographe valable. Comme, d'autre part, la jurisprudence ne met à l'accomplissement de cet acte qu'une restriction, c'est « que l'acte n'est réputé écrit par le testateur qu'autant que celui-ci a eu, en l'écrivant, l'intelligence de la valeur des caractères que formait sa main », on peut admettre que les aphasiques peuvent recourir à cette forme testamentaire, bien qu'ils soient incapables de tracer *spontanément* un mot compréhensible, s'ils ont conservé le pouvoir d'écrire sous la dictée ou de tracer un modèle.

L'impossibilité de la lecture, c'est-à-dire la cécité des mots, n'entraîne pas fatalement avec elle l'incapacité de rédiger un testament olographe, puisque, comme vous l'avez vu, les malades qui en sont atteints, bien qu'ils soient inaptes à lire même leur propre écriture, peuvent cependant, dans certains cas, exprimer leurs pensées en langage écrit, le trouble des opérations centripètes ne supposant pas nécessairement celui des opérations centrifuges. « La connaissance de la cécité des mots, dit très-justement Mlle Skwortzoff, est excessivement importante pour le médecin légiste. Qu'on se figure un aphasique avec cécité des mots complète, mais non agraphique, qui fait son testament, met la date et qui meurt. Que dire de ce testament si bien écrit par une personne « qui ne savait même pas lire », si on est dans l'ignorance de ces faits, qui seuls peuvent le faire comprendre? »

Les aphasiques qui ont conservé la faculté d'écrire peuvent aussi tester sous la forme *mystique*. Le testament mystique se compose de deux actes : 1° l'écrit contenant les dernières volontés, — pièce secrète ; 2° la suscription, constatant la présentation du testament au notaire et l'accomplissement des formalités — acte public. Il suppose la faculté *d'écrire*, ou celle de *parler et de signer*. « En cas que le testateur *ne puisse parler*, dit l'article 979, mais qu'il puisse écrire, il pourra faire un testament mystique, à la charge que le testament sera entièrement écrit, daté et signé de sa main, qu'il le présentera au notaire et aux témoins et qu'en haut de l'acte de suscription il écrira en leur présence que le papier qu'il présente est son testament; après quoi le notaire écrira l'acte de suscription, dans lequel il sera fait mention que le testateur a écrit ces mots en présence du notaire et des témoins. » Si le testateur ne sait ou ne peut écrire, il doit au moins être capable de *parler* et de *signer*. En effet, d'après l'article 976, lorsque le testateur voudra faire un testament mystique il ne sera pas tenu d'écrire lui-même ses dispositions, pourvu qu'il les *signe* et qu'il *déclare*, en les présentant closes et scellées au notaire et aux témoins, que le contenu de ce pli est son testament écrit par un autre et signé de lui : il devra enfin signer l'acte de suscription que le notaire écrira sur l'enveloppe. — Enfin il est indispensable que le testateur sache lire ; « ceux qui ne savent ou ne peuvent lire ne pourront faire de dispositions dans la forme mystique » (art. 978). — Il résulte des exigences de la loi que le testament mystique ne peut être accompli par les agraphiques, puisque ces malades ne peuvent en général ni écrire ni

(1) Fin. — Voir le numéro du 27 juin 1882.

signer correctement; même lorsqu'ils ont conservé la faculté de signer, il ne leur est pas possible de tester sous la forme dont je m'occupe, car ils sont le plus souvent aphasiques en même temps qu'agraphiques.

Les malades qui ne peuvent ni parler, ni écrire, sont dans l'incapacité absolue de faire un testament: « On ne peut en effet tester par signes ou en répondant aux interrogations d'autrui, ni en remettant au notaire un projet écrit que celui-ci copierait. »

Un aphasique âgé de cinquante ans, dont j'ai déjà rapporté l'histoire (1), prit la résolution de faire son testament: ses projets étaient bien arrêtés, et il devait laisser à une vieille domestique un souvenir de quelque importance. Il fit en vain tous les efforts imaginables pour pouvoir assembler ses mots, former une phrase et déposer sur le papier l'expression de sa ferme et libre volonté. Les mots se présentaient les uns pour les autres, aucun membre de phrase intelligible ne put être formé, et l'écriture principalement était non pas irrégulière, non pas incorrecte, mais informe, décrivant des zigzags, et absolument indéchiffrable, tant le tremblement du bras droit était prononcé dès que le malade se mettait en demeure d'écrire. Ce défaut de coordination de la pensée, de la volonté et du mouvement, se renouvela un très-grand nombre de fois, et cet individu eut la douleur de se voir mourir avant d'avoir pu dresser tant bien que mal un acte de sa dernière volonté.

Le docteur A. Boucher (de Sancergues) a rapporté un fait analogue.

L'aphasique incapable de tester peut, dans quelques cas, procéder à la transmission de ses biens par le procédé de la donation entre vifs. Au mois de janvier 1865, je fus mandé par le docteur Poinsot, pour voir un hémiplégique affecté d'amnésie verbale. Prévoyant peut-être sa fin, ce malade avait voulu, quelque temps auparavant, remettre à l'une de ses parentes qui lui prodiguait des soins, une certaine somme d'argent qu'il avait mise en réserve quelque part. Il éprouva une peine infinie à se faire comprendre, malgré la mimique la plus intelligente et la plus expressive ; il y réussit cependant, et la cachette une fois trouvée, il mit sa parente en possession des valeurs. Voilà un exemple de donation mûrement souhaitée, librement consentie.

Hoffbauer a rapporté le cas de ce malade de Münden, qui, en 1743, demanda au gouvernement hanovrien le droit de tester et de disposer par signes en faveur de sa femme. Sa requête était écrite sous sa dictée, quoiqu'il ne pût ni parler, ni lire, ni exprimer ses pensées par écrit. Sur l'avis du médecin légiste Holman, trois interprètes furent désignés et prêtèrent serment. La femme entra en possession des biens de son mari.

Dans l'impossibilité où je me trouve de rapporter ici, ou même de résumer quelques affaires importantes de contestations testamentaires, en matière d'aphasie, je me contenterai simplement d'appeler votre attention sur le fait qui va suivre :

Obs. V. — *Affaire X... — Attaque d'apoplexie ; aphasie; continuation des fonctions de maire pendant cinq ans; testament olographe; validation; appel; confirmation de la décision des premiers juges* (2). — M. X..., riche propriétaire d'un de nos départements de l'Ouest, homme très-aimé et très-considéré, fut frappé subitement, à l'âge de quarante-sept ans, d'une attaque d'apoplexie avec perte de connaissance, paralysie complète du bras droit, incomplète de la jambe du même côté; la sensibilité était conservée.

Lorsque la connaissance revint, on constata l'impossibilité où était le malade de prononcer une seule parole.

Cet état s'améliora peu à peu, et M. X... commença par prononcer *oui*, *non*, puis quelques autres mots, mais en très-petit nombre. Ces quelques mots étaient toujours dits à propos.

« Tous ses amis, qui ont continué de le voir, ont constaté qu'il avait conservé toute son intelligence ; la mémoire paraissait même augmentée. Lorsqu'il avait plusieurs personnes avec lui, il prenait part à la conversation en approuvant ou désapprouvant, par oui et non, ce que chacun disait.

« Il jouait assez souvent chez lui à un jeu de cartes qu'on nomme mysty ou trente et un, et dans lequel il faut dire : Je m'y tiens. Pendant les quelques années qu'il est resté aphasique, il a continué à jouer ce jeu avec les personnes qui allaient le voir. Il prononçait très-bien : *M'y tiens*, et nous reconnaissions tous qu'il jouait aussi bien que le plus habile d'entre nous. Nous lui demandions même souvent un conseil. »

Telle paraissait être l'intégrité reconnue des facultés intellectuelles de M. X... que, maire de la commune et conseiller d'arrondissement lorsqu'il fut frappé en 1861, il fut maintenu dans ses fonctions et continua à les exercer jusqu'à sa mort, qui est arrivée le 2 mai 1867, c'est-à-dire pendant cinq ans, dans les conditions d'une aphasie à peu près complète, avec l'hémiplégie droite qui avait persisté.

Il avait en ces deux qualités de nombreuses signatures à donner et cette raison le détermina à apprendre à signer. Il y parvint en assez peu de temps.

Non content de ce résultat, il appliqua, avec une énergie très-rare de volonté, son intelligence à réaliser son intention formelle d'écrire de la main gauche, et il y parvint dans un temps assez court. Il put alors donner toutes les signatures qui lui étaient demandées. On le vit même écrire quelques lettres privées, mais c'était pour lui un travail assez pénible. Son écriture était fort lisible, les lignes n'étaient pas observées; mais les mots étaient bien détachés; la rédaction était correcte, aussi bien que l'orthographe. Il comptait parfaitement l'argent que lui versaient ses fermiers.

Il s'intéressait à la conversation, et, lorsqu'on annonçait un fait inexact, il le déniait et par ses gestes et par sa parole en répétant, jusqu'à ce qu'on l'eût rectifié : Non! non ! non! Il saisissait très-bien la plaisanterie, aimait les réunions, et, chez lui, dans son château, où il y avait souvent des dîners, son regard manifestait visiblement à ses convives le plaisir qu'il avait à les recevoir.

Dans ces conditions, M. X... fit un long testament olographe suivi de deux codicilles, et par lequel, changeant l'ordre de sa succession, il disposait de la totalité des biens et valeurs composant son hérédité. Après avoir désigné les personnes que le testateur instituait pour légataires universels, pour les parts de la succession afférentes aux lignes paternelle et maternelle, le testament contenait des legs particuliers d'une importance telle qu'ils réduisaient très-notablement la part des héritiers du sang.

Parmi ces legs particuliers s'en trouvaient deux : un d'une rente viagère de 1,000 francs au profit de la domestique de confiance du testateur et un autre d'une somme de 3,000 francs, une fois donnée, au profit de son valet de chambre, époux de cette dernière. La modicité de ces deux legs, qui ne représentaient qu'une très-minime partie de la succession, et qui n'étaient, après tout, que la juste rémunération de bons et dévoués services, exclut la pensée de toute captation exercée sur l'esprit du testateur par ses deux domestiques. M. X... était resté célibataire.

Ce testament écrit en double et refait à deux fois, comprenait plusieurs feuilles de timbre. M. X... avait mis assez longtemps à l'écrire, ne faisant chaque jour que quelques lignes. On constatait très-bien le commencement et la fin de ces lignes, en ce sens que l'écriture tremblée d'abord, devenait de plus en plus ferme, pour

(1) Legrand du Saulle. *La folie devant les tribunaux*, p. 245, et *Traité de médecine légale*, p. 631, t. I.

(2) Cette affaire est le résumé d'une communication que M. Billod, directeur-médecin en chef de l'asile de Vaucluse, a faite à la Société médico-psychologique, dans la séance du 26 mars 1876.

être à la fin assez tourmentée, comme étant l'œuvre d'une main qui se fatigue.

Le testament était d'ailleurs parfaitement libellé, si bien libellé même que les héritiers du sang, l'ayant attaqué, se prévalurent de cette perfection même pour le présenter comme ayant été rédigé par un homme d'affaires, mais dicté en fait dans toutes ses dispositions par la personne qui avait pris le gouvernement de sa personne et de ses biens. M. X... n'aurait fait, suivant eux, ce testament qu'en copiant machinalement un modèle, et cet acte n'aurait été par suite qu'une œuvre d'intrigue imposée habilement à la faiblesse d'intelligence et de volonté d'un paralytique.

Le tribunal de *** a, par son jugement, prononcé la validité du testament que l'on attaquait: ce jugement a été confirmé par un arrêt de la Cour ***.

Il résultait explicitement du jugement rendu :

1° Que les enquêtes, contre-enquêtes et expertises ordonnées par le tribunal, avaient établi péremptoirement que le testament et ses deux codicilles étaient bien écrits en entier, datés et signés de la main gauche de M. X..., et étaient dès lors son œuvre matérielle ;

2° Que dans l'esprit du tribunal, comme dans celui de la Cour d'appel, le testateur avait, au moment où il a écrit son testament, une intégrité suffisante des facultés intellectnelles pour pouvoir en comprendre et en saisir l'esprit et la portée.

Vous voyez combien sont complexes les questions relatives aux testaments des aphasiques. Je ne saurais sans doute vous détailler les diverses et nombreuses situations qui peuvent se présenter à vous à ce propos ; il me suffira d'avoir établi qu'en la matière on ne saurait porter un jugement raisonné et valable qu'à la condition d'être très au courant de toutes les particularités cliniques relatives à l'aphasie. C'est assez dire que le médecin seul aura la compétence requise pour émettre une opinion conforme à la réalité des choses, seul « il pourra démontrer, comme le dit M. de Finance, que tel malade incapable d'articuler un mot compréhensible pouvait cependant écrire d'une façon correcte, et qu'il était par conséquent en situation de faire dans la forme olographe un testament valable ; que tel autre, inhabile à écrire spontanément, sans le secours de la dictée ou d'un modèle, comprenait cependant et appréciait à leur juste valeur la signification et la portée des caractères tracés par sa main, et que dès lors toute surprise, toute erreur de sa part était impossible ; il pourra démontrer enfin que tel aphasique, incapable de relire l'acte qu'il vient de tracer à l'instant même, a pu néanmoins lui confier l'expression d'une volonté libre et réfléchie. »

En résumé, sur ce point spécial du degré d'aptitude à tester, mes conclusions générales seront les suivantes :

1° L'aphasique est supposé avoir conservé son intelligence ou une grande partie de son intelligence, lorsqu'il est resté fidèle à ses anciennes habitudes, et que, malgré la difficulté de manifester sa pensée et sa volonté, soit par la parole, soit par l'écriture, il a eu le souci de ses affaires, a pu surveiller ses intérêts, former des projets sensés, apprécier convenablement un homme, un évènement ou une chose, n'accorder sa confiance et son amitié qu'à bon escient et continuer plus ou moins les occupations qui ont été celles de toute sa vie ; lorsque, en un mot, il a peu différé de lui-même ou n'en a pas différé du tout.

2° Il y a lieu de suspecter légitimement l'état mental de l'aphasique qui, sans préoccupation aucune des affaires et des amitiés de la veille, sans souci des entreprises ou des difficultés du lendemain, sera devenu indifférent, apathique, négligent, oublieux des convenances, méfiant et crédule, irritable et passif ; qui n'aura plus pu gérer ses intérêts et se rendre compte de la situation exacte de son négoce ou de sa fortune ; qui se sera montré ému et larmoyant, au moindre prétexte ; qui aura fait preuve d'une véritable lésion des sentiments affectifs et dont l'attitude générale, à partir des accidents cérébraux, aura été notoirement en désaccord complet avec les tendances, la manière d'être et tous les antécédents de l'individu.

3° Le premier de ces aphasiques fait un testament valable ; le second, un testament très-discutable ou absolument nul.

CONTRIBUTION A L'HISTOIRE DE LA GOUTTE ANOMALE

Par le docteur DEBOUT D'ESTRÉES
Médecin inspecteur des Eaux de Contrexéville.

Ayant eu, l'an dernier, pour la première fois, l'occasion d'observer un *accès de goutte siégeant dans la parotide*, après d'infructueuses recherches dans les auteurs, je m'adressai en vain à nos maîtres, et parmi eux à ceux qui avaient été, par leurs travaux, appelés soit à étudier plus spécialement la goutte, soit à voir le plus grand nombre de goutteux, et parmi eux, entre autres, à MM. les professeurs Charcot et Sée. Je désespérais du résultat, lorsqu'au mois d'avril dernier le docteur Garrod, à Londres, et, en mai, le docteur Rotureau, à Paris, me déclarèrent avoir observé deux exemples de parotidite goutteuse. Toutefois, comme l'exemple de M. Garrod, postérieur à la dernière édition de son remarquable *Traité de la goutte*, n'a pas été livré à la publicité, non plus que le cas observé par notre confrère Rotureau, je n'hésite pas à publier le fait suivant, qui pourra servir aux praticiens qui se trouveraient en présence de la goutte parotidienne :

M. L. S..., homme de soixante-huit ans, client de M. le professeur Teissier (de Lyon), est un goutteux complet, ayant présenté à un degré plus ou moins accentué presque toutes les variétés des manifestations de la diathèse urique, accès de goutte articulaire franche, coliques néphrétiques, eczéma, dyspepsie et même une glycosurie relativement très-modérée.

Grand amateur de bonne chère et surtout de cuisine raffinée, administrateur financier des plus appréciés et des plus occupés, M. S... s'est toujours refusé à suivre l'hygiène que réclamait son état. Il s'est borné à venir assez régulièrement, depuis 1866, à Contrexéville y chercher, comme tant d'autres, l'impunité pour son déplorable régime. Du reste, les crises néphrétiques n'ont pas reparu depuis 1869, et les accès de goutte avaient très-notablement diminué de fréquence et d'intensité, lorsque, au mois de mai 1881, je fus appelé accidentellement auprès de M. S..., en ce moment à Paris. Le malade me raconta qu'étant allé la veille chez son dentiste, qui lui avait opéré une dent, il s'était réveillé dans la nuit avec un gonflement très-douloureux siégeant à l'angle de la mâchoire du côté gauche, au niveau de la région parotidienne. Je crus à la formation d'un abcès d'origine dentaire et employai les moyens ordinairement usités, mais, à ma grande surprise, après quarante-huit heures, l'aspect de la tumeur n'avait nullement changé, et je doutai de mon diagnostic. Sur le désir du malade, je priai alors M. le docteur Bucquoy, dont M. S... avait, l'année précédente, fait la connaissance autour de la Source du Pavillon, de venir nous éclairer de ses conseils. Notre savant confrère pensa que l'on ne pouvait attribuer le gonflement survenu qu'au traumatisme dentaire et que l'intervention chirurgicale le prouverait sans doute bientôt. Quel ne fut pas notre étonnement, en revenant le lendemain voir le malade, de constater la presque disparition de la tumeur, l'absence de douleur de la région et en même temps un accès de goutte siégeant dans le genou droit. Je revis seulement le malade au mois de juillet suivant, à Contrexéville, et il me raconta que la seconde parotide

avait été affectée ainsi que la première, et qu'au moment de son arrivée, à part un peu d'induration au niveau des deux glandes, il ne lui restait rien, si ce n'est un goût très-salé dans la bouche lors du début de chaque repas. En examinant ces deux glandes, je déterminai l'apparition de ce goût salé produit par la salive chargée d'urates que secrétaient les deux parotides, ce qui n'était en somme que l'*épiphénomène de la crise goutteuse*.

M. S... n'a pas eu depuis l'an dernier de nouvel accès ni articulaire ni parotidien. De même, le client de M. Garrod n'a présenté ces phénomènes qu'une fois, mais le malade du docteur Rotureau est plus intéressant encore, en ce sens que cinq fois le même fait s'est produit de la manière suivante : début par la parotide gauche, puis envahissement successif du genou droit, de la parotide droite et du genou gauche. Nous espérons bien que notre confrère tiendra la promesse qu'il nous a faite de publier le fait en détail, qui, ainsi que celui que je viens de relater, est, comme on a pu le voir, d'une rareté excessive et pourrait facilement jeter dans un embarras bien légitime un praticien même des plus éclairés.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 1er juillet 1882. — Présidence de M. Paul Bert.

COMMUNICATIONS

Métallothérapie. — M. **RABUTEAU** annonce un travail en cours de publication, dans lequel il pense démontrer que la métallothérapie, loin d'être une invention moderne, a, depuis des siècles, occupé l'esprit des savants; que, sauf pour les phénomènes de transfert découverts par la commission de la Société de biologie, il n'y a rien de nouveau dans les travaux de M. Burq; que ce qu'il regrette d'avoir lui-même appelé le burquisme, se trouve tout entier dans le perkinisme. Il exprime donc le regret que la Société de biologie se soit aussi longtemps et aussi sérieusement occupée d'une question si anciennement connue.

MM. **BOULEY** et **GRIMAUX** prennent énergiquement la défense de M. Burq contre les attaques de M. Rabuteau, et pensent, au contraire, que la Société de biologie a été bien inspirée et s'est honorée en rendant justice à ses travaux, qui, pendant vingt-cinq ans, ont passé pour l'œuvre d'un fou (1).

M. **BURQ** donne lecture d'un travail intitulé : *Justice pour tous; le Perkinisme et le Burquisme; les martiaux et la médication polymétallique dans la chlorose*.

Dans ce travail, M. Burq rappelle la façon dont, il y a cinq ans, M. Charcot rendait justice à ses travaux (Voy. *Gazette des hôpitaux*, mars 1878), et que ce fut M. Rabuteau lui-même qui, le premier, prononça le mot de burquisme. La métallothérapie, dit-il, a subi le sort commun à toutes les découvertes; elle fut niée pendant un quart de siècle; hier nous la défendions contre les revendications de M. Despine, et aujourd'hui M. Rabuteau déclare qu'elle ne contient rien de nouveau.

Se reportant aux travaux cités par M. Rabuteau, à ceux de Schwilgué, d'Alibert, etc., M. Burq montre qu'ils ne contiennent rien autre que ce que tout le monde connaît et qu'il n'ait lui-même cité. Association du fer et du cuivre, deux métaux pouvant s'annuler ; emploi toujours des mêmes métaux sur tous les individus et dans tous les cas indistinctement; application et quelquefois présentation seulement des tracteurs par leurs pointes, uniquement en vue de combattre spasmes et névralgies ; voilà tout le perkinisme. Où sont, dans ces faits, les effets physiologiques des métaux ; où sont les idiosyncrasies métalliques ; où Perkins a-t-il seulement soupçonné l'existence de ce réactif, l'anesthésie ou l'amyosthénie ; où est la métalloscopie ; où est la métallothérapie interne? M. Rabuteau aurait pu trouver dans la lecture des divers travaux de M. Burq de bien autres antériorités que le perkinisme. Dans ces travaux, en effet, sont décrits les anneaux constellés de Paracelse, les baignoires de cuivre de Pomme, les armures d'aimant, le perkinisme, l'acupuncture, les appareils électriques, les pratiques populaires, etc. Quelle est donc la cause des critiques aussi tardives qu'inattendues de M. Rabuteau, dont on connaît la prédilection pour les martiaux? M. Burq répond par les propositions suivantes :

La métallothérapie a démontré par des faits qui ne se comptent plus :

1° Que la théorie de l'action directement reconstituante du fer sur les globules du sang, dans l'aglobulie, est une vieille théorie chimiatrique qui ne supporte point l'examen ;

2° Qu'il n'est point vrai que le fer soit une sorte de panacée dans la chlorose ou l'anémie ; que le zinc, le cuivre, l'or, l'argent, et le platine lui-même, si complètement inconnu hier encore comme remède, agissent absolument de la même façon et dans les mêmes cas; que tous n'ont point d'autre effet que d'ouvrir la porte aux aliments, et seulement que le fer est le métal qui ouvre cette porte plus souvent qu'aucun autre métal ;

3° Que l'action de tel ou tel autre métal, intus comme extra, dépend exclusivement de l'idiosyncrasie ;

4° Que, lorsque le fer ne correspond pas à l'idiosyncrasie, il devient un ennemi ;

5° Que la métalloscopie, jetant des clartés inespérées dans le dédale de la thérapeutique par les métaux, permet de reconnaître sûrement, dans l'immense majorité des cas, quel est celui qu'il faut administrer ou appliquer.

Influence de la température dans l'inoculation des maladies infectieuses. — M. **PAUL GIBIER** rappelle avoir montré que, chez les animaux à sang froid, on pouvait, en élevant leur température, faire naître, par l'inoculation, des maladies infectieuses qu'on ne peut leur communiquer dans les circonstances ordinaires.

Dans le cas particulier, il s'agissait de donner le charbon aux grenouilles, et le jeûne, joint à l'élévation brusque de la température de l'animal à 30° et 33° puis à 35° centigrades, paraissent être les conditions nécessaires pour obtenir une inoculation positive.

Plusieurs membres de la Société ont fait des objections à ces expériences. On a dit que la bactéridie charbonneuse se développe peut-être chez la grenouille comme dans un milieu inerte.

Cette objection ne saurait avoir aucune valeur aux yeux de ceux qui connaissent la marche des maladies infectieuses. En effet, j'ai inoculé des grenouilles qui sont mortes presque aussitôt après l'inoculation; je les ai laissées dans l'eau chaude, et au bout de douze heures il me fut impossible de découvrir des bactéridies dans le sang ou dans les vaisseaux des viscères de ces animaux.

De plus, toutes les grenouilles inoculées ne meurent pas. Ainsi que je l'ai dit, plusieurs survivent; donc elles luttent contre l'invasion. Un milieu inerte ne saurait résister au développement du parasitisme.

Enfin, dans des préparations de sang et des coupes minces de foie, de muscles de grenouilles, que j'ai déjà eu l'honneur de présenter à l'Académie des sciences, on voit des embolies nombreuses, des obstructions vasculaires déterminées par des amas de bactéridies, absolument comme chez les mammifères. Ces oblitérations vasculaires multiples doivent suffire à expliquer la mort de la grenouille; ou bien si on veut continuer à la considérer comme un milieu inerte, on devra, étant donné l'identité des lésions, décerner la même qualité aux mammifères, et cela revient au même pour ce que nous avons voulu démontrer.

On a paru surpris de m'entendre dire que, chez la grenouille, les bactéridies du sang sont beaucoup plus longues que celles des mammifères, ce que je mets sur le compte de la différence de vitesse dans la circulation, qui est très-lente chez les grenouilles. Mais tout le monde connaît l'expérience qui consiste à semer des bactéridies dans plusieurs vases contenant du liquide de culture. L'un de ces vases est laissé en repos : les bâtonnets prennent de

(1) Il faudrait excepter la *Gazette des hôpitaux* qui, seule, a toujours rendu justice aux recherches de M. Burq.

grandes proportions en longueur, ils s'enchevêtrent en tous sens; un deuxième flacon est agité d'une façon lente et continue, un troisième flacon est agité plus vivement, et ainsi de suite. Eh bien! qu'observe-t-on? Les bactéridies sont d''autant plus courtes que l'agitation a été plus vive, et cela se comprend. On peut même empêcher, de la sorte, toute espèce de développement.

Une objection m'a encore été faite, que je me refuse à considérer comme peu courtoise, malgré la forme que lui ont prêtée certains journaux, et cette objection est celle-ci : «Il est impossible qu'une grenouille vive dans une eau à la température de 30°, 35 et 37°, surtout si on l'y plonge brusquement! »

Ma réponse sera péremptoire.

Voici un appareil que j'ai fait installer depuis trois jours dans la salle des séances de la Société; c'est un bain-marie, dans l'eau duquel je n'ai pu faire passer un courant d'air comme dans mes précédentes expériences. Malgré cela, ainsi que vous pouvez le constater, les grenouilles contenues dans cet appareil sont parfaitement vivantes et très-vives, bien que la température de l'eau ait dépassé 35°. Il y a plus de quarante-huit heures que j'ai introduit brusquement ces animaux dans l'eau où ils vivent actuellement, et à ce moment les trois thermomètres plongés dans le liquide marquaient 33° et quelques dixièmes.

Effets du froid sur la vitalité des trichines. — M. PAUL GIBIER communique, au nom de M. Bouley et en son nom, les résultats d'expériences entreprises en commun pour rechercher les effets du froid sur la vitalité des trichines contenues dans les viandes d'Amérique.

La vitalité des trichines existant dans les jambons fut constatée avant la réfrigération par les moyens suivants :

1° Au moyen de la chaleur : en chauffant doucement la platine du microscope, on voyait l'animal se mouvoir spontanément quand la température atteignait + 40°;

2° En colorant les préparations par le bleu d'aniline, le violet de méthylaniline ou le picrocarminate d'ammoniaque, les trichines restaient transparentes et ne se coloraient qu'après plusieurs jours. Mais, si on chauffait fortement la lame porte-objet, la trichine, après s'être agitée, éprouvait un mouvement brusque, puis restait immobile et se colorait rapidement;

3° Cinq jeunes oiseaux furent alimentés pendant huit jours avec cette viande préalablement dessalée. Dans les excréments et dans les intestins de ces oiseaux on trouvait une grande quantité de trichines vivantes.

La réfrigération fut portée à — 20° dans un jambon et à — 15° dans un autre. Dans le premier cas, la viande était restée exposée pendant quatre heures à un froid sec de — 27°, et, dans le second cas, à un froid de — 20° pendant six heures. La température était indiquée par un thermomètre à alcool introduit au centre du jambon.

Le froid était obtenu au moyen d'un appareil Carré, analogue à celui que MM. Mignon et Rouart viennent d'installer à la Morgue, et qui produit un froid de — 20° et — 25°, dans une étendue de 20 mètres cubes environ.

L'examen des viandes congelées a démontré que toutes les trichines qu'elles renferment sont mortes. Les procédés mis en usage pour cette constatation ont été les mêmes que les précédents, et les résultats de l'examen sont les suivants :

1° Sous l'influence d'une chaleur douce, les trichines ne présentent aucun mouvement. Quand on chauffe davantage, les trichines éprouvent les mêmes mouvements passifs que les fibres musculaires;

2° Soumises à l'action des colorants cités plus haut, les trichines se colorent en quelques minutes et d'une façon très-intense;

3° Cinq jeunes oiseaux de la même famille et du même âge que les précédents ont été nourris pendant un temps égal avec la même viande, mais congelée. Dans les excréments pas plus que dans les intestins de ces oiseaux, l'examen microscopique le plus minutieux ne put démontrer la présence d'une seule trichine. Le froid les avait tuées et la digestion les avait fait disparaître comme les matières organiques dénuées de vie.

Enfin, il semble que la température de 0° soit déjà très-nuisible, sinon fatale, pour la trichine. En effet, des fragments de muscle infectés de ces nématoïdes vivants furent scellés entre deux lames de verre et placés dans de la glace fondante pendant six heures. Au bout de ce temps on attendit encore quelques heures avant de colorer les préparations au bleu d'aniline. Les trichines étaient colorées au bout de deux heures et demie et ne présentaient aucun mouvement sous l'excitation de la chaleur.

Depuis plusieurs semaines, la viande congelée n'a pas changé d'aspect et ne peut être distinguée de celle qui n'a pas subi l'action du froid. Cet agent ne paraît pas détruire les effets du sel et de la *fumure*.

Il est de toute justice de dire, avant de terminer cette communication, que MM. Livon, Bouisson et Caillol de Poney, professeurs à l'École de médecine de Marseille, ont constaté antérieurement les mêmes effets du froid sur la trichine.

Il paraît donc démontré que la science possède dans le froid un agent puissant d'assainissement des viandes trichinées, qui pourra rendre service à l'hygiène publique.

Alimentation des agneaux par le sang desséché. — M. REGNARD présente des échantillons de laine provenant des agneaux nourris par le procédé qu'il a indiqué dans l'une des dernières séances (voir *Gazette des hôpitaux*, mai 1882). Ces agneaux ont actuellement, après quatre mois, quatre fois le poids des agneaux soumis au régime ordinaire. Ces derniers ont donné 555 grammes de laine, tandis que les premiers en ont donné 1060 grammes.

Emploi de l'eau oxygénée en chirurgie. — M. REGNARD présente, au nom de MM. Péan et Baldy, une note sur ce sujet (voir *Gazette des hôpitaux*, numéro du 27 juin 1882). Après avoir fait connaître les résultats obtenus à l'hôpital Saint-Louis et chez un certain nombre de malades de la ville par MM. Péan et Baldy, M. Regnard ajoute qu'il fait lui-même, en ce moment, dans le service de M. Jules Simon, des expériences sur le traitement des teignes par l'eau oxygénée. Jusqu'ici, les résultats obtenus sont aussi satisfaisants que possible.

M. PAUL BERT ajoute qu'une série d'expériences est en ce moment en voie d'exécution dans son laboratoire sur l'influence de l'eau oxygénée sur les ferments, les virus, etc.

L'eau oxygénée, telle qu'elle est livrée dans le commerce, c'est-à-dire contenant dix à douze fois son volume d'oxygène, est beaucoup trop forte pour être ainsi employée chez les malades, et pourrait donner lieu à de très-graves accidents. Il faut l'étendre de quatre, six ou huit fois son volume d'eau ordinaire, comme l'ont démontré les recherches de MM. Péan et Baldy à l'hôpital Saint-Louis.

M. BOULEY dit avoir assisté, il y a trois jours, à une ovariotomie pratiquée par M. Péan. L'opération était faite dans une atmosphère d'eau oxygénée, et M. Bouley a pu constater que, contrairement aux vapeurs phéniquées, les vapeurs d'eau oxygénée n'avaient aucune odeur.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Histoire de l'hôpital de Notre-Dame de Pitié de Paris (1612-1882) (1).

Par M. le docteur O. GUILLIER.

IV

LA PITIÉ ET L'HÔPITAL GÉNÉRAL (1656-1789)

Nous venons d'exposer dans le chapitre précédent, le triste sort qu'avait subi l'hôpital de la Pitié, et les évènements qui avaient nécessité la création de l'Hôpital général.

(1) Suite. — Voir le numéro du 17 juin 1882.

Nous croyons intéressant de reproduire ici l'édit d'établissement de cet hôpital, tel qu'il fut rendu par le roi Louis XIV en 1656.

Édict du Roy, portant établissement de l'Hôpital général pour le renfermement des pauvres mandians de la ville et des faux-bourgs de Paris.

Louis, par la grâce de Dieu, roy de France et de Nauare à tous présens et auenir, salut. Les Roys, nos prédécesseurs, ont fait depuis le dernier siècle plusieurs ordonnances de police, sur le fait des paures en nostre bonne ville de Paris et trauaillé par leur zèle autant que par leur authorité, pour empêcher la mandicité et l'oysiueté, comme les sources de tous les désordres. Et bien que nos compagnies souueraines ayent appuyé par leurs soins l'exécution de ces ordonnances, elles se sont trouuées néantmoins par la suite des temps infructueuses et sans effet, soit par le manquement des fonds nécessaires à la subsistance d'un si grand dessein, soit par le déffaut d'une direction establie et conuenable à la qualité de l'œuure. De sorte que dans les derniers temps et sous le règne du deffunt Roy, nostre très honoré Seigneur et Père, d'heureuse mémoire, le mal s'estant encores accreu par la licence publique et par le dérèglement des mœurs; l'on reconnut que le principal déffaut de l'exécution de cette police prouenoit de ce que les mandians auoient la liberté de vacquer partout et que les soulagemens qui estoient procurez, n'empêchoient pas la mandicité secrette et ne faisoient point cesser leur oysiueté.

Sur ce fondement fut proietté et exécuté le loüable dessein de les renfermer dans la maison de la Pitié et lieux qui en dépendent. Et lettres patentes accordées pour cet effet en 1612, registrées en nostre cour de Parlement de Paris suiuant lesquelles les paures furent enfermez et la direction commise à de bons et notables bourgeois qui successivement les uns après les autres ont apporté toute leur industrie et bonne conduite pour faire réüssir ce dessein. Et toutefois quelques efforts qu'ils ayent peu faire, il n'a eu son effet que pendant cinq ou six années et encores très imparfaitement, tant par le déffaut d'employ des paures dans les œuures publics et manufactures, que pour ce que les directeurs n'estoient point appuyez des pouuoirs et de l'authorité nécessaires à la grandeur de l'entreprise et que par suite les désordres et malheur des guerres, le nombre des paures soit augmenté au delà de la créance commune et ordinaire et que le mal se soit rendu plus grand que le remède.

De sorte que le libertinage des mandians est uenu iusqu'à l'excès par un malheureux abandon à toutes sortes de crimes qui attirent la malédiction de Dieu sur les Estats, quand ils sont impunis.

L'expérience ayant fait connaître aux personnes qui se sont occupez dans ces charitables employs que plusieurs d'entre'eux de l'un et l'autre sexe habitent ensemble sans mariage, beaucoup de leurs enfans sont sans baptesme et ils uiuent presque tous dans l'ignorance de la Religion, le mespris des sacremens et dans l'habitude continuelle de toutes sortes de uices.

C'est pourquoy comme nous sommes redeuables à la miséricorde diuine de tant de grâces et d'une uisible protection qu'elle a fait paroistre sur nostre conduite à l'aduènement et dans l'heureux cours de nostre règne par le succès de nos armes et le bonheur de nos uictoires, nous croyons estre plus obligez de luy témoigner nos reconnaissances par une royale et chrestienne application aux choses qui regardent son honneur et son seruice; considérons ces paures mandians comme membres uiuans de Jésus-Christ et non pas comme membres inutiles de l'estat.

Et agissans dans la conduite d'un si grand œuure non par ordre de police mais par le seul motif de charité.

Suivent cinquante-huit articles, qu'il est inutile de reproduire ici et dont les plus importants ont trait, au renfermement des pauvres, à la nomination des chefs de la direction et des directeurs perpétuels, à la composition de l'Hôpital général, qui outre la Salpêtrière comprend les maisons de la *Pitié*, du *Refuge*, de *Scipion*, de la *Savonnerie* et de *Bicêtre*.

Il est dit en outre que le roi est le protecteur de l'Hôpital général.

Les directeurs auront des pouvoirs juridiques déterminés.

Enfin exemption de la taille pour toutes les maisons composant l'hôpital.

Cet édit est ainsi terminé :

Si donnons en mandement à nos aimez et feaux conseillers les gens tenans nostre cour du Parlement de Paris, chambre des comptes, cour des aydes, que ces présentes ils fassent lire, enregistrer, garder, obseruer et entretenir selon leur forme et teneur à la diligence de nostre procureur général, auquel nous enioignons d'y tenir la main.

Mandons à nos aimez et feaux conseillers les présidens trésoriers de France à Paris, de faire pareillement registrer les dites lettres et de l'amortissement et exemption des francs-fiefs et nouueaux acquests et don des droits à uous deues, ioüir et user par le dit hospital général; cessant et faisant cesser tous troubles et empeschemens, dérogeant expressément à tout ce qui pourrait estre contraire à ces présentes et aux dérogatoires.

Car tel est nostre plaisir.

Donné à Paris, au mois de Avril, l'an de grâce, mil six-cent cinquante-six et de nostre règne le treizième.

Signé : LOUIS.

Par le roy

DE GUÉNÉGAUD.

Scellé du grand sceau de cire verte.

Depuis l'époque de la fondation de l'Hôpital général jusqu'à l'année 1676, parurent quarante-quatre arrêts ou ordonnances relatifs à cet hôpital, on les trouve consignés dans l'ouvrage de P. Jourdan (1).

La formation de l'Hôpital général amena une révolution complète dans la maison de la Pitié, et nous pouvons affirmer que ce n'est vraiment qu'à dater de cette époque que cet établissement rendit les services que l'on devait en attendre.

Ce fut la Pitié qui devint le chef-lieu (2) de l'Hôpital général et ce fut là que les administrateurs vinrent y tenir ordinairement leurs assemblées (3).

Dans toute cette grande administration, l'hôpital de Notre-Dame-de-Pitié reçut une destination spéciale.

D'après un procès-verbal dressé en 1663 par la commission du Parlement, il parut contraire aux bonnes mœurs de recevoir les deux sexes dans la même maison, et l'on affecta spécialement la Pitié pour recevoir les filles.

On recevait les enfants depuis l'âge de quatre ans et jusqu'à six ans, elles apprenaient à s'habiller et à faire leur prière. Depuis l'âge de six ans jusqu'à neuf, celles qui étaient susceptibles d'acquérir un peu d'instruction, apprenaient à lire, à écrire, ainsi que le catéchisme, et quand elles étaient en état de travailler, on leur enseignait le *Tricot de saint Marceau*, le tricot fin, la lingerie, la couture, le point

(1) *Histoire de l'établissement de l'Hôpital général avec les actes et pièces justificatives.* (Paris, 1676.)

(2) TENON, *Mémoire sur les hôpitaux* (1788), p. 11. — A. HUSSON, *Étude sur les hôpitaux*, 1862, p. 18.

(3) *Archives hospitalières de Paris.* Nous trouvons : 1° Un arrêt du Parlement du 18 avril 1657, faisant défenses à tous notaires, huissiers ou sergens de porter aucuns exploits à l'Hôpital général, ailleurs qu'au bureau de la Pitié;

2° Un second arrêt, également du 18 avril 1657, qui enjoint aux pauvres mendians de se rendre en la maison de la Pitié, pour être envoyés aux maisons de l'Hôpital général avec défense de mendier.

de France et autres manufactures qui leur permissent de gagner leur vie et de servir quand elles entreraient en condition. On appela l'endroit où étaient renfermés ces enfants : la *Grande Pitié* (1).

Plus tard, dans une cour complètement séparée de la Grande Pitié, et située derrière, on reçut une centaine de petits garçons de l'âge de douze à treize ans, dont la conduite et l'instruction étaient confiées à deux maîtres. Cette partie de l'hôpital fut appelée la *Petite Pitié*. Une des occupations de ces enfants consistait à assister aux enterrements (2).

Depuis cette époque jusqu'en 1809, on entretint toujours dans cette maison un grand nombre de pauvres enfants des deux sexes, qui pour y être admis devaient être de Paris ; on les instruisait au travail et c'était là ainsi qu'à la Salpêtrière, que beaucoup de personnes allaient demander des filles pour les servir.

L'enfant n'était accordée qu'après une exacte connaissance des personnes, et qu'après être demeurés d'accord du prix de ses gages. Quelques-unes étaient mariées à des artisans sur les mœurs et les biens desquels on prenait des informations toutes spéciales.

Pendant quelques années un nombre considérable de ces jeunes filles furent embarquées pour aller peupler nos colonies d'Amérique, où on les mariait.

(1) Dans le *Recueil des règlements* concernant l'Hôpital général, on trouve un *Mémoire* présenté au conseil, en faveur de l'hôpital de la Pitié, en 1762, par François-Nicolas *Brisout*, pour l'établissement de filatures propres aux toiles des Indes et de Hollande, mousselines, linons, batistes, perses, fils de Malines et autres filatures étrangères, *Méchanique nouvelle*, inventée sous les ordres du conseil par F.-N. Brisout. (T. II, p. 39.)

(2) Dans le nombre des dix-neuf paroisses qui composaient alors Paris, celles de Saint-Sulpice et de Saint-Benoît ne se servaient plus en 1784 des enfants de la Pitié que pour les convois de plus de 12 ou même de 18 prêtres.

Le prix qui était payé était de *dix sols* par chaque enfant pour la première douzaine, et d'*un sol* seulement au delà de ce nombre (*Code de l'Hôpital général de Paris*, 1786, p. 301).

CONCOURS

POUR L'ADMISSION DANS LE CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE.

En exécution des décrets et règlements concernant le corps de santé de la marine, un concours s'ouvrira successivement dans les écoles de médecine navale de Rochefort, de Toulon et de Brest, à partir du 1er septembre 1882, dans le but de pourvoir à douze emplois d'aide-médecin et à deux emplois d'aide-pharmacien.

Nul n'est admis à concourir pour le grade d'aide-médecin :

1° S'il n'est Français ou naturalisé Français ;

2° S'il n'est âgé de dix-huit ans au moins ou de vingt-trois ans au plus, accomplis au 31 décembre de l'année du concours ;

3° S'il n'est reconnu propre au service de la marine, après constatation faite par le conseil de santé ;

4° S'il ne justifie de deux années d'études dans une école de médecine navale, dans une Faculté ou dans une École préparatoire de médecine et de pharmacie ; dans ces deux derniers cas, le candidat devra établir son temps d'études en produisant ses inscriptions.

5° S'il n'est pourvu des titres universitaires exigés, dans les Facultés, des candidats qui se présentent aux examens du doctorat ;

6° S'il ne prouve qu'il a satisfait à la loi du recrutement, dans le cas où il aurait été appelé au service militaire en vertu de cette loi.

Nul n'est admis à concourir pour le grade d'aide-pharmacien s'il n'est pourvu des titres universitaires exigés, dans les écoles supérieures de pharmacie, des candidats qui se présentent aux examens de pharmacien de première classe, et s'il ne réunit pas, d'ailleurs, toutes les conditions requises des étudiants qui concourent pour le grade d'aide-médecin.

Il est établi, au secrétariat du conseil de santé des ports de Brest, de Rochefort et de Toulon, un registre pour l'inscription des candidats. Ce registre est clos vingt-quatre heures avant l'ouverture du concours.

Au moment de l'inscription, le candidat dépose les pièces constatant qu'il remplit les conditions pour l'admission au concours.

Il présente, en outre, les titres qui peuvent militer en sa faveur. Ces pièces sont rendues après les opérations du concours.

La circulaire ministérielle du 12 mai 1881 a fixé comme il suit les matières du concours pour le grade d'aide-médecin et le grade d'aide-pharmacien :

Pour le grade d'aide-médecin. — Premier examen (verbal). — Première partie : Anatomie descriptive : ostéologie, syndesmologie, myologie, angéiologie (artères veines), névrologie des membres, position absolue et relative des viscères ; deuxième partie : Préparation d'une pièce anatomique. — Deuxième examen (verbal). Éléments de pathologie générale et de séméiotique. — Troisième examen (verbal). Chirurgie élémentaire (théorie et pratique). — Quatrième examen (écrit). Pharmacologie, pharmacie élémentaire, posologie.

Pour le grade d'aide-pharmacien. — Premier examen (verbal). Première partie : Éléments d'histoire naturelle médicale ; deuxième partie : Détermination de plusieurs médicaments d'origine organique. — Deuxième examen (verbal). Première partie : Éléments de physique ; description d'un ou plusieurs médicaments ; deuxième partie : Une préparation pharmaceutique au laboratoire. — Troisième examen (verbal). Première partie : Éléments de chimie ; deuxième partie : Manipulation chimique au laboratoire. — Quatrième examen (écrit) : Pharmacie.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 13098.

N° 78. — JEUDI 6 JUILLET 1882. 55e ANNÉE. JEUDI 6 JUILLET 1882. — N° 78.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La séance a été brusquement interrompue par un comité secret, après deux communications dont on trouvera le résumé au compte-rendu.

Nous ferons seulement remarquer qu'il n'est pas très-rare, surtout dans l'Est de la France, de rencontrer un type analogue à celui dont M. le professeur Ball a décrit un spécimen sous le nom de *Crétin des Batignolles*.

Pour notre part, nous avons vu plusieurs exemples de ces individus arrêtés dans leur développement par une maladie de l'enfance, et présentant dans l'âge adulte l'aspect glabre, la taille, les gouts, le caractère d'un enfant, avec la peau terreuse, ridée, en apparence trop large, d'un vieillard. Nous en citerons un, notamment, dont peuvent se souvenir tous ceux qui sont allés aux eaux de Luxeuil par la station de Saint-Loup, avant l'achèvement du chemin de fer direct.

Soit à la ville, soit à la campagne, ce sont des êtres qui diffèrent essentiellement des vrais crétins par le développement de leurs sentiments affectifs et de conscience, par une appréciation assez judicieuse des actes et des caractères des individus qui les entourent; par une intelligence, peu étendue chez quelques-uns, peut-être, mais susceptible de culture, ainsi que l'a noté avec soin M. Ball pour le sujet dont il a parlé.

L'accroissement de leurs facultés cérébrales a été arrêté comme leur accroissement physique ; mais il ne s'est fait ni dépravation, ni déchéance. On peut dire que ce sont des enfants qui vieillissent sans cesser de l'être.

HOPITAL NECKER. — M. TRÉLAT.

I. Ostéosarcome du crâne. — II. Hygroma du genou.

I. J'ai fait entrer, il y a bientôt deux mois, un pauvre malade que j'avais bien l'intention d'opérer dès que j'aurais eu très-nettement diagnostiqué l'affection dont il était atteint. Malheureusement, peu de jours après son arrivée, j'ai hésité devant les accidents qui commençaient à se manifester, et bientôt toute opération est devenue absolument inutile. Je n'ai qu'un regret, c'est qu'il ne soit pas venu quelques jours plus tôt à l'hôpital, alors que, facile encore à opérer, nous eussions eu chance de le sauver.

Cet homme avait quarante-cinq ans; il était bien constitué, charretier de son métier, et sans aucun antécédent morbide. Depuis plus de deux ans, il souffrait de douleurs dans la région frontale droite, comme d'une migraine, avec éblouissements, qui duraient un jour ou deux et se terminaient quelquefois par des vomissements. Ces douleurs n'étaient jamais accompagnées de perte de connaissance, de syncope ni de convulsions.

Il nous a raconté que trois mois et demi environ avant son entrée il avait eu le crâne fortement contusionné par son tombereau, contusion violente, douloureuse, qui avait porté sur le côté opposé à celui dont il souffrait ordinairement. Cette blessure nous paraît donc n'avoir aucun rapport avec la maladie qui nous occupe, bien que ce fût quelques jours plus tard qu'il s'aperçut d'une petite grosseur sur la partie latérale droite du front.

Lorsqu'il est arrivé à l'hôpital, nous constatâmes l'existence au-dessus de la bosse frontale naturelle d'une tumeur mesurant 5 centimètres de diamètre. Si à cette époque nous l'avions opéré, dès le lendemain de son entrée, nous eussions eu raison. Mais, dans le cas d'une tumeur crânienne, dont les circonstances sont mal connues, l'examen demande un certain temps pour arriver à un diagnostic précis. Malheureusement la maladie marcha avec une telle rapidité, que huit jours après il était trop tard, et la prudence nous ordonnait de renoncer à toute opération.

Nous étions donc en présence d'une tumeur de 5 centimètres de diamètre, chez un homme bien constitué, qui n'avait jamais eu d'accidents syphilitiques, qui ne présentait d'autre tumeur en aucun point du corps, et dont le crâne offrait une conformation normale. La tumeur faisait une saillie hémisphérique assez ferme, mais sans avoir cependant la dureté des exostoses, assez régulière, à consistance osseuse, sans aucun point de ramollissement ni fluctuation. Elle était à peine lobée, et l'on sentait dans tout son pourtour un épaississement osseux comme dans les céphalématomes qu'elle ne rappelait cependant pas. Du reste, toute tumeur chronique sous-périostale, toute néoplasie détermine à la périphérie une poussée ostéogène par l'irritation du périoste à laquelle elle donne lieu, par suite un bourrelet osseux.

Quant à la nature de la tumeur, nous n'avions aucun doute, la contusion violente du crâne trois mois auparavant

vant n'ayant aucun rapport avec son développement.

Nous avions donc affaire à un sarcome ou, mieux, à une tumeur développée sur la paroi cranienne à laquelle elle attenait et avec laquelle elle avait une intimité parfaite. Or il n'y a que les exostoses et les tumeurs syphilitiques que nous éliminons immédiatement d'après les antécédents, ou bien un sarcome, un encéphaloïde ou un cancer.

On a dit à tort autrefois que l'encéphaloïde était l'altération la plus fréquente. C'est une vieillerie que nous repoussons absolument. Ce qui est vrai, au contraire, c'est que le sarcome des os est beaucoup plus fréquent.

C'était donc un sarcome développé dans l'épaisseur des os, qui n'avait pas perforé la voûte cranienne, qui n'avait donné lieu encore par conséquent à aucune manifestation cérébrale. Du reste la tumeur n'était pas réductible, comme dans le cas où la perforation des os est accomplie. Mais avait-elle envahi toute l'épaisseur de l'os? Cet homme souffrait beaucoup de ses douleurs de tête, hémicranie pénible qui irradiait en avant. 30 centigrammes de sulfate de quinine par jour et 1, 2 ou 3 milligrammes d'acide arsénieux firent merveille, et la médication fut alors suspendue au bout d'une dizaine de jours. Le malade était alors comme dans une période de calme, d'hébétude, de béatitude. Il éprouvait un tel bien-être qu'il s'y renfermait le plus possible et ne voulait plus guère se lever.

Il était alors infiniment probable que la tumeur tendait à se développer aussi vers l'intérieur du crâne et à envahir secondairement la dure-mère.

C'est quand notre diagnostic fut parfaitement établi que déjà la somnolence commençait à se montrer, que l'intelligence, tout en restant intacte, allait s'alourdissant. Pendant ce temps la saillie extérieure formée par la tumeur augmentait, et son diamètre, de 5 centimètres qu'il était le lendemain de l'arrivée du malade à l'hôpital, s'élevait en un mois à $0^{m},092$ dans un sens et à $0^{m},10$ dans l'autre.

Enfin il y a huit jours, il survenait une hémiplégie d'abord du bras gauche, puis bientôt de tout le côté, s'accompagnant de vertiges, et le malade mourait en quarante-huit heures dans le coma avec des phénomènes de compression cérébrale des plus manifestes.

La conclusion de cette observation est que cet homme a succombé, non pas à la nature de sa tumeur, mais bien à la compression que celle-ci a exercée sur l'encéphale en se développant à un moment donné, non-seulement dans les parois du crâne, mais encore dans l'intérieur de la cavité cranienne. Aussi je répète ce que je vous disais en commençant: s'il était entré quelques jours plus tôt, nous l'eussions opéré, et supprimant la tumeur dont la présence seule a causé les accidents mortels, cet homme vivrait actuellement, et, s'il n'était pas guéri, tout au moins il aurait obtenu une période de survie plus ou moins considérable.

Ces tumeurs doivent donc être opérées, sauf le cas où elles sont multiples. Virchow, dans son *Traité des tumeurs,* cite un cas semblable où le malade portait deux tumeurs pariéto-frontales. Celui-ci mourut beaucoup plus tard que le nôtre, dans le marasme, et lorsque l'on fit l'autopsie, on découvrit six ou sept vertèbres envahies également par le sarcome. La maladie s'était tellement généralisée que l'estomac et l'intestin eux-mêmes étaient atteints.

Il résulte donc de notre fait et d'observations semblables, que, lorsque la tumeur est unique, qu'elle est circonscrite, abordable, le chirurgien doit se hâter d'en faire l'ablation.

II. Je veux revenir aujourd'hui en quelques mots sur ce que je vous ai dit dans une précédente séance sur les hygromas que nous avons opérés dernièrement (1).

Ces deux tumeurs étaient des plus volumineuses qui aient été encore signalées. Elles offraient, dans l'une d'elles du moins, une petite particularité que je dois aussi vous indiquer, c'est-à-dire qu'à côté de la grande cavité il en existait une seconde plus petite, ce qui n'est pas tout à fait rare. En effet, ces bourses séreuses sont assez fréquemment cloisonnées par des petites brides fibreuses, et lorsque ces cloisons viennent à s'épaissir, comme c'est le cas dans l'hygroma, la séparation devient complète et la tumeur se trouve formée par deux cavités de dimensions très-différentes. La multiplicité des kystes tient donc, dans la majorité des cas, à de fines cloisons préexistantes dans la bourse séreuse.

L'hygroma est assez fréquemment le siège d'un épanchement sanguin tel que, pendant l'opération, il donne parfois issue à un jet de sang. Cela tient à ce que les parois kystiques tendent à se recouvrir de néo-membranes vasculaires qui constituent une couche formée par des bourgeons charnus, comme dans toutes les séreuses qui sont irritées et donnent facilement lieu à des hémorrhagies internes. Dans ce cas, la tumeur peut alors parcourir les différents stades d'un véritable hématome, épanchement sanguin, coagulation du sang, coagulation fibrineuse et concrétions plus ou moins dures d'origine sanguine.

Ce sont là des faits que l'on ne signale généralement pas.

Enfin je dois également vous citer les variations d'épaisseur des parois de l'hygroma dans ses différents points. C'est ainsi que dans la région antérieure qui correspond à la peau nous trouvons une épaisseur des parois atteignant de 9 à 10 millimètres, tandis qu'en arrière elle ne dépasse pas 1 millimètre et demi. C'est une sorte de prolifération dans le sens fibroïde.

HOPITAL DU MIDI. — M. CHARLES MAURIAC.

Des syphilides (2).

IV

7° *Caractères des squames et des croûtes syphilitiques.* — Les squames des éruptions spécifiques sont plus minces, moins nombreuses, moins luisantes que celles des éruptions communes, et elles ne présentent jamais une imbrication compliquée; souvent même elles n'en ont pas du tout et elles ne recouvrent qu'incomplètement la saillie éruptive. Elles se distinguent de celles du psoriasis par leur peu d'adhérence et de saillie et leur couleur grisâtre, blanchâtre, ambrée plutôt que blanche. Les écailles de l'exfoliation sont petites et n'ont aucune tendance prononcée à s'entasser et à se condenser régulièrement en largeur et en épaisseur. Vous observerez fréquemment autour des papules, à leur base, un petit liséré épidermique blanchâtre, en forme de collerette, auquel Biett attachait une importance fort exagérée. Les squames blanchâtres sont constituées par des écailles épidermiques; celles qui présentent une teinte brune ou ambrée résultent d'un mélange de sérum concrété et d'écailles épidermiques. — Les *croûtes* des pustules et des ulcérations syphilitiques ont des formes, des teintes et des dispositions caractéristiques. Dans les pustules superfi-

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1882, p. 564.
(2) Suite. — Voir le numéro du 22 juin 1882.

cielles, la sécrétion purulente se dessèche rapidement et forme une croûte également superficielle qui recouvre une base indurée (syphilide papulo-crustacée). Dans l'impétigo et surtout dans l'ecthyma la croûte s'enfonce un peu dans la peau enflammée et présente des nuances sombres et sales qui vont du jaune grisâtre au vert foncé et au noir. Les croûtes syphilitiques ont une propension constante à l'épaississement conique par stratification, qui s'accuse en raison directe de l'étendue et surtout de la profondeur des ulcérations sous-jacentes. Ces conditions se trouvent réunies au plus haut degré dans la rupia. Les croûtes qui résultent de cette grave lésion cutanée n'ont pas d'analogues dans les autres dermatoses. Leur couleur est d'un brun noirâtre ou vert, leur forme conique, leur stratification très-accusée par des rebords et des sillons concentriques de leur base à leur sommet. Elles sont enchâssées dans le derme détruit et reposent sur une surface liquide, sur une sorte de mare remplie d'un pus ichoreux dont la viscosité concrescible fournit sans cesse des matériaux à la stratification crustacée. Aussi M. Zeissl a-t-il dit avec raison qu'elles « nagent et sont tenues à flot par le pus ». La régularité de leur forme et de leur structure est due en partie à la lenteur de leur formation. Toutes les croûtes des syphilides tardives et profondes, tuberculo-gommeuses, sont d'une coloration brune, noire ou vert foncé ; leur surface est toujours inégale, rugueuse et ressemble à une coquille d'huître boueuse. Les croûtes du lupus scrofuleux sont d'un brun bleuâtre mêlé de jaune.

8° *Ulcérations.* — Leur forme est arrondie, circulaire ou en fer à cheval ; leurs bords sont nets et taillés à pic, non décollés. Leur fond est grisâtre et pseudo-membraneux. Elles reposent souvent sur une base néoplasique dure qu'elles envahissent peu à peu et qui, se renouvelant autour d'elles, leur fournit un aliment continuel. Aussi s'étendent-elles toujours dans le sens centrifuge, et pourtant elles ne s'agrandissent pas à l'infini, parce qu'à mesure qu'elles élargissent le cercle de leur action, leur centre se cicatrise. C'est là un de leurs caractères les plus remarquables. Leur pus est sanieux, fétide, très-plastique et souvent mélangé de sang. L'aréole qui les entoure est d'un rouge très-foncé qui tourne au brun et au noir pigmentaire. — Les ulcérations sont disséminées (rupia, ecthyma) ou groupées suivant des lignes courbes (tubercules) et séparées par des intervalles de peau saine ou par des infiltrations néoplasiques fragmentées ou en larges plaques continues. — A ces ulcérations succèdent des cicatrices arrondies moins grandes qu'elles et dont la dépression centrale est en rapport avec la perte de substance du tégument. — La membrane cicatricielle est unie et très-fine ou plissée et ridée. Dans les premiers temps elle est d'une coloration brune et violacée qui disparaît peu à peu pour faire place à la teinte blanche que présentent toutes les cicatrices. Autour de cette cicatrice il y a souvent une aréole pigmentaire d'un vert brun foncé ou tout à fait noir, qui tranche sur la surface blanche qu'elle circonscrit et sur la peau saine périphérique. Cette aréole est très-longue à disparaître. D'après la forme et la disposition des cicatrices on peut quelquefois porter un diagnostic rétrospectif, reconnaître par exemple qu'un syphilide tuberculeuse a été circonscrite et serpigineuse suivant la dissémination, le groupement, la forme spéciale et l'étendue des cicatrices.

Je viens de vous décrire cette partie de la symptomatologie générale des syphilides qui comprend leurs caractères objectifs. Je serai plus bref sur leurs caractères subjectifs, car leur peu de développement ou même leur absence complète est une des particularités les plus remarquables de ces sortes de dermatopathies.

9° *Absence de douleur, de démangeaison et de fièvre.* — Grâce à l'indolence de leur nature et de leur processus, les éruptions syphilitiques ne causent, en général, aucune irritation de la peau. Sans doute, un faible degré de prurit peut se montrer dans quelques éruptions généralisées et précoces dont l'évolution est exceptionnellement aiguë ; mais le fait est rare et la sensation prurigineuse est toujours beaucoup moins intense et plus éphémère que dans les mêmes éruptions d'ordre commun. La démangeaison, quand elle existe, est peut-être plus prononcée au cuir chevelu qu'ailleurs, et lorsqu'elle accompagne les éruptions précoces, elle se limite aux extrémités supérieures. Son absence dans les éruptions est d'un grande importance pour le diagnostic et doit faire penser immédiatement à la syphilis. Cependant il faut tenir compte des circonstances qui la peuvent provoquer dans les syphilodermies où elle fait habituellement défaut : ces circonstances sont le lymphatisme, une peau fine et naturellement irritable, les pressions, les tiraillements, l'abondance des sécrétions cutanées sur les points envahis, certaines professions comme celles des ouvriers qui travaillent au milieu de poussières, la constitution dartreuse ou arthritique, le tempérament bilieux, la faiblesse, l'âge avancé et l'irritabilité nerveuse des malades, la malpropreté, une mauvaise hygiène, etc.

Les complications prurigineuses si rares, surtout à un degré intense, dans les dermatoses syphilitiques, doivent toujours éveiller l'attention et faire songer à la coexistence d'une autre éruption. — D'après le professeur Gamberini, la démangeaison, d'origine purement syphilitique, présenterait ce caractère remarquable de résister au mercure, à l'iodure de potassium et aux arsenicaux administrés séparément, et d'être combattue au contraire avec succès par la liqueur de Denowan, où ces trois spécifiques sont réunis.

La douleur est encore plus rare que la démangeaison dans les éruptions précoces ; mais il faut noter pourtant que les plaques muqueuses des commissures labiales, de l'entrée des narines, de l'anus, des orteils, causent, lorsqu'elles s'ulcèrent ou deviennent fissuraires, de très-violentes cuissons. — Dans les formes ulcéreuses, surtout dans celles qui sont précoces, confluentes et malignes, les ulcérations serpigineuses qui labourent la surface cutanée sont parfois très-douloureuses. La lenteur de l'évolution est en général une garantie d'indolence. — Quant à la fièvre, vous ne l'observerez que dans deux circonstances : au début de l'intoxication comme prodrome ou conséquence des premières poussées exanthématiques généralisées, et plus tard à la suite de graves syphilodermies qui ont jeté les malades dans un état de cachexie profonde. C'est alors une fièvre hectique, une fièvre de suppuration qui manque dans les formes discrètes et lentes, mais qui se manifeste presque toujours tôt ou tard dans les syphilides malignes, précoces, confluentes et serpigineuses.

Pour compléter le tableau que je viens de vous tracer à grands traits, il me reste à vous parler du processus des syphilides. C'est un chapitre important de leur histoire, et peut-être doit-on le mettre, comme valeur séméiotique gé-

nérale, sur la même ligne que celui des caractères spécifiques. Vous me verrez, du reste, dans le cours de ces leçons donner toujours une grande place aux questions qui se rattachent à la marche, à la durée et à la terminaison des affections syphilitiques. Dans l'évolution, en effet, se concentrent tous les traits de physionomie, toutes les variétés d'expression symptomatique qu'amène fatalement dans une même maladie la succession des temps.

La chronicité et l'aphlegmasie constituent, vous le savez, une des circonstances phénoménales les plus constantes des syphilides. Eh bien, on les retrouve invariablement dans la façon dont les éléments éruptifs en particulier et les poussées générales dans leur ensemble évoluent depuis leur naissance jusqu'à leur disparition. La lenteur du développement tient à plusieurs causes. Une première cause c'est la nature de la diathèse elle-même qui, s'emparant peu à peu de l'économie, ne procède point par violence et par brusques assauts, comme les intoxications morbides des fièvres exanthématiques virulentes, par exemple. Aussi les évènements ne se précipitent-ils point; la lutte est sourde comme l'invasion, et il ne se fait aucune dépense instantanée de synergie réactionnelle vigoureuse contre les effets de l'empoisonnement. Deux autres causes contribuent à imprimer une marche lente aux déterminations syphilitiques cutanées et muqueuses. Ce sont, d'une part, le processus propre à chaque élément générateur, et, d'autre part, le mode successif qui préside à la formation d'une syphilide quelconque. Prenez la lésion élémentaire, tache érythémateuse, papule, tubercule, gomme, pustule : elle met toujours un temps considérable pour parcourir chacune de ses phases. Quand elle finit à la longue par acquérir sa plénitude d'efflorescence, elle y persiste, ne se flétrit pas, ne se précipite point dans la régression, et lorsque celle-ci commence, on en peut suivre les étapes pendant des semaines et même des mois. Remarquez en outre que la lésion élémentaire, dans les syphilides, est fixe et ne présente ni la facilité de déplacement, ni la tendance à la délitescence qu'on observe dans beaucoup d'autres dermatoses. — Le mode successif de l'éruption est une cause de longue durée bien particulière aux syphilodermies. Voici ce qu'il faut entendre par là : dans beaucoup d'affections cutanées, le mouvement éruptif fait éclore partout et simultanément les érythèmes, les papules, les vésicules, etc. Dans la syphilis, les lésions similaires ou différentes qui constituent une même poussée, n'entrent en scène que les unes après les autres. Aussi trouverez-vous souvent à côté d'une papule affaissée, pâle, flétrie et en pleine décadence, une jeune papule qui pointe à peine, une autre qui grandit encore, une autre qui reste stationnaire. — Ou bien vous verrez des taches érythémateuses de roséole, près d'atteindre leur période de déclin, se couvrir d'un semis de papules miliaires et reprendre une nouvelle vie, etc., etc. La même poussée de syphilides ne se compose donc pas comme étapes de celles qui appartiennent à chacun de ses éléments. Elle est constituée par une série de petites poussées subordonnées à la poussée générale, qui la rajeunissent sans cesse et prolongent singulièrement son existence. Aussi est-il difficile de distinguer nettement des périodes dans une même attaque de syphilide. Sans doute, comme toutes les autres affections, celles-ci commencent, grandissent, persistent, puis diminuent et disparaissent. Mais les lignes de démarcation entre l'augment, l'état et le déclin sont souvent fort indécises. Il faut ici, pour apprécier la phase de la détermination, tenir compte du nombre et de l'intensité de vie des nouveaux produits morbides. Quand leur éclosion se fait sans cesse et partout, quand chacun d'eux est robuste et paraît résolu, comme ses devanciers, à parcourir le cercle entier de son évolution, on doit s'attendre à une longue durée ou à une de ces terminaisons équivoques, incomplètes qui ne sont trop souvent que le prélude d'une nouvelle poussée. La rareté, l'état malingre, la vie courte et précaire des nouveaux éléments qui s'entremêlent aux premier-nés de l'éruption et les renforcent, sont au contraire le signe d'une durée relativement courte et d'une terminaison prochaine. — Outre que les éruptions syphilitiques sont fixes et ne voyagent pas comme les éruptions dartreuses, elles ne récidivent jamais, du moins dans les mêmes formes, et c'est là un excellent caractère distinctif entre les manifestations tégumentaires des deux diathèses, pour le dire en passant. Cette remarque s'applique surtout aux grandes poussées; elle est vraie aussi pour les éruptions successives de la même poussée, et cette circonstance contribue pour une bonne part à prolonger la durée des syphilides. Aussi ne faut-il pas tenir compte seulement, pour la calculer, du nombre et de l'énergie des nouvelles éclosions, mais de la nature des lésions qui se produisent. Il y a, par exemple, beaucoup plus de chances pour qu'une roséole érythémateuse se prolonge au-delà de son terme habituel, si au lieu que ce soit des taches qui se reproduisent, ce sont des papules qui se mêlent ou se superposent à l'érythème qui existait déjà.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 juillet 1882. — Présidence de M. Gavarret.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend : 1° un mémoire manuscrit de M. Brodier (de Bazancourt) sur une épidémie de scarlatine; 2° une lettre de M. Louis Mond qui revendique la découverte de l'emploi de la pilocarpine contre la rage.

M. Bouley demande l'insertion au procès-verbal d'une lettre de M. Jaccoud, qui rappelle que, dans son *Traité de pathologie interne*, édition de 1871, il a assigné, avec les Allemands, la région bulbo-méso-céphalique comme siège du virus rabique. Cette maladie a été décrite par un auteur allemand sous le nom de dermo-pneumo-tétanos.

PRÉSENTATION

M. Bouley présente, de la part de MM. Mallet et Lebat, une note sur le traitement de la rage du chien par les injections hypodermiques de nitrate de pilocarpine. Conclusions : 1° la pilocarpine a été inefficace contre la rage confirmée chez deux chiens; 2° une dose de cet alcaloïde, insuffisante pour des animaux bien portants, a été toxique pour l'un des deux chiens; 3° la pilocarpine a fait cesser les accès furieux du second chien et a provoqué un état de torpeur des plus accusés, sans que la marche de la maladie ait été enrayée.

M. le Président annonce la perte que l'Académie vient de faire dans la personne de M. Amédée Latour.

M. Dechambre, sur l'invitation de M. le président, lit le discours qu'il a prononcé sur la tombe de M. Latour, au nom de l'Académie.

COMMUNICATIONS

Le crétin des Batignolles. — **M. Ball** lit un mémoire sur un cas fort remarquable de crétinisme sporadique et non héréditaire qu'il a observé dans son service de l'hospice Sainte-Anne.

Il s'agit d'un homme âgé de trente et un ans, dont les organes génitaux sont complètement développés, mais dont la taille et l'aspect extérieur lui donnent l'apparence d'un jeune enfant. Son père avait trente et un ans et sa mère quarante-deux lors de sa naissance; ils n'ont pas cessé de se bien porter. Trois de leurs enfants sont morts de convulsions, l'un à dix-huit mois, un autre à trois ans, une fille à dix mois; un quatrième enfant, une fille aussi, avait atteint l'âge de treize ans et paraissait en avoir vingt, tant elle était bien développée, quand elle mourut d'un abcès du foie.

Le malade dont il s'agit, né le cinquième, eut un développement régulier jusqu'à l'âge de onze mois. Il marchait déjà seul et commençait à parler lorsque, après avoir été maltraité par sa nourrice qui l'a laissé jeûner longtemps, il fut pris de fortes convulsions, qui ont duré presque sans interruption pendant trois mois et revenaient presque tous les jours. Enfin la maladie a cessé; mais l'évolution du jeune sujet avait reçu un échec définitif.

La taille n'est que de 1 mètre 103 millimètres. La dentition est restée très-incomplète, et pendant quelques années la langue s'échappait à travers les arcades dentaires.

Si ce nain n'est pas complètement idiot, son intelligence n'a jamais acquis un développement normal. Il comprend bien ce qu'on lui dit, mais il éprouve beaucoup de difficulté à s'exprimer. Il n'a jamais pu apprendre à lire. Il se rend cependant assez bien compte des circonstances ordinaires de la vie. Il connaît les personnes qui l'entourent, et sait apprécier les bons et les mauvais procédés.

Il paraît enfin doué d'un certain degré de mémoire. Au point de vue moral, son caractère est celui d'un enfant affectueux, doux et paisible; il aime beaucoup sa mère, moins son père, dont il apprécie la mauvaise conduite. Il s'amuse comme un enfant, et malgré le développement des organes sexuels, il ne semble avoir aucun vestige de l'instinct génital.

Le visage est complètement imberbe; la peau, terreuse et ridée, ce qui lui donne un air vieillot, paraît trop large en tous sens pour les os qu'elle recouvre.

La figure est sans expression, le nez aplati, les yeux très-écartés l'un de l'autre, les paupières volumineuses et lisses; la bouche, largement fendue, offre des lèvres tuméfiées et pendantes, surtout l'inférieure.

La tête est grosse, mais irrégulière; le front, fuyant en arrière, contribue à retrécir le diamètre antéro-postérieur du crâne. Les fontanelles sont ossifiées, la réunion de l'occipital aux pariétaux est marquée par une espèce de crête formée par un certain degré de chevauchement de l'occipital; le pavillon de l'oreille est replié sur lui-même.

La taille est extrêmement courbée, et l'on pourrait presque prononcer, à cet égard, le nom de cyphose. Le ventre est proéminent, mais la poitrine est normale et les bras sont bien faits. Les mains sont petites, ramassées, les doigts sont courts et les rides de la peau plus abondantes à ce point que partout ailleurs. Comme infirmité proprement dite, on ne trouve que des hémorrhoïdes externes.

L'appétit est excellent, le sommeil bon. Tous les sens spéciaux paraissent être à l'état normal, et la sensibilité tactile ne laisse rien à désirer.

L'arrêt de développement a été provoqué par une maladie cérébrale qui s'est traduite par des convulsions prolongées, chez ce malade, qui présente tous les attributs extérieurs du crétinisme, sans avoir subi l'influence du goître.

Il s'agit incontestablement d'un cas de crétinisme sporadique, sans intervention de l'hérédité.

Sur un terrain propice, le crétinisme s'est développé à la suite de mauvais traitements qui, peut-être, sur un sujet mieux disposé, n'auraient pas eu les mêmes conséquences.

Le sujet paraît capable d'un certain degré de culture intellectuelle, et déjà, depuis son entrée à la clinique, les quelques leçons qu'il a reçues lui ont fait réaliser de sensibles progrès.

Notons, à cet égard, que, suivant la remarque d'un auteur anglais, les idiots des villes sont beaucoup moins dégradés au point de vue physiologique que ceux des campagnes.

Voici quels sont les diamètres de la tête :

Diamètre antéro-postérieur maximum. .	0,205	millimètres.
— transverse.	0,145	—
— sus-auriculaire.	0,140	—
— temporal maximum.	0,140	—
— frontal minimum.	0,110	—
— vertical bi-auriculaire.	0,122	—
Indice céphalique.	70, 73	—

Recherches sur le convallaria maïalis. — M. GERMAIN SÉE fait une communication sur un nouveau médicament cardiaque, le muguet ou convallaria maïalis. Le muguet, dit M. Sée, était connu de temps immémorial chez les paysans russes comme un moyen certain de guérir l'hydroposie. En 1850, deux médecins russes en firent l'objet d'expériences qui restèrent inédites, mais dont les conclusions furent publiées. Ces expériences avaient été faites sous la direction du professeur Botkin, dont l'autorité a engagé M. Sée à entreprendre de nouvelles recherches sur ce médicament.

Le résultat de ces recherches est que le convallaria maïalis constitue un médicament cardiaque des plus importants. Sous la forme d'extrait aqueux de la plante entière, administré à la dose de 1 gramme à 1gr,50, il produit sur le cœur, les vaisseaux et la respiration des effets constamment favorables, à savoir : le ralentissement des battements du cœur, souvent avec rétablissement du rythme normal ; d'autre part, l'augmentation d'énergie du cœur ainsi que de la pression artérielle, avec régularisation des battements artériels exagérés. Enfin le pouvoir respiratoire acquiert plus de force et les sensations de besoin de respirer sont moins impérieuses et moins pénibles. L'effet le plus puissant, le plus constant, le plus utile, c'est l'action diurétique.

Les indications sont toutes les affections du cœur. Le médicament est d'ailleurs sans effet fâcheux sur l'appareil cérébro-spinal et sur les organes digestifs; à ce point ce vue, il est supérieur à la digitale. Pour combattre les dyspnées cardiaques, il est inférieur à la morphine, et surtout à l'iode.

— L'Académie se forme en comité secret.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

De l'Épithélioma primitif de la rate (1), par M. le docteur Eugène GAUCHER, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris.

Il existe une variété particulière d'hypertrophie primitive et idiopathique de la rate, à laquelle l'auteur propose de donner le nom d'épithélioma primitif de la rate, d'après les caractères histologiques.

Les caractères cliniques de cette maladie sont : une hypertrophie splénique considérable, progressive, à marche lente, accompagnée de douleurs spontanées assez vives, de phénomènes de compression variés, d'hémorrhagies (épistaxis, purpura et gingivite hémorrhagique), parfois d'ictère, dépendant de l'hypertrophie secondaire du foie, sans leucémie, sans fièvre intermittente, sans ascite, et aboutissant à une cachexie spéciale.

Ses caractères anatomiques sont : une rate très-volumineuse (4k, 770), uniformément et régulièrement développée, de surface lisse et unie, de forme et de couleurs à peu près normales, dure et sclérosée.

Ses caractères histologiques sont : 1° la substitution totale aux éléments propres de la rate de cellules épithéliales volumineuses, irrégulièrement arrondies ou polyédriques, munies d'un noyau,

(1) In-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, O. Doin.

renfermées entre les travées normales de la trame splénique hyperplasiée; 2° des hémorrhagies interstitielles; 3° la destruction complète des corpuscules de Malpighi; 4° la disparition partielle des vaisseaux.

Éléments d'orthopédie (1), par A. Dubrueil.

M. Dubrueil, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, nous donne sous le titre d'*Éléments d'orthopédie,* un excellent livre qui deviendra classique.

En adoptant le terme *orthopédie*, créé par Audry en 1742, M. le professeur A. Dubrueil a voulu se conformer à l'usage. Telle qu'elle est comprise aujourd'hui, l'orthopédie peut être définie : la partie de la chirurgie qui traite des difformités des organes du mouvement, c'est-à-dire des organes appartenant aux systèmes osseux, ligamenteux et musculaire.

Cette définition élimine une série de lésions qu'embrassaient les premiers traités d'orthopédie et qui ne pourraient, sans faire un contraste des plus choquants, être rangées avec celles qui font véritablement l'objet de cette science.

Des difformités, les unes sont congénitales, les autres sont acquises. Les premières rentrent dans la classe des anomalies que Geoffroy Saint-Hilaire désigne sous le nom de monstruosités. Mais il faut spécifier ici que les monstruosités de l'appareil locomoteur dont s'occupe l'orthopédie sont celles qui sont surtout constituées par une anomalie dans les rapports des organes locomoteurs; les autres ne sont pas de son domaine.

Pour suivre un plan en rapport avec l'idée pratique de ses *Éléments d'orthopédie*, M. le professeur Dubrueil a étudié les difformités suivant les régions du corps où elles siègent. Il décrit parallèlement celles qui sont congénitales et celles qui sont acquises, lorsqu'elles occupent les mêmes points.

Enfin des figures intercalées dans le texte font connaître les lésions et les appareils.

Des hémorrhagies cutanées liées à des affections du système nerveux et en particulier du purpura myélopathique (2), par M. le docteur Léon Faisans, interne lauréat des hôpitaux.

A côté des hémorrhagies liées à une simple perturbation fonctionnelle du système nerveux, il en est d'autres qui se produisent sous l'influence d'une lésion matérielle de l'axe cérébro-spinal. Ici, au dire des auteurs, les hémorrhagies seraient surtout viscérales; quant aux hémorrhagies cutanées, elles y seraient absolument rares. M. le docteur Léon Faisans pense que cette opinion est tout au moins très-exagérée, et il s'est proposé dans le cours de sa thèse d'en donner la démonstration.

Il a divisé son travail en trois parties; dans la première, il montre que certaines affections des nerfs périphériques (névralgies ou névrites) peuvent donner lieu, dans le territoire du nerf affecté, à des hémorrhagies cutanées, sous forme d'ecchymoses ou de purpura.

Dans la seconde, il fait voir qu'un grand nombre d'altérations médullaires, l'ataxie locomotrice, la myélite transverse, la myélite par compression, la méningo-myélite tuberculeuse, peuvent provoquer les mêmes accidents.

Enfin, dans la troisième partie, M. le docteur Faisans établit qu'il existe une forme de purpura généralisée dont le substratum anatomique est une lésion diffuse de la moelle.

La circoncision est-elle utile? (3), par M. le docteur Fernand Castelain, chargé de cours près la Faculté de médecine de Lille.

M. le docteur Castelain, chargé du cours complémentaire des maladies cutanées et vénériennes près la Faculté de médecine de Lille, vient d'étudier avec soin la question que nous inscrivons en tête de cet article.

Divisant en deux parties son travail, l'auteur recherche, dans la première, si, oui ou non, la circoncision est une coutume utile. Dans la seconde, il expose en abrégé les différents procédés employés pour pratiquer cette opération et indique celui qui lui semble le meilleur. Comme la question historique et l'étude de la structure du prépuce doivent tenir une place importante dans un semblable travail, l'auteur nous retrace avec soin l'une et l'autre; puis il résume son travail dans les conclusions suivantes :

« Il est à regretter, tant au point de vue hygiénique que comme moyen préventif de l'onanisme, que la circoncision soit tombée en désuétude. Il serait à désirer que les sociétés d'hygiène s'occupassent de cette question, car si une seule personne ne peut en aucune sorte avoir l'autorité suffisante pour faire revivre cette institution, comme règle générale, une réunion de savants pourrait peut-être ramener l'opinion publique vers cette coutume. L'époque la plus favorable pour faire cette opération serait, à mon avis, entre sept et huit ans. En attendant que la posthotomie vienne à se populariser, il est du devoir du médecin de pratiquer la circoncision, quand un homme viendra le demander, et même de la proposer de lui-même, chaque fois qu'il pourra en résulter un avantage sérieux. L'opération une fois décidée, les incisions ainsi que les procédés de résection incomplète de prépuce doivent être écartés, et parmi les véritables procédés de circoncision, celui de Dolbeau me paraît un des meilleurs; en cas d'adhérence entre le prépuce et le gland, c'est au procédé de Laugier que je donne la préférence. »

Les microbes (1), par John Tyndall, membre de la Société royale de Londres.

M. Louis Dollo, ingénieur civil, vient de nous donner une bonne traduction des *Microbes* du professeur Tyndall.

Il est inutile actuellement de faire ressortir tout l'intérêt que présente l'étude des microbes. Il suffit pour un médecin de savoir ce qu'il trouvera dans l'ouvrage du célèbre professeur anglais.

Après avoir consacré un premier chapitre aux poussières et maladies, dans lequel on trouve les expériences sur les poussières en suspension dans l'air et la théorie des germes dans les maladies, l'auteur nous fait connaître l'état optique de l'atmosphère en relation avec la putréfaction et l'infection; il nous expose ensuite des recherches sur la nature et la vitalité des organismes de la putréfaction; puis consacre quelques chapitres à la fermentation et sa portée dans la chirurgie et la médecine; il étudie la génération et termine son livre par des expériences présentées à la Société royale de Londres.

Quand on a lu les œuvres de Tyndall, on sait combien ses expositions sont claires, saisissantes; on connaît la sûreté de ses critiques. Les *Microbes* ont les qualités des autres œuvres de l'auteur; on les lira avec fruit et avec intérêt.

Contribution à l'étude de l'albuminurie survenant dans le cours des accidents secondaires de la syphilis (2), par M. le docteur Gabriel Cohadon.

La syphilis peut, dans le cours des accidents secondaires, causer l'albuminurie. C'est généralement au début de ces accidents qu'apparaît l'albumine dans les urines. Cette albuminurie est persistante et d'une durée assez longue. Aucun signe particulier ne permet d'en reconnaître la nature en l'absence d'autres accidents syphilitiques, soit concomitants, soit antérieurs. Elle est due à une lésion de l'épithélium du rein ou plus probablement à une altération spéciale du sang.

Le traitement mercuriel simple ou le traitement mixte, mercure et iodure de potassium, amène rapidement la disparition de l'albumine et des autres symptômes. Le régime lacté doit être consi-

(1) In-12. Prix : 6 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.
(2) In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, A. Coccoz.
(3) In-8°. Prix : 4 francs. — Paris, A. Coccoz.

(1) In-8°. Prix : 8 francs. — Paris, F. Savy.
(2) In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

déré non comme une nécessité absolue, mais comme un simple adjuvant.

Telles sont les conclusions qui résument le travail de M. le docteur Cohadon.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

A propos de l'avant-dernière séance de l'Académie de médecine, M. Tanret nous a adressé une lettre dans laquelle il revendique la priorité de la découverte de la valdivine, ce dont nous lui donnons acte.

— Par décret en date du 29 juin 1882, M. Léon (Auguste-Anatole), médecin professeur de la marine, a été promu au grade de médecin en chef.

— Par décret en date du 4 juillet 1882, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. Brassac, médecin en chef de la marine;

Au grade de chevalier : MM. Dechamp, Comme, Eyssautier, Dubois, Breton, Frison, Daniel, médecins de première classe de la marine; de Biran, médecin auxiliaire de la marine; Marion, pharmacien de première classe de la marine.

— Par arrêté en date du 3 juillet 1882, la date des concours pour les bourses de docteur en médecine et de pharmacien de première classe, fixée au 10 juillet par l'arrêté du 19 juin 1882, est reportée au 20 juillet.

— Par arrêté en date du 4 juillet 1882, le Conseil supérieur de l'instruction publique est convoqué, le lundi 17 juillet, pour une session ordinaire qui sera close le 31 juillet.

— *Faculté de médecine de Paris.* — MM. les étudiants de première année qui passeront avec succès leur premier examen de doctorat dans le présent mois de juillet ou dans celui d'août, sont invités à se faire inscrire avant les vacances au bureau du chef du matériel, à l'École pratique, de midi à quatre heures, afin qu'ils puissent être appelés, dès la rentrée, à faire partie du premier cours d'ostéologie qui commencera dans la seconde quinzaine du mois d'octobre.

— *Missions scientifiques.* — M. Chaper, vice-président de la Société zoologique de France, est chargé d'une mission dans l'Hindoustan, à l'effet de recueillir des collections géologiques et minéralogiques destinées à l'État.

M. A. Raffray, vice-consul de France à Tamatave (Madagascar), est chargé d'une mission à l'effet d'étudier la faune de cette île.

M. Munier-Chalmas, sous-directeur du laboratoire de zoologie, à la Faculté des sciences de Paris, est chargé d'une mission en Autriche, à l'effet d'y entreprendre des recherches géologiques.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Pierre-Jules Davallon, ancien professeur de pharmacie à l'École de Lyon, décédé à l'âge de quatre-vingt un ans; de M. le docteur Berquet (de Beaurepaire), de M. le docteur Lauvergne, professeur à l'École de médecine de Brest.

— M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste au Muséum, fera sa prochaine excursion géologique publique le dimanche 9 juillet 1882 à Meaux, Etrepilly et Penchard. Il suffit, pour prendre part à cette course, de se trouver au rendez-vous, gare de l'Est, où l'on prendra, à six heures cinquante-cinq minutes du matin, le train pour Meaux. On sera rentré à Paris à cinq heures cinquante minutes du soir. Pour profiter de la réduction de 50 p. 100 accordée par la compagnie de l'Est, il est indispensable de se faire inscrire au laboratoire de géologie du Muséum avant samedi quatre heures du soir, en ayant soin de verser le montant de la demi-place.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 13098.

N° 79. — SAMEDI 8 JUILLET 1882. 55e ANNÉE. SAMEDI 8 JUILLET 1882. — N° 79.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Parallèle de différents types de paralysies dans l'enfance.

Voici les vacances : les cours théoriques ou cliniques de la Faculté cessent l'un après l'autre. M. le professeur Charcot vient de terminer la première année de clinique officielle des maladies nerveuses par une très-brillante leçon.

Il a placé en parallèle, en présentant plusieurs malades de chaque type, quatre affections de l'enfance, qui produisent toutes également une paralysie, ou une impotence fonctionnelle, plus ou moins marquée, de certains muscles, mais dont le siège anatomique, le début, la marche, les caractères, le pronostic, sont essentiellement différents.

Ces quatre affections sont : 1° la paralysie dite spinale ou atrophique de l'enfance ; 2° la paraplégie spasmodique ; 3° l'hémiplégie spasmodique avec crises épileptiformes ; 3° la paralysie pseudo-hypertrophique ou graisseuse.

La paralysie atrophique ou spinale, dont nous avons récemment parlé, est la seule qui ait un début brusque, se manifestant d'une façon soudaine chez des enfants dont jusqu'alors la santé était tout à fait normale. C'est celle dont la lésion causale anatomique est la plus parfaitement connue, portant, comme nous l'avons vu, spécialement sur les groupes de grosses cellules motrices des cornes antérieures de la moelle épinière. La paralysie qu'on y observe est de forme flasque, les muscles atteints s'atrophient avec abolition des réflexes tendineux et de la réaction faradique ; ils donnent, quand on les touche, une sensation de froid. Au point de vue de la vie, le pronostic est favorable, car, après une période aiguë, le mal s'arrête et la paralysie se limite.

La paralysie spasmodique n'a pas de début proprement dit. Tenant, paraît-il, à un arrêt de développement de la substance nerveuse dans cette partie des cordons latéraux qui se rattache aux faisceaux pyramidaux (cordons de Goll, dont normalement les fibres nerveuses sont peu nombreuses et rudimentaires à la naissance, et qui doivent achever de se constituer plus tard pour établir dans la substance blanche la voie la plus directe de communication entre le cerveau et les centres moteurs de la moelle épinière), elle se constate surtout à partir du moment où l'enfant commence à essayer de marcher, mais elle peut être considérée comme congénitale. Nous aurons à revenir sur cette affection dont la paralysie, à forme spasmodique, présente certaines analogies avec celle du mal de Pott, et cela pour des raisons semblables. Le pronostic en est également très-bénin ; on peut même espérer que l'état s'améliore avec les progrès de l'âge.

L'hémiplégie spasmodique de l'enfance, avec crises épileptiformes, diffère de la paralysie dont il vient d'être question en ce que la cause en est cérébrale et non spinale : dans les autopsies, on trouve une atrophie, parfois considérable, d'un des hémisphères cérébraux. Elle en diffère aussi en ce que les membres paralysés subissent un arrêt de développement, qui ne leur permet pas d'atteindre la longueur et le volume de leurs congénères du côté sain. Quant à la forme de la paralysie, c'est encore la forme spasmodique, comme dans certaines anciennes hémiplégies par hémorrhagie ou ramollissement chez les adultes.

C'est là encore une maladie qui, loin de faire de constants progrès, tendrait plutôt à s'amender. C'est ainsi qu'il est habituel de voir cesser, à un certain âge, les crises épileptiformes, dont la description mènerait trop loin pour cette rapide vue d'ensemble.

La paralysie hypertrophique, fort bien décrite par Duchenne (de Boulogne), ce clinicien si distingué, de qui M. Charcot a pris soin de faire à cette occasion le plus bel éloge, paraît être encore une affection d'origine congénitale, mais dont le siège est dans les muscles. Seulement c'est une affection essentiellement progressive, qui va frapper les muscles les uns après les autres, et dont le pronostic est aussi fatal que celui de l'*atrophie musculaire progressive*, liée à une sclérose envahissante des cornes antérieures de la substance grise de la moelle épinière.

Chacune de ces maladies méritant d'ailleurs une description spéciale et détaillée, nous noterons seulement encore aujourd'hui un point sur lequel M. Charcot a longuement insisté : l'envahissement des muscles par la graisse, la lipomatose luxuriante, est un phénomène qui peut se présenter, au moins à titre exceptionnel, dans toute espèce de paralysie amiotrophique, c'est-à-dire avec atrophie portant sur les fibres musculaires, quelle qu'en soit la cause (affection primitive de la moelle ou du nerf, aussi bien que du muscle),

et par conséquent elle ne saurait être considérée comme suffisant pour caractériser à elle seule l'affection, toute particulière, nommée par Duchenne (de Boulogne) *paralysie pseudo-hypertrophique.*

La salivation mercurielle.

Dans une leçon faite dernièrement à l'Hôtel-Dieu, M. Panas a vivement insisté sur les moyens de prévenir la stomatite mercurielle.

Suivant lui, cette stomatite n'est nullement l'indice d'une saturation de l'économie par le mercure.

C'est une complication qui gêne le traitement quand elle se produit, qui résulte d'une stomatite alvéolo-gingivale antérieure et qu'on peut toujours éviter en ayant soin de guérir d'avance, par un traitement tout local, les gencives et les alvéoles.

Ce traitement consiste, d'abord dans l'enlèvement du tartre, puis dans l'application de divers topiques, modificateurs ou substitutifs, qu'il faut introduire jusqu'au fond des alvéoles malades pour arriver à un bon résultat. Ces topiques, M. Panas ne les a pas énumérés; mais nous savons que dans son service on fait surtout usage de teinture d'iode et d'acide phénique au vingtième.

Nous avons été témoin par nous-mêmes des effets très-rapides de cette médication. Des malades qui étaient entrés avec des gencives violacées, ramollies, saignantes, ulcérées, des dents déchaussées et tremblantes, ont vu leurs gencives se raffermir, redevenir roses et adhérentes, et leurs dents se consolider, dans l'espace de peu de jours.

Comme il n'est rien de plus commun que de rencontrer, à des degrés divers, la stomatite alvéolo-gingivale, si l'on ne prend pas la précaution de la traiter, on voit bientôt chez la plupart des individus que l'on soumet à l'usage du mercure, l'action irritante de ce métal, exaspérant la stomatite, amener la salivation.

Mais si les gencives sont parfaitement saines, si par l'application journalière d'astringents non acides (tanin, cachou, etc.) on les entretient constamment fermes et en bon état, on peut prolonger indéfiniment sans salivation l'emploi du mercure. M. Panas nous a cité l'exemple d'un de ses malades qui, après plus de six mois de traitement mercuriel, avait encore les plus belles dents du monde, et la muqueuse gingivale ou buccale la plus intacte.

Quant au chlorate de potasse, si vulgairement en usage aujourd'hui, M. Panas le considère comme complètement inefficace, soit à l'extérieur, soit en gargarismes. En gargarismes il pourrait même avoir une action irritante, qui, loin de guérir la stomatite des gencives et des alvéoles, y prédisposerait plutôt. Jamais il ne fait disparaître la salivation mercurielle une fois existante, jamais il ne peut mettre obstacle à son apparition.

Le seul traitement efficace de la stomatite exaspérée par le mercure serait encore exclusivement local. Il deviendrait alors plus long, plus difficile, devrait être plus énergique; mais sur des malades de M. Panas, nous avons vu que, même alors, on pouvait espérer de guérir les gencives et les alvéoles d'une façon complète.

Phlegmasies intrathoraciques suivies de péritonites et « vice versa ».

Dans le service de M. Vulpian, à l'Hôtel-Dieu, se trouve notamment tout un groupe de malades chez lesquels une inflammation, siégeant primitivement dans une des cavités thoraciques ou dans l'abdomen, s'est propagée à travers le diaphragme, soit de haut en bas, soit de bas en haut.

Nous citerons par exemple une femme qui occupe à la salle Sainte-Martine le lit n° 4.

Cette femme, âgée de vingt-huit ans, d'une bonne santé habituelle, est entrée le 6 mai dernier, étant atteinte depuis trois jours d'une bronchio-pneumonie du côté gauche. Elle avait eu chez elle, au début, des vomissements et de la diarrhée; mais ces phénomènes cessèrent, dit-elle, à l'hôpital, et ce fut seulement neuf jours après, lorsque la bronchio-pneumonie était déjà presque guérie, que, dans la nuit, les vomissements reparurent, accompagnés cette fois de douleurs abdominales très-vives.

Le lendemain le ventre était dur, gonflé, extrêmement sensible à la pression; le pouls petit, fréquent; bref on reconnut une péritonite généralisée, et pour en diminuer l'acuité, il fallut faire, pendant trois jours de suite, de larges applications de sangsues sur le ventre.

Une accalmie s'était produite depuis quelques jours, quand on s'aperçut que la plèvre droite se prenait à son tour. Cette pleurésie fut traitée par des applications de teinture d'iode et des ventouses sèches; elle ne dura pas longtemps. Puis il y eut une recrudescence, très-momentanée, de l'irritation péritonéale. L'appétit était revenu et la malade se croyait entrée définitivement en convalescence, quand, il y a une quinzaine de jours, il se produisit une nouvelle poussée de péritonite, cette fois plutôt du côté droit. Il fallut encore mettre des sangsues. Aujourd'hui la malade va bien, elle a bon appétit, se promène dans les salles et sortira bientôt sans doute. C'est pourquoi nous avons tenu à la signaler en établissant, d'après ses propres souvenirs, et quelques mots de M. Vulpian, l'exquisse de son observation.

Pour deux autres malades, nous avons, au contraire, les notes de M. Chrétien, externe zélé de ce service, et nous en userons largement.

Un de ces malades, entré le 18 mars, salle Saint-Denis, n° 15, n'est pas sans avoir, paraît-il, des antécédents héréditaires.

En effet, suivant ses récits, sa mère serait morte encore jeune, après un long séjour au lit, durant lequel elle aurait eu de la bronchite, de la pleurésie, de la péritonite, etc. Quant à lui, il avait atteint l'âge de dix-huit ans, sans maladie, sauf une rougeole dans sa première enfance.

Lorsqu'il entra à l'hôpital, il était malade depuis quinze jours. Il avait eu d'abord des coliques assez fortes, accompagnées de diarrhée et de malaise général, mais qui lui permettaient encore de travailler. Puis le malaise s'était aggravé assez subitement au bout d'une dizaine de jours. La diarrhée était abondante, les selles étaient précédées de douleurs vives.

En palpant le ventre, on trouva dans l'hypocondre droit, en dedans du cœcum, une tuméfaction allongée, aplatie, de quatre à cinq travers de doigt, très-douloureuse à la pression.

Deux jours plus tard, le 21 mars, lors de la visite, la douleur, extrêmement intense dans l'hypocondre droit, s'était étendue à tout l'abdomen, où l'on reconnut la présence d'une certaine quantité de liquide; des vomissements abondants, verdâtres se répétaient depuis six heures du matin; la respiration diaphragmatique se faisait à peine; le pouls était petit et fréquent, les yeux excavés; il n'y avait pas eu de miction depuis la veille.

Il était évident qu'une péritonite, d'abord localisée et probablement due à quelque très-petite perforation intestinale, s'était subitement généralisée par la rupture des adhérences qui la limitaient. Cette péritonite fut traitée par des applications de sangsues et diminua de jour en jour.

L'amélioration était très-sensible le 1er avril, le ventre n'était presque plus douloureux, le faciès était redevenu presque naturel. Mais le malade se plaignait d'une petite toux sèche et d'un point de côté à gauche. Il s'était fait de ce côté un petit épanchement pleural. On appliqua un vésicatoire, et cet épanchement se résorba en quatre ou cinq jours.

Puis ce fut le tour de la plèvre droite, où il se fit également un épanchement inflammatoire peu abondant. Même traitement, même résultat.

Les plèvres, une fois guéries, il y eut encore plusieurs poussées inflammatoires dans l'abdomen, tantôt dans l'hypocondre droit, tantôt dans l'hypocondre gauche. Mais il n'existe plus d'épanchement ascitique, le ventre est souple, l'appétit se dessine et les forces reviennent.

Chez un autre malade couché au n° 20 de la même salle et âgé de vingt et un ans, une pleuro-pneumonie violente du côté droit, pleuro-pneumonie qui laissait des traces après plusieurs mois de durée, fut suivie d'une péritonite à marche chronique, avec empâtement formant tumeur dans l'hypocondre gauche, épanchement abdominal, dilatation des veines superficielles sur la peau du ventre, etc.

L'état du malade resta stationnaire pendant un peu plus de deux mois, puis s'améliora progressivement.

Aujourd'hui la convalescence est complète, il ne reste plus de liquide dans l'abdomen, qui a repris son volume normal et n'est plus le siége d'aucune douleur; c'est à peine si l'on y trouve encore, par le palper, un peu d'empâtement, un peu moins de souplesse sous les doigts.

Nous ne parlerons pas d'une quatrième malade atteinte de lithise biliaire et qui, envoyée au Vésinet, en est revenue avec de nouveaux accidents, entre autres un double épanchement dans l'abdomen et dans la plèvre droite. Cette femme étant dans un état mental fort peu satisfaisant, il n'est pas possible d'apprendre d'elle si, comme cela paraît probable, l'epanchement abdominal a précédé l'épanchement pleurétique, ce qui permettrait de joindre ce fait aux précédents.

La pilocarpine dans la pleurésie.

Voici un fait qui montre combien la pilocarpine peut être efficace dans certains cas de pleurésie.

Un homme de trente ans, de constitution vigoureuse, entra dans le service de M. Peter, à la Charité, salle Saint-Jean-de-Dieu, n° 18. Il était malade, disait-il, depuis une quinzaine de jours, et on constata dans la poitrine l'existence d'un épanchement qui remplissait la plèvre droite. Une ponction fut pratiquée le lendemain et donna issue à 1200 grammes de liquide séro-fibrineux. On ne vida pas complètement la plèvre. Le liquide qui y restait, peut-être un litre ou à peu près, ne varia pas en quantité; malgré l'application successive de trois vésicatoires, la percussion et l'auscultation indiquaient toujours le même niveau.

Mercredi dernier, à dix heures moins le quart, on administra au malade, en injection hypodermique, une solution de 2 centigrammes de nitrate de pilocarpine. Quelques instants après commencèrent une sueur très-abondante, profuse, qui se prolongea une heure et quart, et une salivation telle que deux crachoirs furent complètement remplis dans ce même espace de temps, pendant lequel le malade fut privé de boisson.

A la visite du soir, on constata que l'épanchement pleurétique avait disparu. Il n'y avait plus de matité, la respiration s'entendait avec son timbre tout à fait normal jusqu'à la base.

Ce que n'avaient pu faire antérieurement trois vésicatoires, la pilocarpine l'avait effectué en une heure et quart. Mais c'était dans les circonstances les plus favorables, puisqu'il s'agissait d'un reliquat de pleurésie sans mouvement inflammatoire actuel, d'un épanchement devenu passif, sans tendance à l'augmentation pas plus qu'à une diminution spontanée. L'économie a pu trouver, dans ce liquide, pour ainsi dire inerte, une partie des éléments de la salivation et de la sueur profuse.

Hydrophobie rabique, pilocarpine, mort.

Les cas d'insuccès de la pilocarpine contre la rage se multiplient. A l'Académie de médecine on en avait mentionné six, datant tous de l'année dernière. Mais l'absence de détails ou la diversité des traitements essayés tour à tour enlevait à quelques-uns de ces faits beaucoup de leur valeur probante. M. le docteur Mary (de Saint-Thibéry) vient de nous adresser l'observation suivante qui est de date toute récente et a en outre le mérite, après avoir été bien conduite, d'être nettement présentée :

« Le 18 juin dernier au matin, nous sommes appelé pour voir, dans Saint-Thibéry, une nommée Germaine P..., quarante-sept ans, haute stature, constitution très-forte, tempérament nerveux, jamais de maladie. Germaine souffre depuis la veille de douleurs dans le bras droit, qui ne l'ont pas empêchée de lier des gerbes toute la journée précédente, mais la nuit a été très-mauvaise et les douleurs sont maintenant intolérables.

Le 13 mai, pour préserver son petit chien, notre malade fut mordue fortement au pouce et à l'annulaire de la main droite, par un chien étranger qui avait déjà mordu dans le village plusieurs de ses congénères, et que l'on abattit comme atteint de la rage. Elle fit peu de cas de cette morsure et se contenta, suivant une superstition locale, d'aller dans un village voisin, « se faire arrêter la rage »; elle n'eut plus alors aucun souci à ce sujet et ce n'est même qu'incidemment qu'elle nous mentionne cet accident : les plaies, du reste, se sont bien et rapidement cicatrisées.

18 juin. Voici ce que nous constatons à notre visite en outre des douleurs du bras : État saburral de la langue, constipation, pas d'appétit, altération, pouls plein et fort à 90, agitation très-marquée, mais avec tranquillité d'esprit.

Nous prescrivons un éméto-cathartique et des fomentations sur tout le bras malade avec de l'huile fortement opiacée, limonade vineuse, bouillon de viande, tapioca le soir.

Journée bonne.

19. La nuit a été bonne : nous trouvons la malade assez calme, se plaignant moins des douleurs du bras, l'altération persiste, le pouls est le même, chaleur très-modérée; pas de selle de la journée.

On continue les fomentations opiacées; deux potages, un œuf à la coque, limonade vineuse.

20. Nuit agitée par des rêves effrayants; céphalalgie, bourdonnements d'oreilles, pouls moins fort, dépressible, 100 pulsations, yeux hagards, crachotement, anxiété précordiale, constriction sous-sternale, contracture spasmodique du pharynx, impossibilité de boire et crise nerveuse à la vue de tout liquide; malgré cela, et sur nos instances, car l'intelligence est intacte, la malade essaie avec beaucoup de peine et en fermant les yeux, de prendre un peu de limonade, mais le liquide n'est pas plus tôt dans la bouche qu'elle le rejette avec des contractions de tous les muscles de la face et des convulsions des membres; raucité de la voix.

Deux injections hypodermiques, de 1 centigramme chacune, de morphine; potion avec 6 grammes de bromure de potassium, un œuf à la coque et un biscuit dans la journée.

Nous nous sommes procuré une solution de pilocarpine, et le soir nous avons injecté 1 centigramme de ce médicament : salivation et sueurs abondantes. La potion n'a pu être avalée malgré la bonne volonté de la malade, qui la rejette immédiatement; lavement salin suivi de deux selles copieuses.

21. Aggravation de tous les symptômes, hydrophobie, constriction sous-sternale, anxiété précordiale, contracture du pharynx, céphalalgie, dilatation des pupilles, aphonie complète, pouls 120. La malade accuse du mal dans la gorge, une sensation de poids sur la poitrine et un feu intérieur qui la brûle, tandis que les extrémités sont glacées, des fourmillements dans tout le bras droit, mais pas de douleurs vives; la cicatrice des doigts persiste et n'offre rien de particulier.

Impossibilité absolue de rien avaler, ni liquide ni solide, pertes de connaissance, crises nerveuses très-fortes, figure grimaçante, respiration irrégulière, saccadée, convulsions des membres, besoins de marcher, tels sont les symptômes que présente la malade.

Trois injections de 1 centigramme de pilocarpine et trois injections de 1 centigramme de morphine dans la journée : chaque fois, salivation et sueurs abondantes.

22. La nuit a été très-mauvaise, les crises nerveuses ont été plus fortes et plus nombreuses, la malade ne se plaint que de la gorge et de la région sternale. Elle n'a rien pris de la nuit, et enfin elle succombe, sans agonie, subitement, dans une sorte de syncope, à huit heures du matin.

Nous sommes au quarante et unième jour de la morsure et au sixième jour de l'apparition des premiers symptômes.

Nous croyons que l'observation qui précède est bien un cas de rage ou plutôt d'hydrophobie rabique, auquel il ne manque aucun symptôme, si ce n'est l'envie de mordre, qui, du reste, fait souvent défaut; malheureusement nos soins ont été sans résultat, et la pilocarpine sans efficacité. »

Amputation du bras avec l'omoplate.

D'après une note qu'il nous communique, M. Desprès vient de pratiquer à l'hôpital de la Charité une amputation qui a déjà été pratiquée par force dans les cas de plaie par arme à feu avec broiement de l'épaule, en Angleterre et en Amérique et même en France.

Il s'agissait d'un sarcome de l'omoplate. M. Desprès a réglé de la manière suivante le manuel opératoire de cette amputation :

1° Ligature préliminaire de la sous-clavière entre les scalènes par le procédé ordinaire;

2° Incision en raquette, partant du milieu de l'espace qui sépare le bord interne de l'omoplate de la ligne des apophyses épineuses, au niveau de l'épine de l'omoplate, passant sur la saillie de l'épaule, puis sous le bras, au milieu des poils et revenant sur le dos rejoindre l'incision à son point de départ en circonscrivant un lambeau de peau triangulaire destiné à partir avec le bras;

3° Sectionner jusqu'aux os et disséquer un lambeau supérieur et un inférieur; faire saisir pendant ce temps l'artère et surtout la veine axillaire entre les doigts des aides;

4° Scier la clavicule avec une scie à main au niveau de son tiers externe ;

5° Détacher l'omoplate en sectionnant les parties molles de sa face profonde.

Après avoir appliqué rigoureusement ce procédé, M. Desprès a lié ensuite l'artère qui donne du sang malgré la ligature de la sous-clavière, et surtout la veine qui fut liée avec un paquet de ganglions.

La plaie réunie donne aux parties l'aspect du résultat d'une amputation à lambeau supérieur.

Le malade opéré sous le chloroforme eut une syncope; mais il fut placé la tête en bas et revint à lui. A un moment, il devint violet et écuma un peu ; il était entré quelques bulles d'air dans les veines. Depuis l'opération pratiquée mercredi 21 juin, la température a oscillé entre 39° et 38°,5.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 juillet 1882 — Présidence de M. Guéniot.

COMMUNICATIONS

Tumeur de la tête. — M. **FLEURY** (de Clermont-Ferrand) adresse une observation de tumeur à la tête, dont la nature est très-difficile à déterminer. Cette tumeur, ovoïde, fluctuante, mesurant 6 centimètres dans son grand diamètre, 3 dans son petit, occupe à la région cranienne un point correspondant à l'angle supérieur et postérieur du pariétal. Elle présente, au premier abord, l'aspect d'un kyste dermoïde du cuir chevelu. Mais elle est réductible, et, sous l'influence de la pression, elle s'enfonce dans la cavité cranienne; aussitôt qu'elle est abandonnée à elle-même, elle en ressort et reprend son volume primitif; elle présente des battements isochrones à ceux du cœur. L'auscultation n'y révèle aucun bruit de souffle.

Le malade a eu plusieurs crises analogues à des vertiges épileptiques. La compression de la carotide correspondante n'y amène aucune modification. Un médecin y a fait, antérieurement, une ponction exploratrice qui a donné issue à du sang artériel. Quelle est cette tumeur? y a-t-il lieu d'intervenir chirurgicalement?

M. **DESPRÈS** ne met pas en doute qu'il s'agit, dans ce cas, d'un fongus de la dure-mère. Dans un cas analogue, Berard a tenté d'enlever la tumeur; il n'a pu l'enlever qu'en partie et le malade a succombé. M. Desprès croit qu'il faut, dans le cas de M. Fleury, s'abstenir de toute opération.

Fistules du canal de Sténon. — M. **DELENS** fait un rapport sur une communication de M. Richelot relative à un cas de fistule du canal de Sténon, dont il a obtenu la cicatrisation par l'application d'un procédé opératoire basé sur l'emploi d'un tube à drainage et la création d'un orifice postérieur.

M. **TRÉLAT**, en pratiquant, il y a une dizaine d'années, l'ablation d'une tumeur parotidienne, créa involontairement une fistule du canal de Sténon. Il a pu la guérir en l'espace de quatre jours par une simple compression exercée directement sur la région. Une autre fois il reçut, à la Charité, un malade portant un calcul du canal de Sténon qui avait été le point de départ d'un abcès et

d'une fistule. Cette fistule avait un orifice cutané et un orifice muqueux, reliés par un trajet très-oblique. M. Trélat passa une anse de fil par l'orifice cutané, qu'il fit ressortir dans la bouche, par un orifice postérieur à l'orifice muqueux. Il noua les deux extrémités de ce fil dans la cavité buccale et forma ainsi une large fistule. La guérison fut complète. C'est là un procédé analogue à celui qu'employa M. Richelot. Aujourd'hui, ajoute M. Trélat, je remplacerai cette anse de fil par un tube de caoutchouc plein.

M. LE FORT, dans un cas d'épithélioma de la face ulcéré, compliqué de fistule du canal de Sténon avec un seul orifice cutané, obtint la guérison de cette fistule en y passant une aiguille armée d'un fil double dont il noua les deux bouts dans la cavité buccale, où il les coupa au ras; le fil finit par se détacher après avoir coupé le pont qu'il étreignait. C'est là un procédé analogue à celui de M. Trélat.

M. DESPRÈS fait observer que tous ces procédés sont décrits dans les traités de médecine opératoire, en particulier dans le *Dictionnaire* de Bouchut et Desprès.

M. LE FORT rappelle qu'ils le sont dans Malgaigne.

Ectopie périnéale du testicule. — **M. LE DENTU** fait un rapport oral sur un cas d'ectopie périnéale du testicule adressé par M. Baudry (de Lille). Il s'agit d'un enfant nouveau-né qui, à deux centimètres en avant de l'anus, à droite de la ligne médiane, porte un petit corps ovalaire, fixe, présentant tous les caractères du testicule, en particulier par sa consistance et par sa forme. Il n'y a d'ailleurs rien de perceptible à l'anneau ; on sent, sous le doigt, un petit cordon qui remonte jusqu'à l'orifice externe du canal inguinal : c'est le canal déférent. Il n'y a pas de hernie. On ne trouve aucune influence de l'hérédité. L'ectopie est, comme cela a lieu habituellement, unilatérale. M. Le Dentu soulève la question de l'intervention chirurgicale dans le but de prévenir les froissements, les chocs, dont ce testicule peut être le siège. Il croit que, sauf une indication spéciale, telle par exemple que l'obligation de monter plus tard à cheval, il n'y a pas lieu d'intervenir.

Rectotomie linéaire. — **M. TRÉLAT** presentait, il y a quelque temps, une malade atteinte d'un épithélioma du rectum à laquelle il a pratiqué un anus lombaire. En octobre dernier, il opérait, en province, un malade porteur d'un épithélioma dn rectum dépassant presque les limites du doigt. Cet homme, outre un dépérissement très-accusé, souffrait cruellement d'un ténesme très-marqué. On atteignait à peine les limites du mal avec le doigt. Les accidents étant dus surtout au ténesme, M. Trélat pratiqua, chez ce malade, la rectotomie linéaire avec le thermo-cautère. Ce malade était mourant; deux mois et demi après, M. Trélat apprenait qu'il allait aussi bien que possible. Il a succombé à son cancer le 19 du mois dernier. Il a donc vécu sept mois et demi après cette opération palliative, sept mois et demi sur lesquels sept doivent être mis à l'actif de la chirurgie. De ce fait, comme de celui qu'il a présenté récemment, M. Trélat pense pouvoir conclure que, dans certains cas de cancer de l'extrémité du rectum, les opérations palliatives, telles que la colotomie lombaire ou la rectotomie linéaire, donnent des résultats bien supérieurs aux opérations dites curatives.

M. VERNEUIL pense que la rectotomie linéaire, telle qu'il l'a préconisée, est une excellente opération, appelée à rendre de grands services, et qui doit être vulgarisée. Elle n'offre aucun danger. On peut remonter à des hauteurs considérables. Elle est donc applicable dans beaucoup de cas et donne de très-bons résultats.

M. DESPRÈS croit que la simple dilatation, telle qu'il l'a pratiquée chez un malade dont il a parlé, est préférable, dans des cas analogues à celui de M. Trélat, à la rectotomie linéaire.

M. LE DENTU a pratiqué un assez grand nombre de fois cette opération, la rectotomie linéaire, et en a toujours retiré de bons résultats.

Étranglement herniaire. — **M. TRÉLAT** communique l'observation d'une femme de trente-cinq ans, atteinte d'un étranglement herniaire. Il s'agissait d'une hernie inguinale du côté droit. Il y avait eu, au niveau de cette hernie, un abcès qui s'ouvrit et se ferma spontanément, et qui avait laissé une cicatrice très-irrégulière. Cette femme arriva à l'hôpital présentant tous les phénomènes de l'étranglement herniaire, vomissements, douleur, irréductibilité de la hernie. Des tentatives de taxis, sous l'influence du chloroforme, n'amenèrent aucun résultat. M. Trélat fit aussitôt l'opération. Il fit d'infructueuses tentatives de réduction sans ouverture du sac. Celui-ci ouvert, il vit que l'anse herniée avait contracté des adhérences dans une étendue de 2 centimètres à 2 centimètres 1/2. C'était ces anciennes adhérences qui empêchaient la réduction. Il fallut faire la dissection de ces adhérences. L'intestin fut déchiré dans une étendue de 2 centimètres 1/2. M. Trélat fit sept points de suture intestinale et réduisit cet intestin ainsi suturé. Lavage du sac, application d'un drain allant jusque dans la cavité péritonéale, tiré le lendemain de façon à ne plus résider que dans la plaie, définitivement retiré le quatrième jour. Selle spontanée le lendemain de l'opération ; réunion par première intention ; guérison sans le moindre accident. Ce fait est encourageant au point de vue de la suture intestinale.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE rappelle à cette occasion plusieurs cas graves dans lesquels il a fait, avec succès, la suture intestinale. Il ne croit pas qu'il soit utile, dans ces cas, de placer un tube intra-péritonéal, comme l'a fait M. Trélat. Il se contente de placer un drain contre l'anneau. Il trouve même au tube intra-péritonéal cet inconvénient qu'il fait un trou par lequel la hernie peut se reproduire. C'est ainsi que, dans des cures radicales de hernies non étranglées, il s'est bien gardé de mettre un tube qui aurait pu être la cause d'une récidive de la hernie.

Enfin, M. Lucas n'aurait pas, comme M. Trélat, fait des tentatives de réduction sans ouverture du sac, cette ouverture du sac, avec les moyens antiseptiques dont nous disposons aujourd'hui, étant absolument sans danger.

M. TRÉLAT pense, contrairement à M. Lucas, qu'il faut toujours essayer de réduire sans ouvrir le sac. Il y a tout avantage à réduire l'acte opératoire à son minimum. Pour la suture intestinale, il faut distinguer les cas où l'intestin est lésé par le bistouri de ceux où il est altéré pathologiquement. Quant au tube intra-péritonéal, M. Trélat pense qu'il y a tout avantage à faciliter la sortie des liquides louches qui se forment, en pareil cas, dans la cavité péritonéale.

M. POZZI, pour combattre cette opinion exprimée par M. Lucas, à savoir que la réduction sans ouverture du sac favorise la récidive, cite un cas où il a pu réduire sans ouverture du sac, et où il a obtenu une guérison par première intention, et sans récidive, comme il a pu le constater trois mois après l'opération.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE maintient que l'opération n'est pas plus grave avec ou sans ouverture du sac, et que la réduction sans ouverture n'est pas sans inconvénient.

Résection de la clavicule. — **M. LE DENTU** présente un malade auquel, il y a un an, il a réséqué l'extrémité interne de la clavicule pour une arthrite fongueuse de l'articulation sterno-claviculaire avec nécrose de l'extrémité interne de la clavicule. La résection a porté sur deux centimètres de la clavicule. M. Le Dentu a ruginé très-superficiellement les fongosités ; il a pratiqué plusieurs cautérisations au thermo-cautère. Le traitement a duré un an. Le malade jouit aujourd'hui de tous ses mouvements.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Histoire de l'hôpital de Notre-Dame de Pitié de Paris (1612-1882) (1).

Par M. le docteur O. GUILLIER.

V

Dans l'origine, une des dépendances de la Pitié fut consacrée sous le nom de *Refuge* par les directeurs de l'Hôpital

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 4 juillet 1882.

général, à l'enfermement des femmes et de filles débauchées. Mais bientôt le nombre des pauvres et des vagabonds s'accrut dans de telles proportions, qu'il fallut employer à les loger plusieurs bâtiments consacrés d'abord à cette maison de Refuge.

Malheureusement, on reconnut bien vite que ce changement de destination avait entraîné de graves inconvénients et soulevé de nombreuses plaintes; c'est alors que parurent les lettres patentes d'*avril* 1665, enjoignant aux directeurs de l'Hôpital général de rétablir la maison de Refuge, dans le lieu qu'ils jugeraient le plus propre et le plus sûr pour recevoir les femmes et les filles débauchées qui seraient envoyées, soit par l'autorité du Prévôt et gens tenant le Présidial au Châtelet de Paris, soit par les gens tenant le Parlement, pour être employées aux ouvrages de leur condition.

Ce fut grâce aux libéralités de *Marie de Sita*, veuve de *Jacques Viole*, conseiller au Châtelet, que les lettres patentes de 1665 reçurent leur exécution. Les directeurs de l'Hôpital général acquirent avec cet argent les maisons et jardins de la *ruelle Sainte-Anne*, située entre les rues du Battoir et du Jardin-du-Roi, ainsi qu'une partie de la rue du Puits-de-l'Hermite, et y établirent la nouvelle maison de Refuge, qui contenait 60 cellules pour les femmes et filles renfermées par force, et appelées les *Forcées*, et 60 lits pour les femmes et filles pénitentes recluses volontairement, et qu'on appelait les *Volontaires*.

En 1672, les directeurs de l'Hôpital général ayant résolu d'établir la maison de Refuge hors de l'enceinte de la Pitié, c'est alors que l'on créa la maison de Sainte-Pélagie, dont l'emplacement avait été acheté trente mille francs (1) par Marie Bonneau, veuve de Jean-Jacques de Beauharnais de Miramion, la duchesse d'Aiguillon et Mme de Traversé, qui y avaient déjà établi une maison destinée aux femmes et filles débauchées.

Par suite de cette séparation, les bâtiments acquis par Marie de Sita appartinrent désormais en toute propriété à la maison de la Pitié, en sorte que les terrains occupés par cette maison en 1775 s'étendaient jusqu'à la rue d'Orléans, aujourd'hui rue Daubenton.

Les enfants de l'un et l'autre sexe y recevaient, comme nous l'avons dit, l'enseignement élémentaire et y apprenaient un état; on leur faisait fabriquer des draps pour l'habillement des hôpitaux et même des troupes.

Quant à la nourriture que l'on donnait aux pauvres, voici, d'après Henri Sauval (2), de quoi elle se composait pour les adultes : Journellement on leur distribuait du pain bis, du potage et six onces de bœuf, qui revenaient environ à trois onces cuit et sans os. Pour les personnes caduques et infirmes, un *demi-septier* de vin. Pour les jours maigres, on leur donnait du pain, du potage, deux ou trois œufs, du beurre, du fromage et, enfin, pendant le carême, les aliments étaient réduits aux pois, fèves, harengs, fromage et beurre.

Quant au service médical, il était ainsi composé : Deux médecins de la Faculté de Paris étaient gagés pour visiter les pauvres trois fois par semaine, et plus souvent s'il était nécessaire. Ces médecins faisaient des ordonnances, et les médicaments et remèdes étaient administrés par les apothicaires, chirurgiens, infirmiers et infirmières (3).

(1) Piganiol de la Force, *Description de Paris*, etc. (1742), t. VI, p. 643.
(2) Henri Sauval (*loc. cit.*), t. I, liv. V, p. 532.
(3) Henri Sauval (*loc. cit.*), t. I, liv. V, p. 532.

Nous avons vu, dans l'exposé précédent, qu'à l'origine de l'Hôpital général, la maison de la Pitié avait été spécialement désignée pour l'entretien des enfants du sexe féminin; si nous lisons les auteurs de la fin du XVIIIe *siècle*, nous voyons que la destination de cet établissement a été complètement changée, car nous n'y retrouvons plus à cette époque que des petits garçons.

Voici, d'ailleurs, ce qu'écrivait à ce sujet, en 1788, M. *Aubry-Dumenil* (1), greffier de l'Hôpital général, économe de la Pitié, et qui est un des hommes qui ont le plus contribué au bien de cet hôpital et des enfants auxquels il est destiné :

Cette maison, dit M. Aubry, ne contient que des garçons dont le nombre, année commune, s'élève à celui de douze ou treize cents.

L'on y est admis depuis l'âge de cinq à six ans jusqu'à douze, et il suffit pour y entrer d'apporter l'extrait baptistaire de l'enfant et un certificat de M. le curé de la paroisse des père et mère constatant qu'ils sont hors d'état de nourrir l'enfant qu'ils présentent.

Il faut en outre que les parents dont la pauvreté se trouve certifiée soient domiciliés dans Paris au moins depuis deux ans, ou dans le ressort du Châtelet.

Une fois admis à la Pitié, les enfants y restent jusqu'à leur première communion et n'en sortent que pour être mis en métier, à moins que les parents dans l'intervalle ne les retirent en justifiant qu'ils sont en état d'en prendre soin.

Pendant leur séjour dans cette maison, les enfants sont divisés par classes, qui sont présidées par des maîtres et où ils apprennent leur religion, à lire, à écrire et à compter.

Il eût été à souhaiter qu'ils y fussent aussi employés à quelques travaux, mais le défaut de local ne l'avait pas permis. M. Aubry signale ce désidératum en espérant que par la suite on comblera cette lacune.

Lorsque les enfants atteignaient treize ou quatorze ans, on les mettait, pendant quelques semaines, à l'essai chez des chefs d'atelier qui venaient demander des apprentis, et ce n'était qu'après cet essai qu'on passait le brevet d'apprentissage.

Les différents maîtres, chez qui l'on plaçait des enfants, étaient visités de temps en temps par un inspecteur spécialement chargé de cette occupation, et qui tous les matins devait donner au directeur de l'hôpital la feuille de sa tournée de la veille.

Dans ses *Mémoires sur les hôpitaux* écrits en 1788, *Tenon* nous dit également que l'hôpital de la Pitié renfermait *treize cents* personnes en 1786.

Il nous apprend encore qu'autrefois tous les prisonniers malades des maisons de force de l'Hôpital général étaient transférés à l'Hôtel-Dieu et le surchargeaient tellement (2) qu'un arrêté du Parlement, en date de 1754, empêcha de les y recevoir.

Cependant l'Hôpital général n'en continua pas moins à y envoyer ses bons pauvres quand ils étaient malades, et on estime qu'il y en entretenait continuellement environ huit cents.

Ce ne fut qu'en 1788 que l'Hôpital général créa dans trois de ses principales maisons un hôpital pour soigner ces pauvres malades.

La Pitié, ayant été du nombre, dut en recevoir *deux cents* pour sa part.

Tenon nous dit encore (3) que l'on traitait à l'hôpital de

(1) *Encyclopédie méthodique :* Diderot et d'Alembert, t. X, p. 258.
(2) On évalue à 1200 par an le nombre des malades que l'Hôpital général envoyait à l'Hôtel-Dieu.
(3) Tenon (*loc. cit.*), p. 11.

la Pitié les enfants atteints de la teigne, de la gale ou des humeurs froides.

D'après le récit que *La Rochefoucauld-Liancourt* nous a laissé de la visite qu'il fit en 1790 à la maison de la Pitié, nous savons qu'elle renfermait 1,396 enfants.

Ce philanthrope assure que la teigne et la gale étaient les seules maladies qui y étaient traitées, et que le scorbut était très fréquent parmi les enfants placés dans cet hôpital. Ces pauvres enfants étaient alors portés à l'Hôtel-Dieu et ce déplacement forcé aggravait leur maladie; ceux qui n'y succombaient pas en rapportaient la gale.

Jusqu'à présent nous avons vu la maison de la Pitié consacrée presque exclusivement à l'éducation et à l'instruction des jeunes enfants.

Ce n'est, comme le dit Tenon, qu'en 1788 que pour la première fois on affecta une partie de ses bâtiments aux malades.

Nous allons maintenant lui voir prendre sa véritable place parmi les hôpitaux de la capitale, et nous nous efforcerons de suivre pas à pas toutes les transformations successives qui s'y sont opérées depuis la Révolution française jusqu'à nos jours, et qui caractérisent ce que nous avons appelé l'histoire moderne de Notre-Dame de Pitié.

Nota. — Nous ne voulons pas terminer ce chapitre, sans inscrire ici les noms de trois bienfaiteurs de l'hôpital de Notre-Dame de Pitié: MM. *Hardy, De la Haye* et *Beguin.* On pourra lire aux *Archives de l'Assistance publique* une sommation faite aux ecclésiastiques de la Pitié, le 28 août 1762, de choisir les jours les plus commodes aux administrateurs pour célébrer les services de ces trois hommes de bien.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1882.

206. M. Vallon. De la paralysie générale et du traumatisme dans leurs rapports réciproques. — 207. M. Boyé. Du traitement de l'épilepsie. — 208. M. Delcroix. De la tétanie. — 209. M. Branly. Dosage de l'hémoglobine par les procédés optiques. — 210. M. Bessirard. Étude clinique sur l'ascite hémorrhagique. — 211. M. Bardon-Lacroze. Des sections sous-cutanées comme moyen de réduction des luxations anciennes du coude et de l'épaule. — 212. M. Champomier. Contribution à l'étude des lésions des troncs veineux de la base du cou dans les fractures de la clavicule. — 213. M. Périvier. Étude sur la prostatite chronique. — 214. M. Robineau. Quelques variétés de tumeurs malignes de la conjonctive. — 215. M. Fourguette. Essai sur l'emploi thérapeutique de l'iodoforme en oculistique. — 216. M. Guezennec. Amputations du membre supérieur (— celle de la main) par divers procédés, spécialement par des procédés elliptiques et des procédés à lambeaux.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décrets en date du 5 juillet 1882, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur:

Au grade de commandeur: M. le docteur Levié, médecin principal de première classe;

Au grade d'officier: MM. les docteurs Guignet, médecin principal de première classe; Godot, médecin major de première classe, au 108me de ligne; M. Féger, vétérinaire principal de première classe.

Au grade de chevalier: MM. les docteurs Berger, médecin major de première classe, à l'hôpital de Kairouan; Aubry, médecin en chef de l'hospice de Blois; d'Hennezel, Foch, Labrevoit, Galzain, Talloir, médecins majors de première classe; Delamare, Lux, médecins majors de deuxième classe, MM. Villedon-Denaide, Lacour, pharmaciens majors; Viorrain, Jouves, Janel, Durand, vétérinaires en premier.

— La seconde épreuve d'admissibilité du concours pour la nomination à deux places de médecin du Bureau central (épreuve orale) s'est terminée mercredi soir.

MM. les docteurs Barth, Béringier, Brault, Brissaud, Buzot, Chauffard, Chouppe, De Beurmann, Dreyfous, Hirtz (Edgar) Hirtz (Hippolyte), Josias, Letulle, Lucas-Championnière (Paul), Martin, Merklen, Oulmont, Renaud, Talamon et Tapret ont été admis à subir la troisième épreuve (consultation), qui commence aujourd'hui vendredi. Les questions données ont été: 1° Valeur séméiologique de l'anesthésie; 2° Accidents épileptiformes dans les maladies cérébro-spinales; 3° Des complications pulmonaires dans les maladies du cœur; 4° Des hémorrhagies dans la tuberculose pulmonaire; 5° De l'emploi de la digitale dans les maladies du cœur; 6° De la valeur séméiologique de l'ictère.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Lucien Jays, bachelier ès sciences, est nommé préparateur de physique médicale, en remplacement de M. Dugat, démissionnaire.

— *École de médecine de Limoges.* — M. Besnard du Temple, pharmacien de première classe, est institué, pour une période de six ans, chef des travaux chimiques.

— Un concours pour deux places d'interne à l'École de médecine et de pharmacie de Poitiers s'ouvrira le 20 juillet courant. Les candidats peuvent adresser leur demande d'inscription, jusqu'au 18 inclusivement, au secrétaire de l'École.

— *Faculté des sciences de Toulouse.* — M. Mellier, préparateur de chimie, est chargé, en outre, de diriger les travaux pratiques de chimie.

— M. le docteur Bona a été élu, dimanche dernier, conseiller général de la Creuse.

— M. le professeur Bureau fera sa prochaine herborisation publique, le dimanche 9 juillet, sur les bords de la Marne. Le rendez-vous est au pont de Charenton à onze heures et demie du matin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 13112.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. VERNEUIL.

I. Ulcères syphilitiques des jambes et syphilomes sébacés du scrotum. — II. Syphilis et traumatisme.

I. Nous avons eu l'occasion, à la visite de ce matin, d'observer un cas très-intéressant : c'est un homme qui vient d'entrer pour des ulcères des membres inférieurs.

Ces ulcères occupent les jambes droite et gauche ; ils sont superficiels, leur profondeur ne dépasse guère 2 à 3 millimètres ; ils sont très-nettement arrondis ; leur base est festonnée ; enfin, les bords ne présentent aucun décollement.

Outre ces lésions, on remarque encore sur les deux jambes de petites cicatrices assez récentes qui paraissent être le résultat de pustules d'ecthyma.

De plus, cet homme a eu un chancre il y a environ quatre mois, sans qu'il s'en doutât ; aussi en nie-t-il l'existence ou du moins déclare-t-il ne s'en être pas aperçu. Il prétend n'avoir eu qu'un simple petit écoulement. Vous voyez par là quelle confiance il faut ajouter souvent au dire d'un malade, surtout quand il s'agit de la syphilis. Il a eu un chancre, lequel était situé au niveau du prépuce et du gland, où nous sentons manifestement aujourd'hui une induration. Cet homme a un phimosis, il ne décalotte pas.

Il nous présente encore, comme phénomènes complémentaires, des accidents secondaires caractérisés par de l'adénopathie cervicale, par des ganglions inguinaux, de la raucité de la voix, enfin par une éruption toute spéciale sur le scrotum.

J'attribue une date de quatre mois environ à l'apparition du chancre, à cause de ce fait qu'il y a deux mois il souffrait d'une céphalalgie nocturne assez intense et se plaignait aussi de la gorge, accidents disparus aujourd'hui et sur lesquels il ne sait pas nous donner d'autres renseignements. Or la céphalalgie syphilitique est un accident secondaire précoce, contemporain de la roséole ; de plus, comme je viens de vous le dire, on sent encore une certaine induration au point de jonction du gland et du prépuce, et l'on constate à la fois une adénopathie cervicale et des ganglions inguinaux. Je me crois donc par là autorisé à faire remonter l'existence du chancre à quatre ou cinq mois au plus.

Aujourd'hui, ce malade nous présente deux ou trois ulcères sur chaque jambe avec les caractères précités, et, comme la syphilis s'en mêle souvent, que, de plus, cet homme n'a pas de varices et que sa profession de cocher d'omnibus est de celles qui, par la position toujours assise, ne prédispose pas à la formation de varices, contrairement à ce qui se passe chez les receveurs qui sont constamment debout, nous ne saurions considérer ces ulcères comme étant de nature variqueuse. Du reste, nous devons ajouter qu'ils n'en ont nullement l'aspect ; ils ne sont pas calleux, ils n'occupent pas non plus le siège de prédilection des ulcères variqueux ; enfin ils ne sont pas ordinairement multiples, comme chez notre malade, à moins qu'il ne s'agisse de récidive. Mais ils sont ronds et d'une parfaite régularité.

Cependant ils ne ressemblent pas aux ulcères syphilitiques ordinaires, qui sont de deux espèces : les uns qui succèdent à l'ecthyma syphilitique chez les sujets variqueux ; les autres qui sont le résultat de gommes cutanées de la jambe ulcérée.

Chez les sujets variqueux, les ulcères n'apparaissent généralement pas aussi rapidement, quatre mois seulement après l'apparition d'un chancre ; et, lorsqu'ils sont aussi précoces, ils sont généralement l'indice d'une syphilis grave s'accompagnant de rupia et d'autres accidents sur diverses parties du corps. Néanmoins, et pour le dire de suite, je crois pouvoir considérer les ulcères de cet homme comme des accidents syphilitiques tertiaires précoces ou secondaires tardifs développés au quatrième mois de la syphilis.

Maintenant il présente encore une lésion intéressante sur les bourses. C'est une éruption de petites tumeurs roses, arrondies, très-nettement circonscrites, saillantes, simulant, sauf la couleur, l'acné varioliforme. Ce n'est cependant ici ni de l'acné, ni des boutons de variole.

Ce sont des follicules sébacés de la peau qui se sont hypertrophiés, follicules reconnaissables à la saillie qu'ils forment sur la peau et à leur centre déprimé légèrement. Cette dépression correspond à l'ouverture naturelle du follicule sébacé. Leur coupe présente une hypertrophie glandulaire à lobules concentriques formés par les acinies de la glande.

Chez notre malade, ces petites tumeurs du scrotum sont nombreuses, et elles ressembleraient, si elles n'étaient aussi nettement ombiliquées, à des plaques muqueuses.

J'ai décrit autrefois, le premier, je crois, le syphilome

sudoripare, ayant été frappé par la vue, chez certains sujets syphilitiques, de groupes de petites tumeurs qui affectaient un aspect herpétiforme tigré d'une foule de petits trous. Quant aux syphilomes des glandes sébacées, je ne sais pas s'ils ont été décrits, en tous cas je n'en connais aucune relation, et ils pourraient être l'objet d'une nosographie intéressante. Je me propose du reste de soumettre la question à mon collègue de la Faculté et des hôpitaux, M. Fournier.

Quoi qu'il en soit, je crois bien que nous avons affaire ici à un syphilome des glandes sébacées du scrotum, chez un individu présentant déjà des ulcérations syphilitiques sur les membres inférieurs.

Quant au traitement, il sera celui des accidents secondaires; cet homme, du reste, est vierge de toute thérapeutique anti-syphilitique, puisque, je le répète, il ne se doutait nullement de la nature de sa maladie. De plus, il est faible et anémique. Nous allons donc le soumettre à une médication spécifique à laquelle nous joindrons un régime tonique.

II. Puisque nous parlons actuellement de syphilis, je me bornerai à vous signaler un autre malade du service, également syphilitique, qui est assez intéressant en ce sens que, sous l'influence de la maladie constitutionnelle, un traumatisme peu considérable a produit des accidents particuliers.

En effet, au mois de juillet dernier, alors qu'il avait un chancre de la verge, un choc du genou gauche contre son établi de menuisier a donné lieu à la formation d'une hydarthrose. Nous l'avons soigné ici à cette époque, et sorti, à peu près guéri, il avait pu reprendre ses occupations journalières, lorsqu'un nouveau traumatisme, mais cette fois du genou opposé, a produit une hydarthrose du genou droit, pour laquelle il est entré de nouveau ces jours-ci dans nos salles.

Ce malade présente de plus, en ce moment, comme accident syphilitique, une roséole parfaitement caractérisée.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M Dujardin-Beaumetz.

Du gavage.

Pendant que M. Debove perfectionnait, par l'invention des poudres de viande, la méthode d'alimentation qui a été récemment introduite dans la thérapeutique et dont nous avons entretenu nos lecteurs à plusieurs reprises, j'ai songé à modifier le manuel opératoire de manière à rendre plus facile le procédé du gavage. Malgré les nombreux reproches qui ont été faits à ce mot *gavage*, qui n'est pas français, je le reconnais, je le maintiens cependant, parce qu'il est court et qu'il caractérise très-nettement l'opération que l'on pratique et le but que l'on veut atteindre.

Ce qui jusqu'ici a empêché le procédé du gavage de se répandre surtout dans la clientèle, c'est la difficulté de faire accepter au malade l'introduction du tube Faucher ; la longueur du tube, son diamètre volumineux, les nausées que son introduction détermine et souvent même les vomissements qui accompagnent les premières séances d'introduction sont des obstacles souvent insurmontables, et il faut toute l'énergie du malade et la patience du médecin, surtout chez les malades qui n'ont pas de troubles profonds du côté de l'estomac, pour faire accepter et pour maintenir cette alimentation. Je me suis donc efforcé de rendre ce gavage le moins pénible possible et voici à quels résultats je suis arrivé. J'ai d'abord constaté, dans une première série d'expériences, la réalité du fait signalé pour la première fois par le docteur Ortille (de Lille), c'est qu'il n'est pas nécessaire, pour pratiquer l'alimentation forcée, de faire pénétrer le tube jusque dans l'estomac et qu'il suffit de le placer à la partie supérieure de l'œsophage ; l'on peut alors, lorsqu'on use d'une pression suffisante et que le malade aide vos efforts par des mouvements de déglutition, faire pénétrer le mélange alimentaire sans difficulté jusque dans l'intérieur de l'estomac. Il est bien entendu que dans ce cas il ne faut pas qu'il existe d'obstacle dans le conduit œsophagien, soit tumeur, soit spasme, qui empêcherait la descente du mélange alimentaire.

J'ai démontré ensuite, par une autre série d'expériences, que l'on pouvait, grâce à l'homogénéité des mélanges préparés avec les poudres alimentaires, les faire passer par des tubes d'un très-petit diamètre, surtout si l'on fait une pression assez énergique à la surface du liquide.

Ces deux points établis, j'ai alors réduit de moitié le tube de Faucher, et M. Galante, qui a suivi toutes ces expériences avec grand soin, a construit une sonde d'une longueur de 30 centimètres. Cette sonde est aplatie vers son extrémité pharyngienne, tandis qu'au contraire vers son extrémité buccale il existe un disque en caoutchouc qui s'applique sur la bouche du malade et qui empêche le tube d'être dégluté tout entier. L'aplatissement de l'extrémité pharyngienne du tube rend son introduction plus facile, et comme cet aplatissement se fait d'avant en arrière, le tube présente une fente antéro-postérieure, ce qui empêche son introduction dans le larynx.

Les parois de cette sonde sont épaisses et constituées par un caoutchouc plus compact que celui des tubes Faucher, mais pour augmenter encore cette résistance et rendre la pénétration plus facile, on introduit dans son intérieur un conducteur en baleine courbée, conducteur moins long que le tube et qui laisse ainsi la partie pharyngienne souple. L'introduction de cet appareil est des plus faciles. Vous faites ouvrir largement la bouche au malade et avec la sonde armée de son mandrin, vous pénétrez d'un seul coup dans l'arrière-gorge, puis pendant que le malade exécute des mouvements de déglutition, vous retirez le mandrin et vous faites pénétrer le tube jusqu'à ce que le disque vienne toucher les lèvres du malade, et ce dernier place entre ses dents l'extrémité rigide de la sonde.

Il restait maintenant à trouver une disposition commode de faire passer le liquide alimentaire à travers le tube. J'avais d'abord songé à employer une pompe, mais ce sont des appareils fort coûteux, et de plus le contact incessant du mélange alimentaire rendait difficile l'entretien de cette pompe dans un état de propreté suffisant, et voici à quoi nous nous sommes arrêtés M. Galande et moi. Dans un grand vase en verre, contenant deux litres et demi et à large base, de manière à se placer facilement sur une table sans craintre d'être renversé, nous avons pratiqué deux ouvertures : l'une à sa partie supérieure, l'autre à sa partie latérale et tout à fait inférieure ; à cette dernière ouverture se trouve un tube en caoutchouc, dont l'une des extrémités plonge dans l'intérieur du vase et dont l'autre extrémité libre vient s'appliquer au tube placé dans la bouche. Un index en verre placé près du malade permet de suivre la

marche du liquide. A l'autre tubulure placée à la partie supérieure du vase, nous plaçons un bouchon en caoutchouc qui ferme, par un procédé spécial, hermétiquement l'ouverture, et un tube en caoutchouc communiquant avec une poire traverse le bouchon. Si j'ajoute que le réservoir en verre est gradué, j'aurai complété la description de cette seconde partie de l'appareil, qui présente ce grand avantage d'être très-peu coûteux, et d'être nettoyé avec une extrême facilité, enfin de ne pas présenter de robinet qui se serait facilement altéré par le contact incessant des poudres alimentaires.

Voici maintenant comment on procède :

On commence par remplir, au moyen d'un entonnoir, le réservoir de verre avec le mélange alimentaire que l'on a fait. Il faut que la quantité introduite soit un peu plus considérable que celle que doit prendre le malade, pour éviter que, si on venait à épuiser le contenu du vase, de l'air ne pénétrât dans l'estomac. On ferme la tubulure supérieure, on introduit ensuite le tube dans la bouche du malade, et on le place à la partie supérieure de l'œsophage, puis on ajuste les deux extrémités, et une fois que cette jonction est faite, on exécute des pressions avec la main sur la poire du caoutchouc, et on voit au travers de l'index en verre le mélange passer du réservoir dans le tube et de là dans l'œsophage et l'estomac du malade. Selon la fréquence des pressions exercées on hâte plus ou moins l'introduction de ce liquide et on juge de la quantité introduite par les graduations placées dans le réservoir. Lorsqu'on trouve que la dose est suffisante, il suffit soit de cesser les pressions sur la poire en caoutchouc, soit de serrer le tube avec les doigts pour arrêter la marche du liquide. Le malade, d'ailleurs, peut exécuter lui-même tous ces mouvements. De la main gauche il tient le tube à l'extrémité de sa bouche, tandis que, de sa main droite, il exécute les pressions sur la poire en caoutchouc, pendant qu'il suit de l'œil sur l'index la marche plus ou moins rapide du mélange alimentaire.

Tel est l'appareil que je propose et que j'ai expérimenté maintes fois avec succès dans mon service. Il est bien entendu qu'il ne peut servir qu'au gavage, et que, chez les malades porteurs d'affections de l'estomac et auxquels il est nécessaire de laver cet organe, il faut revenir au tube Faucher.

Dans la plupart des cas je suis arrivé du premier coup chez les tuberculeux à me servir de ce tube sans difficulté ; seulement, il faut dans la première séance faire pénétrer le liquide avec une extrême lenteur, car, sans cela, le malade rejette les aliments; il faut aussi, dans le cas où il existe une susceptibilité trop grande du pharynx, pratiquer des lavages au bromure de potassium ou administrer ce sel à l'intérieur ; enfin je reconnais que chez les malades atteints d'épiglottite ou de laryngite ulcéreuses, ce procédé est quelquefois douloureux. Mais, sauf ces restrictions, le manuel opératoire du gavage, tel que je le propose, est accepté facilement par le malade, et je crois que l'on pourra désormais généraliser cette pratique dans la clientèle, grâce aux modifications que je viens d'exposer. Déjà, de toutes parts, on s'efforce de perfectionner les poudres de viande et les poudres alimentaires, et je crois que, grâce à l'activité de toutes ces recherches, on parviendra à doter la thérapeutique d'une méthode puissante et efficace, puisqu'elle s'adresse directement à la nutrition.

ORIGINES DE LA MÉTALLOTHÉRAPIE (1)

PREMIÈRES OBSERVATIONS SUR L'ACTION EXTERNE DES MÉTAUX DANS L'ÉTAT MESMÉRIQUE ; DÉCOUVERTE DES PROPRIÉTÉS ESTHÉSIOGÈNES ET ANTI-MAGNÉTIQUES DU CUIVRE.

Par M. le docteur V. Burq.

II

Le 5 avril dernier, il se passait à l'hôpital de la Pitié le fait suivant :

G... est hypnotisée par M. Dumontpallier. Après une série d'expériences, la malade est mise en somnambulisme. M. Dumontpallier lui ordonne de quitter le laboratoire, où se tenait la séance, et de se rendre à son lit. G... obéit, marche droit devant elle, bien que ses paupières soient hermétiquement closes, arrive à une porte qui est fermée, en saisit le bouton et, tout aussitôt, elle pousse un grand cri. Or, ce bouton était en cuivre, et la main qui l'avait saisi était nue. La métallothérapie est partie d'un fait semblable. Ce fait s'est passé il y a trente-cinq ans, en 1847, sur une certaine Clémentine X..., que nous avions commencé à magnétiser à l'hôpital Beaujon, sur l'invitation de Robert. Le voici :

Un jour que X..., en état de somnambulisme, avait à ouvrir la porte de sa chambre, nous la vîmes s'en approcher avec précaution, s'isoler la main droite avec le pan de son jupon, la porter sur le bouton de la serrure, tourner ce bouton prestement, puis frotter sa main après elle, comme si elle avait touché un corps chaud.

A quelques jours de là, même manœuvre nécessitée par le même besoin.

Ce bouton était aussi en cuivre ou plutôt en laiton (alliage de cuivre et de zinc).

Très-frappé du fait, nous en demandons l'explication à X.., qui nous répond « que le contact du cuivre lui fait mal, que ce métal *la brûle* comme du feu, et que c'est pour cela qu'elle se recouvre la main avant que d'y toucher ».

Nous sortons alors quelques sous de la poche de notre pantalon, par conséquent à la température moyenne du corps, et nous les lui mettons dans la main. Aussitôt X... pousse un cri exactement comme G..., jette au loin les sous et se met à frotter plus vivement encore sa main après ses vêtements. Puis, à ce moment, s'établit entre nous deux ce dialogue :

« Mais vous portez bien sur la poitrine une médaille que vous ne quittez point ? — Oh ! pour ce qui est de cette médaille, c'est bien différent ; elle est en argent et j'aime le contact de ce métal, ainsi que celui de l'or ; tous deux me font du bien quand je les touche. »

Et, ayant remis à X... une pièce de 5 francs en argent, puis une montre en or, elle prit plaisir en effet à les manier, et ne voulait plus s'en dessaisir.

Notre première pensée fut d'attribuer ces effets à son imagination et de croire qu'ils cesseraient aussitôt que celle-ci ne serait plus en jeu.

En conséquence, nous interrompons la conversation, nous endormons X... profondément, et lorsque depuis un moment elle est en état de léthargie, nous mettons dans sa main la pièce d'argent et la montre de tout à l'heure : même tolérance ; X... les garde sans en être troublée. Nous remplaçons ces objets par des sous, et alors mêmes effets répulsifs que devant.

Nous répétons et nous varions l'expérience à des jours différents : les résultats sont les mêmes. Nous nous assurons de plus que le cuivre n'a même pas besoin, pour agir, d'être en contact immédiat. Si l'objet fait avec ce métal présente un certain volume, tels qu'un bougeoir ou une casserole, il suffit, soit de le mettre dans le lit à la distance de 20 à 50 centimètres du corps, soit de l'apposer au-dessus des couvertures, pour que bientôt X... s'en montre comme oppressée, le repousse, et devienne colère pour peu que nous mettions d'insistance à lui imposer le voisinage ou le contact médiat du cuivre.

(1) Suite. — Voir le numéro du 8 juin 1882.

L'imagination, l'*expectant attention* du sujet n'était donc pour rien dans la productiou des phénomènes. Quant à faire intervenir celle de la suggestion, il n'y avait point à y songer, puisque les faits observés étaient tout aussi nouveaux pour nous que pour X...

Arrivé à ce point, voici les différentes expériences que nous fîmes : la première est capitale :

La malade, étant dans son lit, qu'elle ne pouvait plus quitter, — X... était phthisique, — nous la magnétisons. Nous mettons un de ses bras à nu, nous nous assurons bien que la sensibilité est absolument abolie, après quoi nous lui posons un gros sou vers le milieu de la région externe de l'avant-bras.

Au bout de trois ou quatre secondes, X... secoue son bras, comme toujours, et rejette le sou. Aussitôt nous piquons le bras, et, à notre très-grande surprise, nous constatons que la sensibilité est devenue des plus vives à la place même qu'occupait le sou, et irradie un peu au voisinage. Nous réanesthésions le bras et nous appliquons sur le même point une clef. La sensibilité revient encore, sous le métal même, mais elle est moins vive et s'étend moins loin. De plus, le contact du métal agace peu ou pas X..., et nous pouvons ici renouveler à loisir l'application métallique sans produire chez elle les mêmes marques d'impatience.

Le bras ayant été réanesthésié, nous appliquons successivement un écu de 5 francs, un louis et la cuvette d'une montre en or : aucun effet ; l'anesthésie persiste au même degré.

Nous réexpérimentons de même les jours suivants et nous voyons encore la sensibilité reparaître par le cuivre, et l'anesthésie résister toujours à l'application de l'argent comme de l'or.

Une autre fois, nous endormons X... et nous cataleptisons son bras droit. Lorsqu'il est devenu bien rigide, nous le frictionnons avec un tube de lorgnette en cuivre ; en quelques secondes tous les muscles raidis s'assouplissent, l'anesthésie disparaît et le membre recouvre sa liberté.

Nous réanesthésions et nous récataleptisons le bras ; nous le frictionnons avec une cuillère d'argent, rien ; avec la cuvette d'une montre en or, pas davantage.

Nous substituons à cette dernière une lame de couteau de table, la contracture se défait et l'anesthésie disparaît, mais bien plus lentement qu'avec le cuivre, et la sensibilité s'étend moins loin.

A peu de temps de là, Clémentine X..., que nous retrouverons un moment à l'hôpital Cochin, quand nous aurons à parler d'autres phénomènes, mourut sans nous laisser le temps de pousser plus loin sur elle nos recherches et, disons-le, sans se douter un seul instant, malgré sa lucidité, qui était des plus rares, de l'importance des observations qui nécessairement l'avaient eue pour confidente. Mais nous lui devions de savoir déjà que le magnétisme animal présentait un côté physique, d'un grand intérêt pour la physiologie, et que par là nous pourrions peut-être arriver à une démonstration scientifique de son existence. Cela suffit pour nous faire diriger nos études dans une voie toute autre que celle que nous avions suivie jusqu'alors, voie féconde et qui, on le verra, devait singulièrement profiter à la pratique du magnétisme lui-même.

Après la mort de X..., et même déjà un peu de son vivant, les yeux toujours fixés sur l'anesthésie mesmérique, qui était devenue comme notre étoile polaire, nous fîmes sur d'autres sujets de nouvelles expériences qui confirmèrent en tous points les premières en y ajoutant.

Comme chez X..., ce furent les mêmes répulsions et les mêmes attractions métalliques et les mêmes phénomènes subjectifs et objectifs : mais il y eut une variante pour le fer et pour l'or. Ainsi, tandis que, dans l'état magnétique, le cuivre, soit seul, soit allié au zinc, dans la proportion d'environ un tiers pour former le laiton ou cuivre jaune, était toujours repoussé et ramenait invariablement la sensibilité ou assouplissait les muscles contracturés, il nous arriva de voir le fer ou l'acier être supporté d'emblée ou arriver à être parfaitement toléré par certains sujets, et l'or *allié*, au contraire, produire aussi des effets répulsifs.

Toute contraction cataleptique se dissipait de même par le cuivre, et déjà même il nous arriva de voir l'application de ce métal être tout aussi efficace contre certains spasmes isolés, contre un trismus des mâchoires, deux fois survenus dans la crise magnétique.

Nul besoin d'ajouter qu'avec l'amyosthénie magnétique disparaissait également l'anesthésie.

Mais enfin, pourquoi, en somme, ces répulsions, ces plaintes de la part des sujets, dès qu'ils étaient mis en contact avec le cuivre, soit en nature, soit plus ou moins allié au zinc et à l'or ? Pourquoi paraissaient-ils et disaient-ils en souffrir ?

La clé nous en fut donnée par l'expérience complémentaire qui suit :

Sur l'avant-bras d'un sujet magnétisé et absolument anesthésique, nous fixons, à l'aide d'un mouchoir, une plaque de laiton de la grandeur d'une pièce de 5 francs environ. La sensibilité à la piqûre revient comme toujours sous le métal ; elle irradie bientôt dans tout le membre, mais plus rapidement en hauteur ; au bout de quelques secondes elle est devenue parfaite jusqu'à l'épaule ; elle gagne le tronc, puis, cheminant de proche en proche, mais si vite qu'il nous est très-difficile de la suivre, elle s'étend au bras du côté opposé et aux membres inférieurs. Pendant ce temps, le sujet s'agite, gémit et soupire. Il est pris de secousses et de tremblements ; le spasme incessant de ses deux orbiculaires (signe caractéristique du sommeil magnétique) diminue, puis cesse complètement, les globes oculaires, convulsés vers le haut de l'orbite, s'abaissent et finalement les yeux s'ouvrent : voilà le sujet à son état ordinaire.

L'expérience est renouvelée, en variant le point d'application du cuivre ; un deuxième sujet en fait les frais, et, chaque fois, le réveil s'opère en s'accompagnant des mêmes phénomènes précurseurs.

L'anesthésie était donc une condition essentielle du sommeil magnétique, et c'était parce que l'application du cuivre la faisait cesser, parce qu'elle détruisait l'isolement absolu, l'équilibre négatif, si nous pouvons ainsi parler, nécessaire à l'état dans lequel ils se complaisent, que les sujets magnétisés la repoussaient et semblaient en souffrir. Le cuivre était donc un agent antimagnétique par excellence ; il réveillait donc sûrement, quelle que fût la profondeur du sommeil mesmérique. C'est là déjà une découverte d'une portée pratique considérable. Nous y reviendrons.

Après l'étude des effets du cuivre, du fer, de l'argent et de l'or sur l'anesthésie mesmérique, nous passons successivement à celle de l'action du verre, de la résine, du bois, de différents tissus, de l'aimant, de l'électricité, de l'eau froide et chaude, du vent provenant soit de la main agitée automatiquement, soit d'un soufflet de cuisine, etc., etc., et afin d'avoir un contrôle des effets sur lequel nous puissions absolument compter, nous faisons intervenir le thermomètre et nous l'employons concurremment avec l'aiguille.

Puis, partant de cette opinion formulée déjà en ces termes par Cuvier lui-même : « Il y a grande apparence que c'est par un fluide impondérable que le nerf agit sur la fibre, d'autant qu'il est démontré qu'il n'agit pas mécaniquement », nous faisons de nombreuses expériences à l'effet de recueillir le fluide émis, soit par nous dans les passes magnétiques, soit par les hystériques pendant leurs attaques, d'en charger des substances isolantes, telles que le coton en ouate et la soie tissée, disposées de certaine façon, et nous nous servons ensuite de ces substances, tantôt pour anesthésier isolément tel ou tel autre membre d'un sujet magnétisable, mais à l'état de veille, aussi bien avec son propre fluide qu'avec le nôtre, ou celui émis par un autre sujet, tantôt pour obtenir le contraire de ce que nous verrons faire plus loin aux applications métalliques, nous voulons dire pour empêcher ou retarder la décharge hystérique. Sur tout cela nous recueillîmes des faits dont nous faisions, dès 1849, l'objet de deux plis cachetés déposés à l'Académie des sciences, l'un le 13 avril sous le n° 905, et l'autre le 19 novembre sous le n° 963. Nous voudrions bien ne point tarder davantage à en faire connaître le contenu.

Mais c'est là un sujet trop important et trop délicat pour être traité incidemment, alors même que nous en aurions ici la place. Qu'on nous permette donc de différer encore de nous expliquer sur ce point, et de nous borner pour le moment à faire l'indispensable.

Avant de passer outre, dressons l'inventaire des richesses que le magnétisme animal venait d'accumuler à notre portée, et expliquons pourquoi nous n'en sûmes voir qu'une partie.

Puisque la sensibilité et la motilité revenaient toujours chez les sujets magnétisés par l'application du cuivre, n'en ressortait-il point que ce métal était un agent esthésiogène et dynamogène appelé particulièrement à rendre des services dans l'hystérie, qui précisément est le terrain de prédilection du magnétisme ?

Ne pouvait-on aussi induire de l'action résolutive du cuivre sur les spasmes provoqués artificiellement, de la souplesse qu'il rendait aux muscles cataleptisés, la possibilité d'en obtenir d'aussi bons effets contre les attaques, voire même contre les contractures hystériques ?

Et, en somme, l'action esthésiogène, dynamogène et antispasmodique du cuivre, dans l'état mesmérique, ne contenait-elle point en germe les principes majeurs de la métallothérapie externe?

Mais, pour conclure de la sorte, il nous a fallu connaître pertinemment ces deux choses, savoir :

1° Que les troubles en moins de la sensibilité et de la motilité sont de règle dans l'hystérie et ses congénères ; que l'anesthésie et l'amyosthénie mesmériques ne font que s'y surajouter, si bien que le retour de la sensibilité et de la motilité par une application de cuivre impliquait aussi nécessairement la cessation de l'anesthésie et de l'amyosthénie pathologiques ;

2° Que les troubles inverses de la sensibilité et de la motilité, — les spasmes comme les névralgies, — dérivaient fatalement des premiers et devaient nécessairement disparaître avec eux, quels qu'en fussent la forme, le siège et l'intensité.

Or, à ce moment, Gendrin, Beau et leurs élèves commençaient à peine à démontrer la fréquence de l'*anesthésie* ou de son diminutif, l'*analgésie*, dans l'hystérie, et nous n'avions point encore fixé nous-même notre attention sur la coexistence d'un autre symptôme non moins constant, l'*amyosthénie*, et reconnu la nécessité d'une dynamométrie précise dans toutes les affections du système nerveux.

D'autre part, les idiosyncrasies métalliques n'émergeaient-elles point, elles-mêmes, de la façon toute différente dont se comportaient les métaux, cuivre et fer d'un côté, argent et or de l'autre, mais surtout des différentes sensibilités individuelles par rapport soit au fer ou à l'acier, soit à l'or plus ou moins allié au cuivre? N'était-il point à présumer qu'on trouverait d'autres idiosyncrasies ou sensibilités métalliques quand on en viendrait à appliquer aussi le zinc, l'étain, le platine, etc. ? Et puisque le métal, qui avait fait cesser les spasmes magnétiques, était celui-là même qui ramenait la sensibilité, puisque l'anesthésie jouait ici le rôle d'un véritable réactif, n'avait-on point déjà, dans l'application du métal sur un point anesthésique, un *criterium* de son appropriation individuelle, et, partant, un moyen certain de reconnaître d'avance ses effets curatifs, c'est-à-dire les prémices mêmes de la métalloscopie telle qu'elle se pratique aujourd'hui ?

De plus, de l'action si constante du cuivre sur les sujets magnétisés, n'y avait-il point à tirer cette conclusion : Que la sensibilité magnétique et la sensibilité cuivre étaient le corollaire réciproque l'une de l'autre, si bien, qu'étant donné une hystérique, il suffirait que le cuivre ramenât la sensibilité pour être certain qu'on était en présence d'un sujet magnétique ?

Mais c'était là trop de choses à la fois, trop d'éblouissements pour nos yeux à peine dessillés.

Aussi, nous le confessons humblement, nous ne sûmes d'abord qu'entrevoir le plus petit nombre des enseignements que nous offrait le magnétisme animal, et ce n'étaient point les plus féconds. Quant à ces derniers, il fallut que nous eussions la main forcée, pour ainsi dire, par les faits dont nous parlerons à la suite, pour qu'il nous fût enfin donné de ne plus les méconnaître.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 7 juillet 1882. — Présidence de M. Dujardin-Beaumetz.

COMMUNICATIONS

Gangrène. — M. GUYOT communique deux cas de gangrène sèche suivie de gangrène humide survenus, le premier chez un homme de soixante-dix-sept ans, atteint de glycosurie et d'endocardite, le second chez un jeune homme atteint de fièvre typhoïde.

Dans le premier cas, il s'agissait, avons-nous dit, d'un vieillard glycosurique, présentant tous les signes d'une endocardite et qui, à plusieurs reprises, avait eu de légères atteintes de phlébite. Son pied gauche se momifia, et bientôt la gangrène sèche se transforma en gangrène humide. M. Guyot eut recours aux pansements phéniqués et coupa les masses musculaires sphacélées. Après deux mois et demi, il put détacher la jambe au niveau de l'articulation du genou ; quelques jours après, enlever la rotule et le tendon rotulien. Pansements à l'acide phénique. Après trois mois de traitement, apparurent des bourgeons charnus. Le malade fut envoyé à Versailles ; à son retour, M. Guyot put enlever les cartilages et débarrasser les surfaces articulaires. Il y a un an survint un érysipèle dont il guérit bien. Il se fit une rétraction du tendon d'Achille de l'autre côté, qui gêne un peu la marche, car, aujourd'hui, ce malade est complètement guéri et marche avec des béquilles. Il est âgé maintenant de plus de quatre-vingts ans.

Dans le second cas, il s'agit d'un jeune homme qui, au douzième jour d'une fièvre typhoïde, ressentit des douleurs intenses dans la jambe gauche. Bientôt apparut une gangrène sèche qui ne tarda pas à devenir humide. Ce malheureux souffrait tellement, qu'il réclamait à grands cris l'amputation. Contrairement à ce qui eut lieu chez le malade précédent, les injections de morphine restèrent ici sans résultats.

M. Labbé, consulté, déclara l'amputation urgente et la pratiqua aussitôt. Le quatrième jour, l'état du malade étant aussi satisfaisant que possible, la plaie presque complètement réunie par première intention, il y eut une petite hémorrhagie secondaire qui emporta le malade.

Rétrécissement de l'artère pulmonaire. — M. CADET DE GASSICOURT communique l'observation d'un enfant de deux ans, maigre, chétif, né d'un père et d'une mère rhumatisants et atteints d'affections cardiaques, la mère étant déjà arrivée à la période cachectique. L'hérédité est donc ici flagrante. A sa naissance, cet enfant était bleu, cyanosé ; longtemps il y eut chez lui comme une sorte d'hésitation entre la vie et la mort ; enfin, il opta pour la vie, si l'on peut appeler ainsi l'état d'engourdissement et d'hébétude dans lequel il se trouva. La moindre colère amenait aussitôt des accès de suffocation. La cyanose était surtout marquée à la face, aux lèvres et aux extrémités. Le diagnostic présenta les plus grandes difficultés ; il fallut apprivoiser l'enfant pour l'examiner.

Il n'y avait pas de voussure précordiale, la matité était à peu près normale : les limites du cœur étaient les limites habituelles. Les impulsions cardiaques étaient énergiques ; pas de frémissement cataire. L'auscultation révèle un souffle systolique manifeste, dont le maximum correspond à la partie interne du deuxième espace intercostal gauche. Il n'y avait donc pas de doute sur l'existence d'un rétrécissement de l'artère pulmonaire, sans lésion de l'aorte. Il y avait de plus uue communication entre les deux cœurs, puisqu'il n'y avait pas d'hypertrophie du ventricule droit. En quel lieu se faisait cette communication ? Le plus souvent elle porte sur le septum interventriculaire. Enfin il y avait lieu d'ametttre chez cet enfant, l'existence d'une tuberculose, non pas seulement d'une tuberculose pulmonaire, résultant mécaniquement de la lésion cardia-vasculaire, mais d'une tuberculose généralisée due à une influence plus haute que l'action mécanique. Le pronostic était fatal à courte échéance.

En effet, cet enfant succomba.

L'autopsie confirma le diagnostic de tuberculose généralisée ; les

poumons, les intestins, le foie, le péritoine, étaient farcis de granulations tuberculeuses. L'état du cœur était le suivant : le péricarde était sain. Le cœur, débarrassé du sang, pesait 50 grammes. Il n'était pas hypertrophié. On constatait une augmentation de volume du ventricule droit par rapport au ventricule gauche. L'orifice auriculo-ventriculaire droit était altéré. Il y avait un rétrécissement considérable de l'artère pulmonaire et une insuffisance de l'orifice tricuspide.

L'examen microscopique, fait avec le plus grand soin, ne concorda pas avec l'examen macroscopique ; il montra, en effet, une intégrité parfaite des valvules. Les lésions avaient disparu ; elles ne pouvaient donc pas être congénitales.

Le gavage ou l'alimentation forcée. — M. DUJARDIN-BEAUMETZ fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut.)

Traitement de la syphilis par les injections hypodermiques de la solution mercurique de peptone ammonique. — M. MARTINEAU a continué ses expérimentations sur ce mode de traitement. Les résultats qu'il a obtenus confirment ses premières conclusions : à savoir que, par ce mode de traitement, il n'y a pas de douleur, pas d'inflammations locales au niveau des piqûres, même chez les diabétiques ; que l'action du médicament est beaucoup plus rapide et beaucoup plus énergique ; qu'il n'y a pas d'accidents mercuriels. Les expérimentations de M. Martineau ont porté sur trois séries de malades : 1° ceux traités par les injections ; 2° ceux traités par la voie stomacale ; 3° ceux traités par les frictions. Chez les premiers, après huit jours de traitement (une ou deux injections de 5 milligrammes par jour), l'aglobulie disparaît, le poids augmente, ainsi que la densité de l'urine ; chez les seconds, l'augmentation du nombre des globules se fait beaucoup plus lentement ; il faut douze à dix-neuf jours au lieu de huit. Le poids augmente aussi plus lentement. Enfin, chez ceux de la troisième série, l'amélioration et les modifications du sang, de l'urine et du poids, se font aussi bien plus lentement que chez les malades de la première série.

Les injections exercent donc une action beaucoup plus rapide et beaucoup plus énergique que les autres modes d'administration du mercure. La tolérance est parfaite. Jamais on n'atteint la période de la cachexie.

En terminant, M. Martineau fait ressortir les économies considérables que l'on pourrait faire par l'emploi de cette méthode dans l'armée, où la syphilis est si fréquente, en diminuant de beaucoup le nombre des journées d'hôpital pour les soldats atteints de cette affection.

A cinq heures la Société se forme en comité secret.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1882.

217. M. PÉRADON. Contribution à l'étude physiologique et thérapeutique de la résorcine. — 218. M. MANOUVRIER. Recherches d'anatomie comparatrice et d'anatomie philosophique sur les caractères du crâne et du cerveau (premier mémoire). — 219. M. PICARD. Étude sur l'accouchement prématuré artificiel. — 220. M. MOMON. De la septicémie péritonéale à la suite de la kélotomie. — 221. M. WAKEFIELD. Recherches sur la nature et la propagation du choléra asiatique. — 222. M. TOUVROU. Des plaies non sanglantes ; leur réunion immédiate. — 223. M. MIRPIED. Des ulcères syphilitiques du membre inférieur et en particulier de l'ulcus elevatum tertiaire. — 224. M. DE BRICON. Du traitement de l'épilepsie. — 225. M. BONNOT. Contribution à l'étude de l'hémorrhagie méningée expérimentale avec déductions cliniques. — 226. M. FROIDURE. Contribution à l'étude des manifestations musculaires de la syphilis. — 227. M. ROUX. Du traitement de l'épilepsie et de la manie par le bromure d'éthyle. — 228. M. LHOSTE. Étude sur les accidents laryngés de l'ataxie locomotrice progressive. — 229. M. IVANICHEVITCH. Étude sur le traitement de l'anus contre nature. — 230. M. HAUSSMANN. Contribution à l'histoire du cancer de l'intestin. Étiologie et anatomie pathologiqne. — 231. M. DUTERTRE. De l'emploi du chloroforme dans les accouchements naturels. — 232. M. GUÉRIN. Contribution à l'étude de l'hydronéphrose calculeux. — 233. M. O' NEIL. Des maladies d'origine exclusivement paludéenne observées au Rio-Nunez (Côtes-Occidentales d'Afrique) du 11 août 1866 au 15 novembre 1870. — 234. M. TISNÉ. De l'usage interne de la glycérine et de ses effets thérapeutiques. — 235. M. DURAND-BORDA. De la fistule anale chez les enfants.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 7 juillet 1882, M. le docteur Duriau, médecin de la Santé à Dunkerque, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les candidats aux différents concours du clinicat sont au nombre de 27 ; les membres du jury sont également désignés. Ce sont :

Clinicat médical. — 1° Jury : MM. Lasègue, Potain, Jaccoud, Peter et Cornil ; 2° Candidats : MM. Brault, Brissaud, Comby, Decaisne, Faisans, Gaucher, Juhel-Rémoz et Leroux.

Clinicat chirurgical. — 1° Jury : MM. Richet, Gosselin, Le Fort, Duplay et Guyon ; 2° Candidats : MM. Bazy, Desnos, Jullien, Petit (Charles), Pengrueber et Segond.

Clinicat obstétrical. — 1° Jury : MM. Pajot, Depaul, Verneuil, Trélat et Le Fort ; 2° Candidats : MM. Bar, Champetier de Ribes, Doléris, Loriot, Maygrier et Stapfer.

Clinicat des maladies des enfants. — 1° Jury : MM. Lasègue, Potain, Jaccoud, Peter, Cornil et Parrot ; 2° Candidats : MM. Leroux et Variot.

Clinicat des maladies cutanées et syphilitiques. — 1° Jury : MM. Lasègue, Potain, Jaccoud, Peter, Cornil et Fournier ; 2° Candidat : M. Leloir.

Clinicat des maladies mentales. — 1° Jury : MM. Ball, Bouchard, Brouardel, Lasègue et Jaccoud ; 2° Candidats : MM. Boyé, Millet, Rueff et Vallon.

Les concours du clinicat médical et du clinicat chirurgical commencent aujourd'hui lundi 10 juillet 1882, à trois heures du soir.

— Les inscriptions pour les bourses d'études de doctorat seront reçues au secrétariat de l'Académie (Sorbonne), jusqu'au samedi 15 juillet 1882 inclusivement, à quatre heures.

MM. les étudiants de première année qui désireraient prendre part au concours, sont priés d'en faire la déclaration par écrit : ils seront appelés à subir le premier examen de doctorat (nouveau régime), du 10 au 15 juillet.

— M. le docteur Picqué est nommé chef de clinique à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. le professeur Gosselin, en remplacement de M. le docteur Henryet, nommé, au dernier concours, chirurgien du Bureau central.

— M. le docteur Redard est nommé chef de clinique à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. le professeur Verneuil, en remplacement de M. le docteur Duret, nommé, également au dernier concours, chirurgien du Bureau central.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — Le concours pour la place de prosecteur d'anatomie s'est terminé par la nomination de M. Nicolas (Adolphe).

Les épreuves de dissection ont été les suivantes : Articulation tibio-tarsienne ; muscles de la plante du pied ; artères de la main ; nerfs du larynx et de la base de la langue. Le sujet de la composition écrite était : Description du larynx.

— M. le docteur L. Fiaux a été élu, hier dimanche, conseiller municipal de la ville de Paris, pour le dixième arrondissement.

— Jeudi dernier a eu lieu, dans la cour de l'hôpital civil de Strasbourg, l'inauguration du monument élevé à la mémoire de Schutzenberger, ancien professeur de clinique interne à l'ancienne Faculté française de médecine de Strasbourg.

— Des difficultés qui ne se renouvelleront pas ont forcé M. Jules Guérin d'interrompre momentanément la publication de ses travaux.

La quatrième livraison, qui vient de paraître, complète ses *Recherches sur les difformités chez les monstres, le fœtus et l'enfant.*

Pour terminer immédiatement la publication de ce premier ouvrage, notre éminent confrère a dû augmenter de six feuilles (18 au lieu de 12) la livraison actuelle; cet excédent sera imputé sur les 5e et 6e livraisons qui paraîtront incessamment.

— *Avis.* — Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Étude sur la lithotritie à séances prolongées, par le docteur Ernest Desnos, ancien interne des hôpitaux de Paris. In-8° de 270 pages avec 9 planches dans le texte. — Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin.

Cauterets, ses eaux minérales et leurs effets curatifs, par le docteur Duhourcau. In-8° de 109 pages. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Études cliniques sur le traitement des bubons vénériens, compression combinée à diverses méthodes thérapeutiques, par le docteur Gavoy, médecin-major de première classe des hôpitaux. 1 vol. in-8° de 90 pages. — Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin.

Les appareils électro-médicaux à l'Exposition d'électricité, par le docteur E. Neumann. In-8° de 32 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 13126.

43

Eaux minérales de Vals.

Acidules, Gazeuzes, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. HENRY.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre.	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude...	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse.	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces,* essentiellement *digestives.* Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux :* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie ; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre.................. 1.33
Silicate acide, Arséniate », Phosphate », Sulfate » } sesqui-oxyde de fer
— de chaux.....................
Chlorure de sodium...............
Matières organiques................ } 0.44

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

80

MALADIES DES VOIES RESPIRATOIRES

« *Hœc radix mucum pulmonem attenuat.* »
SPIELMANN.

« *Le malade éprouve un bien-être marqué à ne plus tousser et à pouvoir laisser entrer l'air librement dans sa poitrine.* »
TROUSSEAU et PIDOUX.

Globules du docteur de Korab

Expérimentés dans les hôpitaux de Paris.

à l'essence d'Aunée et

L'HÉLÉNINE CRISTALLISÉE

Présentées à la Société de biologie

CHAPÈS, 143, r. St Denis, Paris, et principales phies.

37

Névroses. — Sirop Collas

au BROMURE double de POTASSIUM et de LITHIUM. — Dose : 2 à 3 cuillerées par jour.

Le *Bromure de Lithium* est un des plus puissants sédatifs dans le traitement des maladies nerveuses, car il contient 91,95 de Brôme pour 100 parties.

Diathèse urique. Pilules Collas

au BROMURE de LITHIUM. — Dose : 4 ou 6 pilules par jour.

Le *Bromure de Lithium* est un des meilleurs modificateurs de la *diathèse urique,* puisque un gramme de ce *Bromure* neutralise quatre grammes d'acide urique.

Dépôt pharmacie COLLAS, 8, r. Dauphine, Paris.

54

Le phosphate monocalcique

CRISTALLISÉ DE BARBARIN

C'est le phosphate de chaux à son maximum de puissance et de pureté.

Le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.

Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. p. 30.
Vin id, id. à 1 — 60.

Paris, 163, r. de Belleville, et bonnes pharmies.

77

Maltine Gerbay,

Vérit. spécifique des Dyspepsies amylacées

TITRÉE PAR LE Dr COUTARET,

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a subi l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon, Académie des sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liége, etc.

GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

GROS: Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

11

Quina Rocher anti-diabétique

à base de glycérine redistillée et chimiquement pure. Préparation spéciale contre le diabète, l'albuminurie, etc. Flacon 3 fr. 50.

Pharmacie Rocher, 1, rue Perrée, Paris.

12

Poudre laxative de Vichy

CONTRE LA CONSTIPATION

ne contient aucun drastique, tels que Aloès, Podophylle, Scammonée, Jalap, etc., ne provoque pas les diarrhées séreuses et débilitantes des purgatifs salins, goût agréable. Flacon, 4 fr. 50. Pharmacie Rocher, 1, rue Perrée, Paris.

76

NEVRALGIES — MIGRAINES

PILULES ANTI-NÉVRALGIQUES AU

Gelsemium sempervirens

du docteur G. FOURNIER.

Une à cinq pilules au maximum en 24 heures.

Pharmacie de la Madeleine, 5, rue Chauveau-Lagarde, Paris.

Exiger la signature du Dr FOURNIER.

38

Coton iodé préparé par J. THOMAS

pharmacien de 1re classe.

Le Coton iodé est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique, dont on peut graduer les effets à volonté. On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hopitaux de Paris : le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc., ont été guéris, sans lésions de la peau, en un court espace de temps.

48, avenue d'Italie, Paris, et toutes les pharm.

91

MALADIES DE LA GORGE

DE LA VOIX ET DE LA BOUCHE

Pastilles de Dethan

AU SEL DE BERTHOLET (*chlorate de potasse*), contre les maux de gorge, angines, extinctions de voix, ulcérations de la bouche, scorbut et salivation mercurielle.

ADH. DETHAN, pharmacien, rue de Strasbourg, 10, Paris, et dans toutes les principales pharmacies de France et de l'étranger.

Adh Dethan

64

AFFECTIONS UTÉRINES, CHLOROSE, ANÉMIE, ETC.

Liqueur de Laprade

à l'albuminate de fer

Spécifique de l'irrégularité de la menstruation.

88

Capsules et saccharure

A L'EXTRAIT ÉTHÉRÉ DE CUBÈBE.

Les CAPSULES s'emploient avec succès contre : *Angines couenneuses, Blennorrhagie, Blennorrhée, Catarrhe vésical;* le SACCHARURE c. le *Croup.*

La pharmacie DELPECH, 23, r. du Bac, prépare les PRODUITS DE L'EUCALYPTUS.

41

Rhumatismes. Guérison par la

Flanelle et la Ouate végétale du Pin sylvestre.

REYNAUD, chemisier, rue de la Paix, 22, Paris.

71

CACHEXIE, RACHITISME, CONSOMPTION.

Peptone phosphatée Bayard

VIN : moitié de son poids de viande et 0gr,20 de *chlorhydrophosphate de chaux* par cuillerée.

22

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

23

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire ; apaise les douleurs des reins et de la vessie ; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

7

Les Dragées Carbonel

AU PERCHLORURE DE FER PUR.

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant quatre gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE francs.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

15

EAU SULFURÉE, SODIQUE ET CALCIQUE.

Eaux-Bonnes (*Basses-Pyrénées*).

SAISON DU 15 MAI AU 15 OCTOBRE

Affections chroniques de la gorge, du larynx et des bronches; asthme, pleurésies chroniques. — Prévient la *phthisie pulmonaire* et peut souvent en arrêter les progrès. — Attendu sa *double sulfuration,* privilège qui lui est exclusif, cette eau se distingue, entre toutes, par la *profondeur* et la *durée* de ses effets curatifs.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

119

Sirop DU DOCTEUR Reinvillier

Au Phosphate de chaux gélatineux

Phthisie pulmonaire, bronchite chronique, rachitisme, débilité organique, maladies des os.

Le sirop du docteur Reinvillier, administré quotidiennement aux enfants, facilite la dentition et la croissance. Chez les nourrices et les mères, il rend le lait meilleur et empêche la carie et la perte des dents qui suivent souvent la grossesse.

Huile phosphorée titrée pour frictions.

40

VIANDE ET QUINA.

Vin Aroud au quina

et aux principes solubles de la VIANDE.

MÉDICAMENT ALIMENT d'une supériorité incontestable sur tous les vins de quina et sur tous les toniques et nutritifs connus, renfermant tous les principes solubles des plus riches écorces de quina et de la viande, représentant par 30 gr., 3 gr. de quina et 27 gr. de viande. — Prix : 5 fr.

Se vend chez J. FERRÉ, pharm., 102, *r. Richelieu,* successeur de AROUD, Paris, *et toutes pharm. de France et de l'étranger.*

36

Vin de Baudon antimonio-phosphaté.

TONIQUE, RECONSTITUANT,

Bien supérieur à l'huile de foie de morue.

Affaiblissement général, anémie, lymphatisme, scrofule, rachitisme, affections catarrhales, phthisie et suppurations prolongées.

Utile pendant la grossesse et l'allaitement.

Ph. BAUDON, 11, r. des Francs-Bourgeois, Paris.

N° 81. — JEUDI 13 JUILLET 1882. 55e ANNÉE. JEUDI 13 JUILLET 1882. — N° 81.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la Fête nationale, le journal ne paraîtra pas samedi.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie est toute à la préparation de sa séance solennelle prochaine. Pour plus de hâte, on se borne à lire quelques extraits, fort écourtés, des divers rapports officiels dont les conclusions doivent être adoptées avant cette séance, et les questions les plus importantes qui s'y trouvent être soulevées n'amènent aucune discussion.

Nous mentionnerons donc seulement, pour mémoire, dans le rapport de M. Henri Gueneau de Mussy sur les épidémies, l'indication des effets funestes du surmenage, sans entraînement préalable, dans les exercices militaires des territoriaux et des réservistes ; celle d'un plan d'organisation des services sanitaires en France, d'après les résultats de l'expérience acquise dans divers pays étrangers.

HOTEL-DIEU. — M. RICHET.

Tumeur kystique et hypertrophique du corps thyroïde chez une femme enceinte; ponction, lavage et injection iodée.

Nous allons faire subir une petite opération à une femme entrée récemment dans nos salles pour une tumeur de la glande thyroïde, sur laquelle il est nécessaire que nous nous arrêtions quelques instants.

Il s'agit d'une femme de trente et un ans, du moins c'est l'âge qu'elle nous donne, bien que l'aspect extérieur permette facilement de lui attribuer une quarantaine d'années. Donc, elle a trente et un ans ; elle est originaire des Hautes-Pyrénées, de la vallée de Lourdes. Elle ne présente aucun antécédent héréditaire ou personnel. Elle a eu déjà trois enfants et se trouve actuellement enceinte de quelques mois pour la quatrième fois.

Elle porte dans la région cervico-latérale gauche et un peu médiane une tumeur considérable dont le siège exact est dans la glande thyroïde même. Au dire de la malade, cette tumeur a toujours existé, ou du moins, elle se la connaît depuis sa plus tendre enfance. Nous n'irons pas cependant jusqu'à dire qu'elle est congénitale ; nous n'en avons aucune preuve. A l'époque de la puberté, son volume était celui d'une noix de moyenne grosseur. Mais c'est lors de sa première grossesse qu'elle a pris surtout un grand développement. Chacune de ses grossesses, du reste, lui a donné comme un coup de fouet et l'a amenée ainsi, peu à peu, au point où nous la trouvons aujourd'hui.

Enfin, elle détermine actuellement une gêne telle de la respiration, dès que la malade veut marcher ou seulement même faire quelques mouvements, que celle-ci s'est décidée à venir à l'hôpital nous demander de la soulager.

Par sa situation et par son volume, la tumeur a rejeté le cartilage thyroïde à droite, ainsi qu'on peut très-facilement le sentir sous la peau : la partie supérieure de la trachée est également repoussée de la ligne médiane vers la droite, et cet organe ne reprend sa position normale que tout à fait en bas.

La consistance de la tumeur varie selon les points où on l'examine. Elle offre, dans sa plus grande étendue, une certaine mollesse, et donne la sensation d'une poche contenant un liquide qui n'est pas très-ténu comme dans l'hydrocèle ou les kystes de l'ovaire, mais qui paraît être d'une certaine densité, à fluctuation non séreuse, mais pâteuse. Enfin, dans un seul point, je veux parler de sa partie inférieure, la tumeur semble de tout autre nature, elle est solide.

En résumé, nous avons donc sous les yeux une tumeur composée de deux parties : l'une est de beaucoup la plus considérable, la plus volumineuse, constituant une tumeur liquide, fluctuante, pâteuse, sans transparence, lorsqu'on l'examine avec soin à la lumière ; l'autre, solide, charnue, affectant à peu près le volume d'un œuf de poule. Cette double tumeur s'est développée dans le lobe gauche de la glande thyroïde, repousse à droite, hors de la ligne médiane, le larynx et la trachée qui dessinent, par suite, une courbe très-prononcée dans laquelle ladite tumeur est venue se loger, tandis qu'elle se prolonge à gauche dans la région latérale du cou qu'elle occupe en entier jusqu'au-dessous de l'oreille, formant ainsi une saillie considérable des plus disgracieuses.

Le défaut de transparence de la tumeur doit tout d'abord nous faire rejeter l'idée d'une hydrocèle du cou, hydrocèle

sur laquelle Adolphe Richard lut autrefois un mémoire fort important à la Société de chirurgie. Mais les caractères physiques de la tumeur nous conduisent à diagnostiquer, pour la portion liquide, tout au moins, un kyste goîtreux de la glande thyroïde, comme il en existe un certain nombre d'observations dans la science. De ces kystes goîtreux, les uns sont recouverts d'une enveloppe crétacée, très-dure, parfois même osseuse; les autres, comme chez notre malade, sont mous et peu consistants.

Quant à la nature du liquide, elle est assez variable; pourtant, le plus souvent, elle présente une assez grande analogie avec celui des kystes de l'ovaire, sauf qu'il est moins filant, moins visqueux. De plus, dans le cas actuel, il doit être brun, noirâtre comme de l'encre de Chine délayée, ou comme de la sépia. Ce liquide, résultant généralement de la transformation des parties hypertrophiées de la glande thyroïde, renferme un mélange de sang et de débris de la glande, de grumeaux plus ou moins épais qui rendent son écoulement difficile par la ponction, si l'on n'a pas eu soin de se munir d'une canule assez grande.

Chez notre malade, cette tumeur goîtreuse n'agit point à l'instar du goître exophthalmique, elle n'entraîne aucune gêne du côté de la circulation encéphalique et orbitaire; nous ne constatons aucun phénomène oculaire, point d'exophthalmie soit à droite, soit à gauche, point de vertiges, rien, absolument rien, aucun phénomène appartenant à cette maladie.

De plus, le kyste est unilatéral, tandis que le goître exophthalmique existe à la fois des deux côtés; enfin, sa densité est différente, et les phénomènes de compression sont très-peu considérables et complètement différents de ceux qui sont déterminés par le goître exophthalmique.

Il ne nous est donc pas permis un seul instant de songer à cette affection, malgré certains signes cardiaques, dont je dois vous dire maintenant quelques mots. En effet, lorsque l'on examine le cœur, on constate l'existence de battements assez violents; l'oreille appliquée sur la région précordiale est fortement soulevée par les contractions du muscle cardiaque, comme dans le goître exophthalmique; de plus, il existe un bruit de souffle très-manifeste. Mais cette femme est chétive, malingre, souffreteuse depuis longtemps déjà; enceinte actuellement, elle en est à sa quatrième grossesse. Aussi son hypertrophie du cœur avec souffle intense ne peut-elle se rattacher, chez elle, à sa tumeur, mais à un état général.

Du côté de la respiration, nous trouvons quelques troubles résultant de la déviation du larynx et de la partie supérieure de la trachée. C'est ainsi que, l'expiration restant bonne, normale, régulière, l'inspiration, au contraire, s'accompagne d'un bruit de râpe, d'un bruit de cornage, comme on l'appelle encore, surtout dès que la malade marche un peu. C'est là, du reste, le seul phénomène qui l'inquiète, car elle ne souffre nullement, si ce n'est d'une certaine oppression et de battements de cœur assez violents, lorsqu'elle veut marcher ou qu'elle monte quelques marches, enfin du moindre exercice.

Le pronostic de la maladie de cette femme n'est pas grave. Le goître kystique n'est pas dangereux, il est loin en cela aussi de ressembler au goître exophthalmique. Et, si notre malade présente un peu d'hypertrophie de la glande thyroïde, cette légère augmentation de volume a peu d'importance. Ce qui existe surtout chez elle, c'est sa tumeur kystique, dont la masse liquide, tout en repoussant la trachée, ne la déforme pas sensiblement et n'est pas assez considérable pour en écraser les anneaux comme le ferait, par exemple, une tumeur solide. Enfin la compression, malgré le déplacement d'une portion de l'arbre aérien, est assez faible pour que, au repos, la respiration redevienne assez bonne.

Notre malade me rappelle une observation assez ancienne maintenant, celle d'un homme qui resta six mois à l'hôpital des Cliniques pour un goître hypertrophique — non exophthalmique — unilatéral, qui entraînait avec lui, par la compression qu'il déterminait, une telle gêne de la respiration au moindre mouvement que, pour empêcher une déformation de la trachée, à peu près inévitable sans cela, et une asphyxie presque imminente, je dus pratiquer la section des muscles sterno-cléido-mastoïdiens, et permettre ainsi à la tumeur de se développer au dehors.

Il n'en saurait être ainsi chez notre malade d'aujourd'hui, malgré le volume de sa tumeur; néanmoins, nous ne devons pas, en raison des symptômes qu'elle éprouve, rester complètement inactif.

Tout d'abord nous avons eu recours à un traitement médical, contre la portion de la tumeur qui est de nature hypertrophique, en lui prescrivant de prendre, tous les matins à jeun, la solution d'iode ioduré, ainsi qu'en lui faisant faire des applications extérieures de coton iodé. Ces moyens réussissent quelquefois assez bien à faire disparaître les tumeurs hypertrophiques du corps thyroïde dans l'espace de six semaines à deux mois.

Nous avons également obtenu ici une diminution du volume de la tumeur, mais je crois devoir l'attribuer surtout à l'heureuse influence du repos, d'autant plus que c'est la portion kystique qui a diminué, la poche étant aujourd'hui un peu moins tendue qu'à l'arrivée de cette femme dans nos salles.

Il en est du reste presque toujours ainsi de toutes les tumeurs, je dirais quelles qu'elles soient, qui, sous l'influence du repos des malades, dès leur arrivée à l'hôpital, diminuent de volume pendant les huit ou dix premiers jours qui suivent leur entrée, après quoi le mal reprend sa marche progressive si l'on n'intervient pas efficacement.

Quoi qu'il en soit, l'état de grossesse de notre malade ne nous permet pas d'entreprendre actuellement chez elle une opération sérieuse telle, par exemple, que l'extirpation du corps thyroïde, aujourd'hui remise en honneur par MM. Tillaux à l'hôpital Beaujon, et Richelot dans notre service même, l'année dernière.

Peut-être pourrions-nous songer à faire une large incision pour vider la poche kystique, et chercher ensuite à enlever la tumeur, soit au moyen de la chaîne à écraseur, soit au moyen d'une ligature extemporanée. Mais cela nous paraît encore une trop grosse opération à faire chez une femme enceinte.

Aussi, toutes choses bien réfléchies, il nous paraît préférable, quant à présent, du moins, de chercher à soulager notre malade par une ponction du kyste, le lavage de la poche avec de l'eau tiède et une injection iodée. Non-seulement cette manière de procéder détermine immédiatement une amélioration très-grande, mais on l'a vu quelquefois suivie de la guérison complète, même de la partie solide, de la portion hypertrophique, de la tumeur. Dans tous les cas, le traitement de celle-ci pourra être entrepris plus tard, lorsque la malade, étant accouchée, sera complètement rétablie de ses suites de couches.

La ponction faite, avec un gros trocart, quelques instants après, a donné issue à deux grands verres d'un liquide brun, ayant tout à fait la couleur du café noir ordinaire, et a pleinement confirmé le diagnostic de M. le professeur Richet.

HOPITAL DU MIDI. — M. CHARLES MAURIAC.

Des syphilides (1).

V

Comme il est essentiel que vous connaissiez l'évolution de chaque élément générateur pour comprendre le processus général des syphilodermies, je vais vous l'exposer ici en quelques mots.

Tache érythémateuse. — Elle est très-variable comme configuration, mais toujours constituée par une congestion vasculaire plus ou moins intense des couches les plus superficielles du derme, qui met trois ou quatre jours, et souvent plus, à atteindre tout son développement. Arrivée là, elle y persiste pendant une ou deux semaines et même plus; ce qui contribue à augmenter sa durée, c'est que la congestion a de la tendance à se compliquer d'extravasion sanguine et à devenir pigmentaire, à se convertir en ces macules cuivrées, bronzées, brunes ou noirâtres, qui se résorbent et s'effacent si lentement. — La tache érythémateuse est, parmi les éléments primitifs des syphilodermies, celui qui a le plus de propension à se reproduire, soit dans la même poussée, soit dans des poussées postérieures et d'une autre nature, soit même beaucoup plus tard pour constituer les roséoles de retour.

Papule. — L'évolution de la papule est beaucoup plus lente que celle de la tache érythémateuse; ses trois étapes comptent chacune deux ou trois semaines et quelquefois plus. Sa durée est moins facile à calculer que celle de la tache érythémateuse, parce que de tous les éléments générateurs des syphilodermies, la papule est le plus élastique et le plus susceptible de se modifier. Cette aptitude aux transformations morphologiques a pour conséquence naturelle une grande variété dans l'évolution. Aussi la papule présente-t-elle à peu près tous les modes de marche, de durée et de terminaison. La résolution peut s'y faire au bout de trois à quatre semaines par résorption progressive et sans qu'il se soit produit aucun changement notable à sa surface. Mais cette persistance du type à l'état de pureté idéale depuis le début jusqu'à la fin, n'est pas le fait le plus ordinaire. Vers la phase moyenne et surtout vers le déclin, quelquefois même dès l'origine, la papule, qu'elle soit isolée ou qu'elle constitue des groupes, revêt un caractère de desquamation plus ou moins accentué ou persistant, qui se formule de différentes manières. — Rien de semblable dans l'érythème, qui ne desquame pas ou ne se couvre que d'une exfoliation insignifiante. — Collerette épidermique autour de la base de la papule, écailles minces à son sommet et sur ses flancs, squames irrégulières, rugueuses, disséminées sur des agglomérations de papules, squame unique sur le plateau d'une papule étalée, avec rebord annulaire plus saillant qui l'enchâsse, etc., etc., voilà les principales variétés que présente l'hypersécrétion épidermique provoquée par la papule. Ce phénomène, accessoire ou essentiel suivant les cas, implique toujours une longue durée de l'affection, une évolution plus lente que dans les formes simples, une terminaison plus laborieuse. — A un degré plus avancé et dans une variété plus sévère, la papule devient humide, s'érode et même s'ulcère. Là, ce n'est plus seulement une squame qui la recouvre, mais une croûte. L'évolution est plus compliquée, et partant, plus longue. Une simple résorption des éléments morbides ne suffit plus pour faire disparaître la lésion; il faut qu'ils soient éliminés au dehors. Les érosions et les ulcérations papuleuses ne se font, en général, qu'aux dépens de la néoplasie et n'entament pas les tissus sains; mais encore faut-il un travail de réparation, de cicatrisation, qui contribue aussi à augmenter la longueur de la syphilide et à entraver sa terminaison.

Vous voyez donc combien les causes de chronicité se multiplient à mesure que nous nous éloignons de l'érythème et de la papule simple des premières poussées. Nous ne sommes cependant encore que dans le premier groupe des syphilodermies, dans la phase secondaire de la diathèse où presque toutes les lésions sont résolutives.

Dans le deuxième groupe qui appartient à la phase tertiaire, la tendance à la chronicité s'accuse de plus en plus et le temps que chacun des éléments met à évoluer se calcule non plus par semaines, ni par mois, mais par trimestres, même par semestres et par années.

Tubercule. — Dans le deuxième groupe des syphilides, l'élément qui se rapproche le plus de ceux du premier, c'est le tubercule. Par le fait, le tubercule n'est autre chose qu'une papule qui ne s'établit plus, il est vrai, à fleur du derme et seulement dans sa couche dermo-papillaire, mais qui occupe tout d'abord ou envahit peu à peu toute son épaisseur, et plonge même par sa base jusque dans le tissu cellulaire sous-cutané. Entre les papules érosives, ulcéreuses, et les tubercules bénins et discrets, il existe une grande affinité de forme, de tendance, et une contemporanéité qui ajoute encore à leur ressemblance. Les deux éléments générateurs semblent se rapprocher, se confondre pour servir de transition aux deux groupes, et former des syphilides mixtes papulo-tuberculeuses intermédiaires. Et cependant, si étroite que soit leur parenté, la papule et le tubercule diffèrent profondément l'un de l'autre par leur évolution. C'est là le point de leur histoire qu'il est essentiel de mettre en relief et dans tout son jour. Tandis que la papule se résout ou ne subit qu'une élimination incomplète de ses éléments constitutifs, le tubercule, dans son mouvement d'involution plus profond et plus radical, est totalement détruit, et sa débâcle entraîne les parties organiques au sein desquelles il s'est établi. Aussi ne disparaît-il jamais sans laisser une cicatrice. Chose curieuse, vous la verrez se former même dans les cas où le tubercule reste sec pendant toute sa durée, c'est-à-dire, lorsqu'il se résorbe insensiblement sans éliminer au dehors ses produits morbides par ulcération. — Mais c'est surtout dans les poussées tardives que le mode évolutif propre au tubercule s'accentue et aboutit fatalement à la perte de substance par évacuation et à la réparation cicatricielle.

Le tubercule passe donc par des phases plus nombreuses que la papule. Ces phases sont au nombre de quatre : 1° phase de formation; 2° phase de désagrégation ou de ramollissement; 3° phase d'élimination ou d'ulcération; 4° phase de réparation ou de cicatrisation. Quand la seconde

(1) Suite. — Voir le numéro du 6 juillet 1882.

est très-prononcée et que le travail ulcéreux trouve à sa périphérie ou au-dessous de lui de nouveaux produits néoplasiques en voie incessante de renouvellement, il s'en empare, les suit pas à pas et dégénère en phagédénisme. Avec une pareille marche il est difficile que la durée totale de l'évolution pour chaque tubercule ne soit pas très-longue. Elle varie suivant les cas, et aussi suivant l'âge de la diathèse. Dans les formes précoces et confluentes qui constituent une variété des syphilides malignes, le processus se précipite; il aboutit rapidement à la destruction phagédénique; il va même au-delà et on le voit quelquefois, mais rarement, se terminer par une nécrobiose en masse, c'est-à-dire par gangrène. Il existe comme un état subaigu dans les deux premières phases; mais la troisième et la quatrième, celle d'élimination phagédénique ou gangréneuse et de réparation, peuvent devenir interminables, surtout si tout le système tombe dans le collapsus cachectique. La lenteur de la phase formative, l'état stationnaire et prolongé de la phase de ramollissement s'observent surtout dans la période tertiaire. Une remarque importante à faire, c'est que l'évolution du tubercule est beaucoup plus rapide sur les muqueuses que sur la peau. Et maintenant pour vous faire une idée de la marche, de la durée et de la terminaison d'une syphilide tuberculeuse, voyez ce que doit produire une éruption, même discrète, de la lésion élémentaire, lorsqu'elle entasse sur le même point un grand nombre de tubercules; lorsqu'elle les étale en nappes continues, ou les groupe suivant des lignes courbes; lorsqu'au lieu de s'en tenir à une seule poussée, elle en produit sans cesse de nouvelles qui commencent à évoluer quand les autres finissent; enfin lorsque le phagédénisme, s'emparant de tous ces produits néoplasiques, les dévore tour à tour, et creuse et laboure sans relâche les surfaces tégumentaires. N'avais-je pas raison de dire que c'était par mois et par années qu'il fallait compter en pareil cas la durée de la lésion?

Syphilide ulcéreuse d'emblée. — Par cette expression je n'entends pas dire que l'ulcération va se produire tout à coup et sans aucun autre travail morbide préparatoire; si rapide que soit sa formation, elle est toujours précédée d'une autre lésion. Mais ici ce n'est plus, comme dans le tubercule et la papule, une néoplasie concrète et figurée qu'on voit apparaître; c'est une simple congestion, une tache rouge, de niveau avec les parties voisines ou à peine élevée au-dessus d'elles, d'autres fois une tuméfaction diffuse semblable à celle du furoncle. Toujours est-il que les éléments qui la constituent prolifèrent avec une rapidité excessive qui leur fait perdre en fort peu de temps toute cohérence, et les rend mobiles les uns sur les autres, de telle sorte qu'ils passent presque sans transition de la phase formative à la phase d'élimination, par voie ulcéreuse. Ce qui caractérise ce processus, c'est donc la courte durée de ses premières phases. Quant aux dernières, c'est-à-dire à l'ulcération et à la réparation, elles n'ont rien de fixe à cet égard, sont toujours fort longues et peuvent être indéfiniment prolongées ou ajournées. L'ulcération est souvent précédée par la formation d'une phlyctène, d'une vésicule, d'une bulle dont la durée est très-éphémère, si bien qu'il est rare de les constater. — Au-dessous d'elles les couches superficielles du derme mises à nu s'érodent, se creusent, et la destruction moléculaire se fait tout à la fois en surface et en profondeur. Entre les cas les plus graves et les plus légers, il y a bien des degrés qui font varier dans de larges limites la durée de l'évolution. Les formes les plus atténuées, mais aussi les plus rares, se traduisent par une vésicule plus ou moins persistante qui ne se rompt ou ne se dessèche que tard. L'érosion ou l'ulcération est superficielle, insignifiante et éphémère. La vésicule est le phénomène dominant, ou bien le plus souvent elle n'est que l'accessoire d'une autre lésion, de la papule par exemple. Aussi je ne pense pas qu'il soit nécessaire d'en faire un genre particulier, puisque la plupart du temps il n'est pas autonome et s'absorbe soit dans les formes papuleuses, soit dans les ulcéreuses. L'impétigo est un peu plus élevé dans la hiérarchie des syphilodermies ulcéreuses; mais là encore l'ulcération ne joue pas un rôle capital. Il faut arriver à l'ecthyma et surtout au rupia pour voir apparaître dans toute son énergie destructive le mode ulcéreux d'emblée, c'est-à-dire sans intermédiaire néoplasique figuré. — Là, comme dans les autres types, l'éruption se fait en une seule fois ou par poussées successives. Les ulcérations sont discrètes ou confluentes, bénignes ou phagédéniques, isolées ou généralisées. Quand elles sont tout à la fois généralisées et phagédéniques, elles indiquent un haut degré de malignité et la marche présente des allures aiguës ou subaiguës qui appartiennent en propre aux syphilides ulcéreuses précoces de la phase virulente. Dans beaucoup de cas, il est impossible de savoir si les ulcérations se sont produites suivant le mode que je viens d'indiquer ou si elles ont été précédées de la néoplasie tuberculeuse. La coexistence de ces deux ordres d'ulcérations est loin d'être rare. Sur les muqueuses toutefois, le mode ulcéreux consécutif à la suffusion néoplasique diffuse ou circonscrite est à peu près le seul qui se produise, du moins dans la phase avancée dont nous nous occupons. Je ne vous ai rien dit des croûtes, parce qu'elles sont subordonnées à l'ulcération et ne jouent aucun rôle dans le processus.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 juillet 1882. — Présidence de M. Gavarret.

CORRESPONDANCE

La correspondance manuscrite comprend : 1° une note de M. le docteur Granier, médecin major, intitulée *de la Revaccination*;

2° Une lettre de M. le docteur Simorre sur le traitement de la fluxion de poitrine;

3° Un mémoire de M. Decroix, relatif à neuf cas de guérison de la rage, dont cinq chez des chiens, un chez un cheval et trois chez des hommes.

ÉLECTION

L'Académie procède par la voie du scrutin à l'élection d'un membre titulaire dans la section de physique et de chimie. Voici l'ordre de présentation des candidats par la commission :

En première ligne, *ex æquo*, MM. Gariel et Javal;
En deuxième, M. Bouchardat;
En troisième, M. Hardy;
En quatrième, M. Onimus.

Le nombre des votants étant de 68, la majorité est de 35.

M. Gariel obtient.	57 suffrages.
M. Javal.	5 —
M. Onimus.	5 —
M. Bouchardat.	2 —
M. Hardy	» —

En conséquence, M. Gariel ayant obtenu la majorité des suffra-

ges, est proclamé membre titulaire dans la section de physique et de chimie.

COMMUNICATION

Des cautérisations ponctuées et multipliées dans le traitement des maladies des organes respiratoires. — M. ÉMILE VIDAL, médecin en chef de l'hôpital d'Hyères (Var). Ce traitement consiste à faire, au moyen du cautère Paquelin, sur la partie de la peau correspondante aux portions d'organe malade, des cautérisations aussi peu profondes et aussi nombreuses que possible ; les pointes de feu doivent déborder les parties malades, être espacées de 15 à 20 millimètres et répétées tous les deux ou trois jours.

On peut constater : 1° des effets sur la peau ; 2° sur les organes respiratoires ; 3° des effets généraux :

1° Sur la peau on remarque de la rougeur, de la chaleur et de l'horripilation ; ces phénomènes ne sont quelquefois pas limités aux parties touchées. M. Vidal cite l'exemple d'une malade dont la peau rougissait et s'horripilait sur les parties du thorax situées bien loin des parties touchées par le fer rouge. Tout le système nerveux est donc mis en mouvement par ce traitement.

2° Sur les organes de la respiration, effets décongestionnants et surtout arrêt presque instantané des hémoptysies.

3° Effets généraux : les grandes fonctions s'accomplissent de mieux en mieux au bout de peu de séances, les forces renaissent, et un malade comparait l'effet produit sur lui par cette pluie de feu à celui d'une douche d'eau froide.

Les cautérisations ponctuées agissent-elles en activant la nutrition de l'organe? Agissent-elles par action réflexe ou par ces deux causes réunies? Il est certain que sous leur influence, les organes se décongestionnent rapidement, ce qui fait prévoir qu'avant peu on les emploiera pour combattre les maladies congestives des organes importants.

Statistique. — Sur 44 malades, on compte 3 morts, 2 n'ont pas voulu continuer, 2 stationnaires, 1 est parti plus mal, 23 de ces malades étaient déjà porteurs de cavernes. 36 sont repartis largement améliorés, 18 malades avaient eu des hémoptysies graves antérieures, 10 n'en ont plus eu cet hiver ; chez les 8 autres, les hémoptysies ont pu être arrêtées par les cautérisations multipliées.

RAPPORTS

M. PROUST, au nom de la commission des eaux minérales, lit le rapport officiel sur le service médical de ces eaux pendant l'année 1880.

M. HENRI GUENEAU DE MUSSY, au nom de la commission des épidémies, lit le rapport officiel de cette commission pour l'année 1882. Les conclusions de ces deux rapports relatifs à des récompenses à décerner, sont réservées pour être lues en comité secret.

L'Académie se forme en comité secret.

VARIÉTÉS

Histoire de l'hôpital de Notre-Dame de Pitié de Paris (1612-1882) (1).

Par M. le docteur O. GUILLIER.

VI

PÉRIODE MODERNE (1789-1882)

Nous voici arrivés à une époque bien orageuse, où toutes les grandes administrations publiques subirent le contre-coup des graves évènements qui s'accomplissaient.

La Révolution française, cependant, ne changea en rien la destination de l'hôpital de la Pitié, son nom seul fut remplacé par celui d'*Hôpital des Orphelins du faubourg Saint-Victor,* qui rappelait l'usage auquel il était destiné.

Un peu plus tard, cette dénomination fut changée à son tour, et pendant la Convention on désigna la maison par le nom de *Maison des élèves de la Patrie*. Nous ne pouvons pas préciser jusqu'à quelle époque la Pitié porta ce nom, mais dans le premier numéro des *Comptes financiers* publiés chaque année par l'administration de l'Assistance publique et qui remonte à l'an XI, c'est-à-dire à l'année 1803, nous ne trouvons déjà plus le nom d'Elèves de la Patrie, mais bien celui d'*Hospice des Orphelins* qu'elle conserva jusqu'en 1809, époque à laquelle elle devint une *annexe de l'Hôtel-Dieu.*

Pendant toute cette période, nous ne trouvons pas trace d'administration spéciale pour la Pitié ; elle faisait partie de cette vaste institution appelée l'*Hôpital général,* s'y trouvait pour ainsi dire noyée et n'avait pas d'existence propre. Ce ne sera que plus tard que nous assisterons à l'évolution bien lente de son indépendance, tant au point de vue médical qu'au point de vue administratif.

Nous avons dit que la Révolution française n'avait changé en rien la destination de l'hôpital de la Pitié ; c'est vrai ! mais en revanche les idées nouvelles pénétrèrent au sein de cet établissement et modifièrent les occupations des enfants qu'on y entretenait.

Un écrivain du temps, un officier de santé, le citoyen *Audin-Rouvière* (1), nous a laissé une description de la maison des Élèves de la Patrie en l'année 1794 (an II) :

Cet établissement, nous dit-il, est destiné aux enfants pauvres de Paris ou des environs ; ceux qui veulent y être admis se présentent au bureau général des hospices, *Parvis de la Raison*, et deux jours par décade leur réception a lieu. Ils y sont au nombre de quatorze ou quinze cents.

Ces enfants sont reçus depuis l'âge de *quatre* ans jusqu'à *douze* ans ; à cette époque de leur âge ils sont placés en apprentissage chez des ouvriers de Paris.

Ils sont répartis dans la maison en sept divisions qu'on appelle emplois, et y reçoivent l'instruction de la lecture, de l'écriture et de l'arithmétique. Chaque emploi a un maître et un sous-maître. Ces divisions ne sont pas graduelles.

La gale et la teigne étaient, autrefois, les seules maladies que l'on traitait dans la maison, et les enfants qui tombaient malades étaient envoyés à l'*Hospice national* (Hôtel-Dieu). Le scorbut y est très commun. Les fièvres rouges y sont aussi des maladies presque habituelles.

Quant à la nourriture, elle est uniforme dans la maison, mais les aliments sont mal préparés, ce qui est la source de maladies qui font périr beaucoup d'enfants dans les hospices de cette classe. Les carottes, les bettes, les navets et autres racines succulentes données de temps à autre, quelques légumes verts, des fruits rouges en été, un peu de vin aux plus débiles, des vêtements suffisants à tous, le travail et l'exercice proportionnés à l'âge et à la saison seraient le moyen de prévenir la cachexie des enfants dans ces asyles.

Ces moyens, que l'on commence déjà à mettre en usage dans quelques-unes de ces maisons, sont faits pour faire aimer leur institution et pour assurer à la république une population nombreuse et robuste.

L'instruction générale ne consistait, sous l'ancienne administration, qu'à lire, écrire et apprendre la religion, à laquelle ils consacraient cinq heures par jour, sans aucun travail dans la maison. Aujourd'hui on a formé des ateliers, des filatures, des cardures et quelques-uns sont occupés à faire de la charpie pour les défenseurs de la Patrie.

(1) Suite. — Voir le numéro du 8 juillet 1882.

(1) AUDIN-ROUVIÈRE, *Essai sur la topographie physique et médicale de Paris, avec une description des hôpitaux*, p. 95. (Paris, an II.)

Les principes qui régissent aujourd'hui cette maison sont fondés sur ceux de la république, et ces jeunes enfants jouissent sous plusieurs rapports intéressants de plus de bonheur et de santé.

On voit avec satisfaction, sur le fronton des portes des différentes salles, les noms des grands hommes : *Régulus, Anaxagoras, Solon, Brutus, J.-J. Rousseau*, etc... La *Patrie* et la *Vertu* sont toujours à l'ordre du jour dans cette maison. Les enfants adressent tous les matins leurs vœux à l'*Être suprême* et consacrent leur journée au travail et à l'instruction. Ils ne perdent plus comme autrefois le temps précieux de l'enfance à assister à des convois funèbres dans Paris.

La fraternité, la bonne morale, les vertus républicaines, sont sans cesse retracées à leurs yeux et constituent la base de leur éducation.

Ce passage du livre du citoyen Audin-Rouvière est intéressant en ce qu'il nous initie aux choses qui se passaient dans la maison des Élèves de la Patrie; ses conseils pour prévenir le scorbut nous montrent également que l'étiologie de cette maladie était bien appréciée il y a près d'un siècle, et les prescriptions hygiéniques que nous venons de lire ne sauraient être mieux formulées de nos jours.

Il eût été intéressant de connaître le nom que portait chaque salle avant 1789, mais nos recherches à ce sujet n'ayant pas abouti, force est donc de nous en tenir aux quelques noms nouveaux que nous venons de citer.

Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis les dernières années du XVIIIe siècle jusqu'en 1809, l'administration de l'hôpital resta sensiblement la même. Le service de certains hôpitaux était confié à des entrepreneurs généraux qui se chargeaient de fournir tout ce dont ils avaient besoin, moyennant des conditions stipulées à l'avance : c'est ainsi que nous trouvons dans les *Comptes financiers* de l'Assistance publique que le service de l'an XI pour l'hospice des Orphelins fut confié à M. Pelletier-Chambure, entrepreneur général, qui avait encore plusieurs autres hôpitaux.

Nous trouvons aussi dans les mêmes publications que le personnel de l'hospice des Orphelins était, en l'an XI, composé de la manière suivante :

4 employés d'administration,
6 instituteurs,
10 maîtres de quartier,
6 surveillantes,
3 gens de service,
1 chapelain.

Quant au service de santé, il était représenté par un chirurgien de l'Hôtel-Dieu qui venait trois fois par semaine. A l'époque dont nous parlons, c'était M. *Lafond* qui remplissait ces fonctions.

Jusqu'en 1809, les choses subsistèrent telles que nous les connaissons maintenant; la Pitié resta un hospice d'Orphelins, et il fallut les travaux considérables que l'on fit à cette époque à l'Hôtel-Dieu, pour amener dans la maison dont nous nous occupons les changements auxquels nous allons assister.

Ce fut en effet un bouleversement complet dans son organisation que celui qui s'opéra en 1809. Depuis la fondation de la Pitié, nous avons vu sa destination deux fois modifiée; instituée primitivement pour renfermer les mendiants, nous l'avons vue après quelques années transformée en maison d'Orphelins. Aujourd'hui, pour la troisième fois, des modifications d'un autre genre vont transformer entièrement notre établissement, mais ce sera pour la dernière fois.

Ce ne sera plus un hospice d'orphelins, ce sera un hôpital. Nous n'y trouverons plus le rire enfantin, les jeux bruyants et l'insouciance des premières années de la vie : non, tout est changé; à ce tableau riant, animé et joyeux, va succéder le triste spectacle de la misère, de la souffrance et des déceptions de l'existence. Au lieu de gais visages, nous n'y rencontrerons plus que des figures inquiètes, amaigries, d'hommes et de femmes usés par les privations. Cette maison, qui depuis plus d'un siècle n'avait assisté qu'au printemps de la vie, avec ses illusions et ses espérances, va maintenant être témoin de ses déceptions et recueillir les pauvres épaves de notre société. La Pitié va désormais faire partie des hôpitaux de Paris.

Voici donc ce qui se passa en 1809.

L'Hôtel-Dieu était alors dans des réparations très importantes, une partie en avait été démolie, et l'on se proposait de continuer encore, si bien qu'il fallut songer à trouver où placer les malades dont on réparait les salles et qui se trouvaient sans asile. Le conseil général des hospices décida alors d'ouvrir à ces malades un hôpital supplémentaire, et comme aucune autre maison ne pouvait offrir plus d'espace et de commodité que celle des Orphelins du faubourg Saint-Victor, elle fut choisie pour servir d'*Annexe à l'Hôtel-Dieu.*

Quant aux enfants qui se trouvaient alors à la Pitié, on les envoya dans l'établissement du faubourg Saint-Antoine, appelé Sainte-Marguerite et qu'occupaient seules les orphelines; ce ne fut pas sans regrets que le Conseil se vit ainsi forcé de donner aux deux sexes une même résidence, alors que, par ses efforts constants, il avait toujours tenu à ce qu'ils eussent à l'avenir des maisons différentes (1).

Ce fut donc au mois de janvier 1809 que le conseil général des hospices ordonna l'ouverture de l'Annexe de l'Hôtel-Dieu. On fit alors dans l'ancienne maison des Orphelins les changements nécessaires pour y établir 400 lits de l'Hôtel-Dieu, et, d'après le compte financier de 1809, la dépense s'en éleva à la somme de *trente mille* francs. Mais si nous en croyons le rapport fait au Conseil général par un de ses membres, nous voyons que par un arrêté en date du 8 février, on fixa provisoirement à 200 le nombre de lits qu'on devait y placer.

Quelques années après, ce nombre fut augmenté, grâce à la suppression de quelques logements particuliers, qui permit ainsi d'installer de plus grandes salles.

On fit également à cette époque des travaux importants pour assurer la propreté et la salubrité; c'est ainsi que l'on disposa des locaux spéciaux pour l'installation d'une pharmacie suffisante et en rapport avec l'importance nouvelle de l'hôpital.

Tout auprès de cette pharmacie, on fit monter une pompe au moyen de laquelle, l'eau arrivant dans un réservoir placé à côté, pouvait, grâce aux conduites que l'on installa, se distribuer dans les salles de bains et les alimenter d'une manière suffisante pour les nécessités du service. Un deuxième réservoir fut également installé dans une cour voisine et destiné à recueillir l'eau qui était envoyée par la pompe Notre-Dame, par l'intermédiaire de la fontaine Saint-Victor.

Toutes ces améliorations constituaient un immense progrès dans cette vieille maison, mais que de choses urgentes restaient encore à faire pour l'assainir complètement! Nous y reviendrons plus tard.

---

(1) *Rapport fait au conseil général des hospices par un de ses membres, sur l'état des hôpitaux et hospices de Paris, depuis le* 1er *janvier* 1804 *jusqu'au* 1er *janvier* 1814, p. 25. (Paris, 1816.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous venons de voir rapporter à l'Hôtel-Dieu une partie des victimes de la double explosion de gaz qui se produisit ce matin, mercredi 12 juillet, entre huit et neuf heures, d'abord chez un coiffeur de la rue du Pont-Louis-Philippe, puis dans un café qui fait le coin de cette rue et de la rue François Miron. 21 blessés furent reçus d'urgence soit dans les salles de M. Richet, soit dans celles de M. Le Fort, sans compter ceux qui s'en retournèrent après avoir été pansés. On estime le nombre total à 52 blessés environ. Les effets du choc traumatique se manifestèrent chez plusieurs d'entre eux d'une façon très-grave. C'est ainsi qu'un homme de trente-sept ans, très-solidement constitué, atteint d'une fracture multiple de la cuisse avec plaie, est entré livide, répondant brièvement, lentement, aux questions qui lui étaient posées, ne se plaignant de rien du reste : une demi-heure après, il était mort. De même une femme d'un certain âge, dont plusieurs côtes avaient été brisées, présentait également un état de prostration et d'hébétude qui faisait craindre à bref délai une issue fatale. D'autres malades avaient des fractures du rachis ou du crâne d'un fâcheux pronostic. Un de ces derniers était déjà mort avant midi.

— *Faculté de médecine de Paris.* — La première épreuve du concours pour le clinicat chirurgical a eu lieu lundi. Le sujet de la composition écrite a été : « Articulation tibio-tarsienne ».

— La première séance du concours du clinicat médical est reportée au lundi 17 de ce mois ; le même jour aura lieu l'ouverture du concours pour le clinicat obstétrical.

— *Muséum d'histoire naturelle.* — La commission chargée d'examiner les candidats aux bourses de licence instituées près le Muséum d'histoire naturelle, est composée des professeurs du Muséum dont les noms suivent :

MM. Des Cloizeaux, professeur de minéralogie ; Van Tieghem, professeur de botanique (organographie); Perrier, professeur de zoologie (annélides, mollusques et zoophytes).

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Courty, professeur de clinique externe à la Faculté de médecine de Montpellier, est autorisé à se faire suppléer, du 1er juillet au 30 octobre 1882, par M. Tédenat, agrégé près ladite Faculté.

— M. le professeur Chatin fera sa prochaine herborisation publique dimanche prochain 16 juillet, dans la forêt de Rambouillet. Le rendez-vous est à sept heures et demie, à la gare Montparnasse, où l'on prendra, à sept heures cinquante-sept minutes, le train pour la station du Perray.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Chirurgie antiseptique et théorie des germes, œuvres réunies de J. Lister, traduit par le docteur Borginon. 1 vol. in-8°. — Prix : 10 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Éléments d'orthopédie, par le professeur A. Dubrueil. 1 vol. in-8° avec 84 figures intercalées dans le texte. — Prix : 6 francs. — Paris, A Delahaye et E. Lecrosnier.

Contribution à l'étude des troubles fonctionnels de la vision par lésions cérébrales, amblyopie croisée et hémianopsie, par le docteur Ch. Séré. 1 vol. in-8° avec 49 figures dans le texte. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Pratische beiträge zur Kinderheilkunde. — II heft. — *Rachitis,* von Dr Adolf Baginsky. In-8°. — Pr. : 3 M. — Tübingen, 1882, H. Laupp.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 13129.

N° 82. — SAMEDI 15 ET MARDI 18 JUILLET 1882. 55e ANNÉE. SAMEDI 15 ET MARDI 18 JUILLET 1882. — N° 82.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........	3 mois : 8 fr. 50.	— 6 mois : 16 fr.	— 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. .	3 mois : 10 fr. ».	— 6 mois : 18 fr.	— 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. E. Guibout.

Étiologie et nature des affections cutanées.

Pour avoir une notion générale et suffisante des maladies de la peau, il faut les étudier sous deux rapports différents : il faut d'abord savoir quelles sont les lésions anatomiques qui les constituent ; quelles sont les variétés que présente chacune de ces lésions, variétés qui deviennent les traits pathognomoniques des diverses entités morbides, qui les distinguent les unes des autres, en établissant l'autonomie de chacune d'elles. Il faut ensuite savoir ce que deviennent les lésions anatomiques constitutives ; comment elles opèrent leur évolution ; les unes, vous vous le rappelez, restent immobiles, immuables, dans un *statu quo* permanent et absolu ; les autres subissent des changements, des modifications dans leur manière d'être, parce qu'elles sont le siège d'un travail de sécrétion dont le produit est tantôt solide, et tantôt liquide. De là cette grande et très-naturelle division entre toutes les dermatoses : dermatoses non sécrétantes, et dermatoses sécrétantes ; lesquelles à leur tour se subdivisent en sécrétantes sèches et sécrétantes humides. Il faut savoir ensuite que, parmi les dermatoses, les unes sont toujours bénignes ; les autres toujours malignes, et quelques-unes tantôt malignes et tantôt bénignes.

Quand on connaît tout cela, et vous le connaissez, on sait ce que sont les maladies de la peau, relativement à leur constitution anatomique ; mais ce n'est pas tout, ce n'est là qu'une de leurs faces, leur face matérielle, grossière, si je puis m'exprimer ainsi ; il faut savoir encore, et surtout, ce qu'elles sont, dans leur nature ; sous quelles influences elles se sont développées, quelles causes les ont produites, quel principe morbide elles représentent, en un mot, quelle est leur valeur comme maladies, et comme symptômes de maladies. Tel est le point de vue sous lequel nous allons aujourd'hui étudier les dermatoses ; posons cette belle et grande question de la manière suivante :

Les maladies de la peau sont-elles, comme le prétendent quelques médecins, des affections inhérentes à la peau seule, sans rapport avec le reste de l'organisme, et constituant, par conséquent, une branche spéciale, à part de la pathologie, c'est-à-dire une spécialité que l'on peut, à son gré, négliger ? Ou bien, au contraire, sont-elles la traduction extérieure, c'est-à-dire les signes et les symptômes des états pathologiques les plus divers, dont elles nous révèlent l'existence ?

Or, envisagées au point de vue de leur étiologie, de leur nature, les maladies de la peau peuvent être divisées en quatre grandes classes ; elles sont : 1° idiopathiques ; 2° parasitaires ; 3° critiques ; 4° symptomatiques.

I. *Affections idiopathiques.* — Ce sont toutes celles qui relèvent de causes purement locales. La peau, qui est en contact immédiat avec le monde extérieur, subit, de sa part, de nombreuses atteintes malfaisantes ; les vicissitudes de température, le froid, la chaleur, sont, pour elle, des causes d'irritation ; le contact de certains insectes, de certaines plantes, telles que l'*euphorbia latyris*, l'*urtica urens*, l'*urtica dioïca*, détermine à sa surface de véritables poussées inflammatoires. Elle ne résiste pas toujours à l'exercice de certaines professions dans lesquelles il faut manier des substances irritantes, ou plonger ses membres dans des liquides dangereux, soit par leur composition chimique, soit par les variations de leur température. C'est dans ces conditions que se déclarent les maladies dites « professionnelles, » si nombreuses dans nos salles.

Les caractères des affections cutanées idiopathiques sont de ne point se généraliser, de rester localisées dans la sphère d'action de la cause productrice, de ne pas donner lieu à des désordres généraux sérieux, et de céder en peu de temps à un traitement convenable.

II. *Affections parasitaires.* — La peau, aussi bien que les feuilles qui nous abritent sous leur ombrage, est habitée par des parasites. Elle a ses parasites végétaux et ses parasites animaux ; ils produisent tous, à sa surface, ou dans son épaisseur, une ou plusieurs lésions spéciales à chacun d'eux et qui nous les font reconnaître. Mais, indépendamment de ces lésions particulières et propres à chaque parasite, il y en a d'autres, qui sont des lésions circonférentielles et de réaction inflammatoire. La présence de ces parasites, en effet, irrite, enflamme la peau, et cette inflammation se traduit par des productions morbides, à type phlegmasique. C'est ainsi qu'autour des pustules et des godets du favus, des vésicules et des sillons de la gale, nous voyons très-souvent se développer des poussées d'ecthyma, d'eczéma, d'impétigo, de lichen.

Les affections parasitaires ont pour caractères d'être polymorphes, c'est-à-dire d'être représentées par des lésions d'espèces différentes; de rester circonscrites aux régions occupées par les parasites, et de disparaître rapidement, après la destruction des parasites, sous l'influence d'un traitement purement local.

III. *Affections critiques.* — Il y a quelquefois dans l'économie des malaises indéfinissables, des troubles fonctionnels sérieux qui ne s'expliquent par aucune lésion organique, par aucune cause appréciable, contre lesquels on lutte vainement et sans résultat par la médication la plus rationnelle. Tout ce que l'on peut faire pour combattre ces désordres reste inefficace, inutile, et cela souvent pendant un temps indéfini; le mal paraît être sans ressource, lorsque, au moment où on y pensait le moins, une éruption se produit sur la peau, éruption spontanée, dont l'apparition est le signal d'une guérison spontanée aussi et tout à fait inexplicable, tant elle est rapide, et, pour ainsi dire, subite.

C'est ainsi que vous verrez un catarrhe bronchique, d'une ténacité désespérante, une toux incoercible, des accidents dyspeptiques, une diarrhée rebelle, des troubles cérébraux, disparaître d'eux-mêmes et comme par enchantement, au moment où se fait une poussée d'eczéma, où apparaît une plaque de psoriasis ou de lichen; ce qu'aucun moyen thérapeutique n'avait pu faire, cette éruption l'opère à elle seule et par elle-même.

Ces phénomènes bizarres, mais indéniables, étaient connus dès l'antiquité; les anciens les avaient observés, et ils leur avaient donné le nom de phénomènes critiques.

Ces troubles nouveaux, qui apparaissaient subitement et d'une manière inopinée, pour mettre fin à des troubles plus sérieux et plus profonds, étaient considérés par eux comme des crises salutaires; c'était comme un révulsif spontané, comme un émonctoire, dont la nature se servait pour se débarrasser d'un principe vicieux, malfaisant et perturbateur, auquel ils avaient donné le nom d'humeur peccante.

Cette théorie des crises est vraie, elle est déduite d'une saine observation; vous verrez des affections cutanées dont l'apparition sera le signal d'une de ces crises salutaires. Nous admettons donc que, parmi les maladies de la peau, il y en a qui doivent être dénommées maladies critiques.

IV. *Affections symptomatiques.* — Nous sommes ici dans la classe la plus nombreuse et la plus importante des maladies de la peau. La peau va nous apparaître comme un miroir sur lequel viennent se peindre et comme se photographier les états pathologiques les plus divers, les plus légers comme les plus graves, les plus superficiels comme les plus profonds.

1° Affections symptomatiques de troubles dentaires : Lorsque, chez l'enfant, l'évolution dentaire se fait, il se produit, en outre de la douleur locale, des accidents généraux, de l'insomnie, du malaise, de l'agitation, quelquefois des convulsions, et, en même temps, vous voyez apparaître sur la peau du visage et du tronc des papules de strophulus, de l'érythème.

2° Affections symptomatiques de troubles utérins : Les troubles physiologiques et morbides dont l'utérus est le siège; la congestion active qui précède et accompagne le flux menstruel, la grossesse, la formation des polypes, de corps étrangers, ont leur retentissement sur la peau. Il y a des femmes auxquelles l'apparition prochaine des règles est toujours annoncée par une éruption de vésicules d'herpès, ou de papules de strophulus, ou de plaques d'érythème; il en est d'autres dont le front et même les joues se couvrent, pendant la grossesse, de larges surfaces brunâtres formées par une hypersécrétion pigmentaire. Le langage vulgaire les appelle le masque de la grossesse; la dermatologie les a désignées sous le nom de *chloasma gravidarium* ou *chloasma uterinum;* ce même *chloasma uterinum* se retrouve dans les cas de corps étrangers, et de maladies chroniques de l'utérus.

3° Affections symptomatiques de troubles gastriques : La muqueuse de l'estomac a-t-elle été congestionnée accidentellement par l'ingestion de substances alimentaires ou médicamenteuses d'une digestion difficile, ou irritantes par leur nature, l'écho s'en fait sentir sur la peau, qui se couvre d'élevures d'urticaire ou de papules d'érythème. Vous connaissez tous l'érythème du copahu et des crustacés, et si cette irritation de l'estomac devient habituelle et chronique par suite d'intempérances répétées de régime et d'excès alcooliques, elle se trouvera traduite sur le visage par les teintes vineuses de l'acné rosacée. La constipation opiniâtre, les troubles intestinaux sont également dénoncés par l'acné, et souvent aussi par les formes chroniques de l'urticaire.

4° Affections symptomatiques de troubles généraux aigus et légers : Vous assisterez fréquemment, principalement aux changements de saison et surtout au printemps, à des désordres de la santé générale, désordres sans gravité, sans causes appréciables, sans lésions organiques; au bout d'un ou deux jours d'un ébranlement général, vous voyez apparaître un eczéma aigu, un lichen rouge, une poussée de pustules d'eczéma ou de papules d'herpès, ou de pustules d'impétigo. Cette poussée, vous l'appellerez un pseudo-exanthème, qui sera le symptôme d'un état fébrile que nous dénommerons une fièvre pseudo-exanthématique.

5° Affections symptomatiques de fièvres exanthématiques : Les désordres généraux peuvent être beaucoup plus sérieux, parfaitement définis et réguliers dans leur durée et dans leurs manifestations, et au bout d'un temps qui peut être indiqué d'avance et d'une manière très précise, on voit apparaître sur la peau les véritables exanthèmes : rougeole, scarlatine, variole, érysipèle, affections cutanées, cycliques contagieuses, toujours les mêmes, symptômes et traduction extérieure d'un état général grave que nous appelons la fièvre exanthématique.

6° Affections symptomatiques de désordres moraux : La frayeur, une impression vive et saisissante; la tristesse, l'ennui, le chagrin ont leur retentissement sur la peau. Des élevures d'urticaire surgissent sous des influences purement morales de surprise, de contrariété, d'épouvante, et nous avons rapporté dans le premier volume de nos *Leçons cliniques* des observations d'eczémas consécutifs à de poignantes émotions.

7° Affections symptomatiques d'affaiblissement général, de cachexie : La dégradation des forces, l'appauvrissement du sang, la dégradation de la constitution, et la cachexie en général, quelle que soit sa cause, qu'elle résulte de la maladie, de la misère, de la débauche ou de la vieillesse, sont exprimés et traduits sur la peau par des affections qui en sont les traits pathognomoniques, et les caractères spéciaux et distinctifs, le pemphigus, l'*ecthyma cachecti-*

cum, le *prurigo senilis*, le *purpura cachectilis*, le rupia seront toujours, pour vous, les indices de la souffrance générale, de la fatigue, de l'épuisement, de la ruine plus ou moins avancée de la constitution.

8° Affections symptomatiques des diathèses : Ce ne sont pas seulement les troubles aigus et passagers de la santé qui se traduisent, sur la peau, par des lésions spéciales à chacun d'eux. Nos grandes diathèses n'ont pas, pour se manifester, de caractères plus habituels et plus tranchés que les lésions cutanées propres à chacune d'elles.

C'est par la peau, aussi bien que par les muqueuses, que la syphilis fait son entrée dans l'économie, sous la forme du chancre. C'est sur la peau qu'elle étale ses lésions, ses macules, ses papules, ses tubercules, de couleur rouge brun foncé; c'est sur la peau qu'on peut, non-seulement la reconnaître, mais encore diagnostiquer son âge, son existence récente ou invétérée. Si ses lésions sont éparses, disséminées sans ordre, c'est qu'elle est de fraîche date; si, au contraire, ces mêmes lésions sont disposées en groupes isolés, et affectant des formes orbiculaires, festonnées, et à contours arrondis, c'est qu'elle est ancienne et tout près de sa période ulcéreuse ou tertiaire.

C'est sur la peau, également, que la scrofule se manifeste le plus souvent. Elle a pour livrée et pour blason des teintes livides d'un rouge vineux, disposées en larges plaques; c'est sur la peau qu'elle opère ses plus nombreux ravages, c'est là que vous devez la reconnaître au caractère spécial de ses lésions.

Le siège de prédilection, sinon exclusif, de la diathèse herpétique est encore la peau. C'est là que vous devez la diagnostiquer, aux caractères de ses diverses lésions, à leur généralisation, à leur récidivité, à leur disposition symétrique si remarquable et qui n'appartient qu'à elle seule.

Le cancer, lui aussi, s'empare de la peau pour s'y manifester avec ses caractères spéciaux. Je ne parle pas de ces cas où le cancer arrive à la peau, secondairement, et après avoir épuisé ses ravages sur un autre organe, sur la glande mammaire, par exemple; non, mais il y a des cas, et vous avez pu en observer un, l'année dernière, au n° 41 de notre salle Henri IV, il y a des cas où le cancer débute par la peau; il remplit toute sa trame, il l'infiltre de granulations dures, dont la nature maligne ne tarde pas à s'affirmer par autant d'ulcérations destructives.

En voilà assez pour vous montrer quelle idée vous devez avoir de la dermatologie, relativement à sa nature. Elle est comme le résumé de presque toute la pathologie; elle est le flambeau, la lumière du diagnostic, puisqu'elle nous apprend à lire, inscrits sur la peau, les caractères visibles et palpables de presque toutes nos maladies. Ne vous semble-t-il pas, en effet, voir sortir, s'élever de toutes les profondeurs de notre organisme, converger vers notre tégument externe et s'étaler à sa surface et sous nos yeux, comme des émanations sensibles et palpables de nos états pathologiques les plus divers? Ces émanations, ce sont toutes les lésions cutanées; elles ont chacune leur cachet spécial, leur physionomie particulière; et si vous savez les diagnostiquer, donner à chacune le nom qui lui convient, vous diagnostiquerez en même temps et par cela même presque toutes nos maladies, les plus légères comme les plus graves, les plus fugaces comme les plus invétérées.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. Daniel Mollière.

Hernie étranglée et cryptorchidie.

Quand le testicule n'est pas descendu dans les bourses, les anneaux inguinaux sont ordinairement dilatés, et souvent l'intestin vient faire saillie dans le scrotum. Ces sortes de hernies peuvent, comme les autres, s'étrangler. C'est ce que nous observons chez le malade que l'on vient d'amener dans nos salles. Il n'a, nous dit-il, qu'un seul testicule, situé à gauche. Du côté opposé, il porte une hernie dont il a oublié l'origine. Elle est vraisemblablement congénitale. La tumeur qu'elle forme est volumineuse et douloureuse à la palpation. Elle rentrait ordinairement dans le ventre, mais depuis plusieurs jours elle est absolument irréductible. Il est impossible, en examinant la région, de retrouver le testicule droit. Le ventre est encore souple, mais l'arrêt des selles est absolu depuis au moins trois jours. Nous avons observé des vomissements fécaloïdes. Nous sommes donc bien certainement en présence d'une hernie étranglée.

Mais à quel niveau siège l'étranglement ? Quelles dispositions va nous révéler l'opération que nous allons pratiquer immédiatement, car à l'heure actuelle je crois le taxis formellement contre-indiqué?

En pareil cas on trouve ordinairement deux étranglements : l'un situé au niveau de l'anneau inguinal externe ; il est parfois très-serré ; l'autre, situé profondément dans le ventre, au niveau de l'anneau inguinal interne. Mais ce dernier anneau est parfois très-éloigné. Dans le cas actuel, nous le rencontrerons à un ou deux travers de doigts au-dessus du ligament de Fallope. Entre les deux anneaux est une cavité pleine de liquide, très-vaste parfois. C'est la tunique vaginale. Elle est, en cas d'étranglement herniaire, distendue par une quantité considérable de sérosité. A côté de l'intestin hernié nous verrons le testicule, peut-être normal, peut-être atrophié. Mais avant de procéder à l'opération, je tiens à vous dire que nous aurons très-probablement deux étranglements à débrider, deux étranglements très-éloignés l'un de l'autre. C'est une disposition que j'ai toujours rencontrée chez les malades atteints de hernie étranglée avec une cryptorchidie. Et je ne saurais trop attirer l'attention sur ce point, car la tunique vaginale intra-abdominale peut en pareil cas acquérir de telles dimensions, qu'après avoir débridé l'étranglement externe et donné de la sorte issue à la sérosité, on pourrait réduire dans cette cavité l'anse herniée, croyant la faire rentrer dans la cavité péritonéale. Ainsi subsisterait l'étranglement par l'anneau interne, qui généralement est de beaucoup le plus serré.

Quand j'eus pour la première fois à intervenir en pareil cas, il y a une douzaine d'années, je fus quelques instants victime de cette illusion. Heureusement, la difficulté pour maintenir la réduction fut telle que je crus devoir introduire le doigt à travers le collet débridé; c'est alors que je constatai la présence du second sac et du second étranglement.

Étant admis ces données anatomiques, quelle sera le manuel opératoire?

Comme je le fais toujours, toutes les fois que je suis en présence d'une hernie étranglée : 1° j'isolerai la tumeur herniaire, sans ouvrir le sac et comme si elle devait être extirpée ; 2° je débriderai, sans ouvrir le sac, l'anneau inguinal externe; 3° j'ouvrirai la hernie; je m'assurerai de l'intégrité de l'intestin, puis j'introduirai le doigt dans le

collet ; je le dilaterai : je pourrai facilement alors constater la présence du deuxième sac dont je soupçonne l'existence ; 4° si ce sac existe, j'exercerai sur lui des tractions afin de rendre plus accessible l'anneau profond ; cet anneau sera débridé avec le doigt ou un instrument mousse. L'intestin, attiré au dehors s'il est reconnu sain, sera réduit. Le cordon spermatique sera isolé. Je ferai l'occlusion du péritoine à l'aide de la ligature élastique. Si le testicule est atrophié ou si le cordon, trop court, ne permet pas sa descente dans les bourses, je l'enlèverai. Ce serait peut-être le parti le plus sage à prendre dans tous les cas, car on sait que les testicules arrêtés dans les anneaux inguinaux sont singulièrement prédisposés aux affections néoplasiques.

Plusieurs fois déjà, j'ai dû faire la kélotomie en pareilles circonstances ; toujours j'ai rencontré la disposition dont je vous parle. Dans un cas, il y avait une masse épiploïque énorme, qui avait doublé le sac. On avait pratiqué le taxis ; on croyait avoir obtenu la réduction. Mais en face de la persistance de tous les accidents, je fus appelé à intervenir ; le sac était gorgé de sérosité, l'épiploon très-rouge. L'intestin était bien au-dessus du deuxième étranglement, mais il s'était engagé dans une boutonnière épiploïque, dont je dus le dégager avec le doigt. Ce malade, qui n'avait pas moins d'une cinquantaine d'années, était cryptorchide. La masse épiploïque contenue dans la masse vaginale intra-abdominale avait le volume d'un œuf de dinde. Elle fut excisée, le sac fermé à l'aide d'une ligature élastique. Le malade guérit rapidement.

C'est encore cette même disposition que j'ai rencontrée jadis chez un jeune homme de vingt-trois ans, dont la hernie était étranglée depuis deux jours. Il était cryptorchide, mais ne s'était jamais aperçu de sa hernie. Cette dernière fit brusquement apparition dans les bourses deux jours avant son arrivée dans nos salles. Volumineuse, douloureuse, tendue, adhérente par un pédicule très-mince, elle présentait tous les caractères des hernies dites de force. La kélotomie nous prouva, en effet, que l'anneau inguinal externe était l'agent de l'étranglement principal ; l'intestin présentait à ce niveau un sillon profond ; mais au-dessus existait un deuxième sac, la vaginale intra-abdominale, qui ne communiquait avec le péritoine que par un orifice étroit qu'il fallut dilater pour obtenir la réduction.

Le malade quittait l'hôpital le dix-huitième jour après l'opération. Nous avions fait l'occlusion de la cavité péritonéale à l'aide d'une ligature élastique. Mais le testicule avait dû être sacrifié.

Quelquefois vous observerez un autre phénomène : l'hydrocèle aiguë de la vaginale scrotale, alors que testicule et intestin étranglé sont encore enfouis dans l'abdomen. Si l'on pratique alors la kélotomie, on tombe sur un sac gorgé de sérosité, sac dont le collet est étroit, et dans lequel on ne trouve pas de viscère hernié. En pareille occurrence, dilatez l'anneau et recherchez avec le doigt s'il n'existe pas un second sac plus profondément situé. C'est là que vous trouverez l'anse étranglée. *En tout cas, souvenez-vous qu'en cas de cryptorchidie compliquée d'étranglement herniaire, il faut s'attendre à trouver deux étranglements.*

— Le malade, jeune homme robuste, âgé de dix-neuf ans, fut anesthésié par l'éther et l'opération fut pratiquée comme il vient d'être indiqué. On n'éprouva aucune difficulté à isoler le sac, à débrider le premier anneau en dehors du collet. Le sac ouvert, on vit une anse saine, médiocrement serrée, qu'il fut impossible de réduire. Il y avait, en effet, au-dessus de l'anneau inguinal externe, un sac formé par la tunique vaginale. Dans ce sac, on trouva le testicule atrophié.

Ce sac communiquait avec le péritoine par un orifice très-étroit, siège de l'étranglement. On le dilata à l'aide du doigt, et alors la réduction fut obtenue sans peine. Le testicule fut enlevé, car il ne pouvait descendre dans les bourses, vu la brièveté du cordon. On fit ensuite l'occlusion du péritoine, par la ligature élastique du sac, après l'avoir isolé du canal déférent.

Les suites de l'opération furent absolument simples. La température, qui s'éleva le premier jour à 39°,5, était à 38° le second jour, normale le quatrième.

L'incision pratiquée pour le débridement n'avait que 5 centimètres. Entré dans nos salles et opéré le 2 mai, le malade quittait l'hôpital le 28 mai, complètement guéri.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Sirop laxatif d'Amussat. — La *Gazette hebdomadaire* appelle l'attention sur la formule suivante, qui n'a jamais été publiée et qui, cependant, a été appliquée pendant une quarantaine d'années, et avec succès, par les docteurs Amussat père et fils, contre les constipations opiniâtres et dans tous les cas où il était besoin de conserver la liberté du ventre.

Pr. Gayac râpé	ãã 100 grammes.
Racines de chicorée	
— de bardane	
— de patience	
Sommités de fumeterre	
— de pensée sauvage	
Follicules de séné	500 grammes.

Concassez les substances; faites une infusion de douze heures avec : eau bouillante, 5 kilogrammes. Passez et faites une deuxième infusion avec : eau, 3 kilogrammes. Passez avec expression. Clarifiez les colatures au papier et faites, avec 3 kilogrammes de miel et 3 kilogrammes de sucre, un sirop que vous clarifierez aussi au papier et passerez quand il marquera 31 degrés au densimètre de Baumé.

Ce sirop, d'un goût agréable, se prend à la dose de une à deux cuillerées par jour. Il peut servir à remplacer, au printemps, le suc d'herbes; de là le nom de *Sirop de suc d'herbes* qui lui a été improprement donné.

Pilules antidiarrhéiques. — M. le docteur Huchard emploie les pilules suivantes dans les diarrhées chroniques :

Extrait de ratanhia	ãã 2 grammes.
— de monésia	
Poudre de Colombo	
— de Dower	
Huile essentielle d'anis	2 gouttes.

Pour 40 pilules.
En prendre 6 à 10 par jour. (*Journ. de méd. et chir. prat.*)

Collutoire contre le muguet. — Chez les individus atteints de muguet, on badigeonne quatre ou cinq fois par jour les parties malades avec le collutoire suivant :

Eau distillée	200 grammes.
Glycérine pure	30 —
Borax	10 —
Essence de menthe	10 gouttes.
Teinture de pyrèthre	1 gramme.

(*Courr. méd.*)

Préparation antiasthmatique. — Lorsqu'aux accès d'asthme se joignent quelques accidents de catarrhe bronchique, M. Huchard, médecin de l'hôpital Tenon, formule la préparation suivante :

Eau distillée	300 grammes.
Iodure de potassium	} āā 10 grammes.
Teinture alcoolique de lobélie	
— de polygala	
Extrait thébaïque	0g,10 centigr.

Une cuillerée à soupe matin et soir. (*Journ. de méd. et chir. prat.*)

Injections hypodermiques contre l'anthrax. — Dans un cas grave d'anthrax qui s'étendait de plus en plus, malgré de larges incisions, M. le docteur Lindermann fit des ponctions profondes avec un ténotome, puis, toutes les heures, des injections hypodermiques tout autour de l'anthrax avec une solution composée de :

Acide phénique	2 grammes.
Eau distillée	100 —

Au bout de trois jours, l'œdème et l'induration diminuèrent et l'on put pratiquer les injections à plus longs intervalles. (*Moniteur de la policlinique.*)

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 8 juillet 1882. — Présidence de M. Paul Bert.

COMMUNICATIONS

De l'indépendance fonctionnelle de chaque hémisphère cérébral et de l'influence du degré des excitations périphériques sur le degré des manifestations fonctionnelles de chaque hémisphère cérébral chez l'hystérique hypnotisable. — M. DUMONTPALLIER. Dans une précédente communication j'ai exposé que, chez l'hystérique hémianesthésique, on peut successivement, à l'aide du transfert, démontrer l'indépendance fonctionnelle de chaque hémisphère du cerveau.

De plus, par de récentes expériences, j'ai constaté que, chez l'hystérique qui a recouvré en grande partie la sensibilité et la force musculaire de chaque côté du corps, on peut :

1° En agissant isolément sur un seul hémisphère cérébral rendre manifeste cette indépendance fonctionnelle de chaque moitié du cerveau ;

2° En agissant simultanément sur les deux hémisphères, on peut déterminer des manifestations fonctionnelles simultanées dont le degré, pour chaque côté du corps, est en rapport avec le degré d'excitation de chaque hémisphère cérébral.

Voici, résumées, les expériences qui m'ont permis de formuler les deux propositions sus-énoncées :

A. On place un bandeau sur l'*œil gauche* du sujet et l'expérimentateur fixe son regard sur l'œil resté libre et ouvert. Bientôt l'hypnotisme est produit, mais le côté droit seulement du sujet présente les diverses manifestations des périodes léthargique, cataleptique et somnambulique. Le côté gauche est en résolution complète et reste indifférent aux divers procédés qui rendent manifestes les trois périodes de l'hypnotisme.

B. Le sujet étant réveillé, on répète la même expérience après avoir transporté le bandeau sur l'*œil droit :* alors le côté gauche du corps répond seul aux différents procédés qui font la léthargie, la catalepsie et le somnambulisme. Le côté droit ne répond à aucune excitation.

La cause excitante, en agissant sur la rétine d'un seul œil, droit ou gauche, a donc déterminé une activité cérébrale limitée à l'hémisphère opposé, et cette activité s'est manifestée par des actes croisés, l'autre hémisphère cérébral restant au repos.

C. et D. Dans une troisième et dans une quatrième expérience, le bandeau est placé successivement sur l'œil droit ou sur l'œil gauche, mais l'expérimentateur fixe simultanément les deux yeux du sujet. — L'action du regard agit dans ces expériences avec une intensité différente. — L'action est entière sur l'œil libre et ouvert, elle est amoindrie, affaiblie sur l'œil recouvert par le bandeau.

Alors on constate que l'excitation cérébrale croisée est en rapport avec le degré de la cause excitante rétinienne, ce qui est démontré par les différents degrés des manifestations léthargique, cataleptique et somnambulique observées de chaque côté du corps.

C'est ainsi que les divers phénomènes, produits dans chacune des périodes de l'hypnotisme, sont en rapport avec le degré d'activité de chaque hémisphère cérébral, laquelle activité est elle-même en rapport avec le degré d'excitation rétinienne du côté opposé.

E. Dans une seconde série d'expériences du même ordre, nous avons constaté, en agissant sur la membrane du tympan, des résultats comparables aux résultats obtenus sur chaque hémisphère cérébral par l'excitation rétinienne.

F. Chez la même malade il existait une aphonie hystérique, aphonie presque complète depuis une année : l'application de plaques métalliques sur la région laryngée, pendant la période somnambulique de l'hypnotisme, a eu pour conséquence de rendre la voix à la malade.

Mais la voix était de nouveau éteinte si l'on enlevait les plaques métalliques ou si l'on faisait cesser la période somnambulique.

L'état somnambulique et l'application simultanée des plaques métalliques sur la région laryngée avaient donc une action spéciale sur les muscles du larynx.

Cette action était modifiée lorsque l'on déterminait l'hémi-somnambulisme ou lorsque les plaquettes étaient appliquées seulement sur un des côtés de la région laryngée.

Peut-être, en répétant chaque jour cette expérience, pourra-t-on obtenir une action thérapeutique sur l'aphonie, que celle-ci soit la conséquence de la paralysie ou de la contracture des muscles de la glotte.

G. Enfin mentionnons que chez une autre hystérique hypnotisable, affectée de léthargie spontanée intermittente, il suffit de diriger le vent d'un soufflet sur les paupières abaissées pour déterminer le réveil.

La séance est levée.

Séance du 15 juillet 1882. — Présidence de M. Grimaux.

COMMUNICATIONS

Influence des agents stéatogènes sur le diabète artificiel et le diabète spontané. — M. QUINQUAUD a entrepris une série d'expériences, les unes sur des animaux chez lesquels il produisait un diabète artificiel par la piqûre du plancher du quatrième ventricule ; les autres sur des malades atteints de diabète spontané. Tous les animaux qui ont servi à ces expériences ont été soumis à l'épreuve physiologique ; l'examen de l'urée, du sang, etc., a été fait avec le plus grand soin. Ces animaux ont été traités, soit par le phosphore, soit par l'arsenic, à la dose de 1 centigramme environ par kilogramme du poids de l'animal ; ils ont été intoxiqués pendant huit, dix et douze jours, jusqu'à ce que la stéatose fût très-nette ; alors ils étaient rendus expérimentalement diabétiques, puis soumis à un régime uniforme. Le dosage du sucre était fait chaque jour avec grand soin. Soit sous l'influence du phosphore, soit sous l'influence de l'arsenic (10 à 20 gouttes de liqueur de Fowler), les résultats physiologiques obtenus ont été constants. La glycogénie, la glycocémie et la glycosurie ont toujours marché de pair et progressivement diminué. C'est là, chez les animaux, une loi invariable, uniforme, mathématique.

Il n'en est plus de même chez les malades ; on obtient bien un abaissement de la quantité du sucre ; mais jamais la cessation complète de la glycosurie, comme chez l'animal. Exemples : un chien,

rendant 10gr,909 de sucre en vingt-quatre heures, soumis au traitement par l'arsenic, n'en rend plus que 0,175, puis 0,152, et ainsi de suite, jusqu'à cessation complète de la glycosurie. Une femme, rendant 162 grammes de sucre dans les vingt-quatre heures, après dix jours de traitement par l'arsenic, n'en rend plus que 75, puis 60, puis 50, puis 48 ; à partir de ce chiffre, il n'y a plus d'abaissement possible.

M. Quinquaud croit pouvoir conclure de ces expériences que l'action des stéatogènes sur le diabète expérimental est des plus nettes chez les animaux ; elle diminue progressivement et fait même cesser la glycosurie. Chez l'homme, elle la diminue aussi, mais ne la fait jamais complètement cesser.

M. HANOT fait observer que les travaux antérieurs à ceux de M. Quinquaud, en particulier ceux de Hessinger, arrivent aux mêmes conclusions. La différence de l'action des stéatogènes chez les animaux et chez l'homme est facile à comprendre dans ces cas. Donné aux premiers, à dose toxique, l'arsenic amène la destruction de la cellule hépatique et supprime alors l'action glycogénique. A dose thérapeutique, chez l'homme, l'action n'est plus la même.

M. QUINQUAUD fait observer que ce qui distingue ses propres expériences de celles de ses devanciers, c'est le pesage, la mesure du phénomène. Il y a évidemment dans cette question, d'un déterminisme très-difficile, encore bien des problèmes à élucider.

M. HANOT, d'accord avec M. Quinquand, fait seulement observer que ce n'est pas par une action stéatogénique, mais par une toute autre action, encore inconnue, qu'il a fait diminuer la glycosurie chez ses malades, sans parvenir à la faire complètement cesser, comme chez ses animaux.

M. LABORDE. Il est évident que chez l'homme il n'y a pas stéatose comme chez les animaux. Il faut donc admettre, chez les malades, une action particulière de l'arsenic, autre que celle qu'il exerce à dose toxique chez les animaux. Il y a là un point à élucider.

Rôle du pancréas dans le diabète. — M. RÉMY. Plusieurs auteurs ont constaté dans le diabète une atrophie du pancréas. M. Lancereaux, entre autres, décrit une forme particulière de diabète, caractérisée cliniquement par un amaigrissement rapide du malade, et anatomiquement par une atrophie du pancréas. M. Rémy a, chez un grand nombre de lapins, détruit le pancréas par la ligature du canal ; jamais il n'a produit ainsi la glycosurie. La destruction du pancréas n'entraîne donc pas de glycosurie.

M. FRANCK fait observer que les résultats obtenus par M. Rémy concordent avec ceux de MM. Arnozan et Bayard.

Guérison d'une angine de poitrine par la métallothérapie. — M. BURQ fait connaître une observation de guérison par le cuivre extra et l'or intus d'un cas d'angine de poitrine dont communication a été faite à la Société médicale d'Amiens par M. le docteur Dubois, de Villers-Bretonneux. (Sera publié.)

La séance est levée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 juillet 1882. — Présidence de M. L. LABBÉ.

COMMUNICATIONS

Traitement des fistules du canal de Sténon. — M. POZZI cite un cas analogue à celui qui a été communiqué récemment par M. Richelot et qui a fait l'objet d'un rapport de M. Delens (voy. *Gazette des hôpitaux*, n° du 8 juillet 1882). Il s'agit d'une jeune fille qui, à la suite d'un refroidissement, a été atteinte d'une périostite du maxillaire inférieur gauche, compliquée d'abcès et de fistule du canal de Sténon. M. Pozzi introduisit dans la fistule un tube à drainage ressortant directement par la bouche, sans que, comme l'a proposé M. Richelot, il lui eût été créé un trajet autre que celui de la fistule elle-même. Ce drain ainsi introduit fut laissé en place pendant quelque temps ; la fistule ne tarda pas à se tarir complètement. M. Pozzi disséqua alors l'orifice cutané de la fistule en faisant un décollement circulaire, sutura et exerça une certaine compression.

Après quelques jours, il avait ainsi obtenu non-seulement la guérison complète de la fistule, mais aussi celle de la difformité qui en résultait. Le drainage seul a suffi pour amener la guérison de cette fistule. La modification proposée par M. Richelot est donc inutile.

Des arthrites. — M. DESPRÈS, à l'occasion de la communication de M. Lannelongue sur les fongosités intra-articulaires, fait observer que la division des arthrites en deux variétés, admise par lui, n'est que la reproduction de l'ancienne distinction des tumeurs blanches proposée par Velpeau, puis par Richet. Il y aura lieu de revenir sur cette grande question de la tuberculose. Pour le moment, M. Després se borne aux réflexions suivantes sur le mémoire de M. Lannelongue.

Dans ce mémoire, dit-il, il y a tout d'abord une contradiction qu'il faut relever : si, comme le pense M. Lannelongue, l'arthrite qu'il appelle tuberculeuse est capable, à un moment donné, d'infecter toute l'économie à la manière du cancer, selon la théorie de Koster, dès qu'est acquise la certitude de l'existence d'une arthrite tuberculeuse, il faudrait conclure à l'indication d'une amputation immédiate. Si la théorie allemande, admise par M. Lannelongue, est vraie, aussitôt le diagnostic d'arthrite tuberculeuse posé, il faut immédiatement amputer. Telle aurait dû être la conclusion de M. Lannelongue au point de vue du traitement.

J'adresserai une seconde critique à notre collègue. Je ne suis pas édifié sur la valeur de ses expériences, pas plus que sur celles de Koster ou sur celles de M. Villemin. Pour bien déterminer la nature tuberculeuse de certaines arthrites, il faudrait voir si le pus provenant d'une arthrite simple, traumatique ou rhumatismale, injecté sous la peau d'un lapin, ne donnerait pas lieu aux mêmes accidents que le pus manifestement tuberculeux. Les expériences de M. Lannelongue sont donc tout à fait insuffisantes. Sur ce point la question n'est nullement résolue.

M. Lannelongue divise les arthrites en tuberculeuses et en non tuberculeuses. J'accepte cette division en y apportant toutefois cette modification : Au lieu de dire arthrites tuberculeuses et arthrites non tuberculeuses, je dirai : arthrites provenant chez des sujets tuberculeux et arthrites provenant chez des sujets non tuberculeux. Nous voyons en effet chaque jour de petites hydarthroses chroniques chez les enfants, hydarthroses simples en apparence et sans aucun caractère spécial ; mais cet enfant va être atteint de bronchite ou de diarrhée, ou bien il est fils de père et mère tuberculeux, ou a des frères ou des sœurs tuberculeux, et cette arthrite primitivement simple deviendra dès lors tuberculeuse. Cet autre enfant, atteint d'une ostéite juxta-épiphysaire chronique, se trouvant dans les mêmes conditions héréditaires que le premier, au bout d'un an de cette maladie se mettra à pâlir, à dépérir, et présentera bientôt tous les signes de la tuberculose. En un mot, ces arthrites ou ces ostéites ne prennent le caractère tuberculeux qu'après une évolution déjà longue et pendant laquelle vous n'êtes nullement autorisé à les caractériser de tuberculeuses, car ce caractère tuberculeux ne se montre pas d'emblée, n'existe pas tout d'abord et n'apparaît qu'après une série de transformations. Il y a donc deux classes d'arthrites, celles qui se développent chez des sujets tuberculeux et celles qui apparaissent chez des individus non tuberculeux. Les malades qui succombent, succombent parce qu'ils ont l'étoffe de la tuberculose.

La distinction proposée par M. Verneuil ne saurait être acceptée davantage. L'arthrite rhumatismale et surtout les arthrites traumatiques deviennent très-rarement tuberculeuses ; l'arthrite traumatique, en particulier, si elle guérit par ankylose.

Relativement au traitement, les arthrites provenant chez des sujets non tuberculeux exigent un traitement lent, patient, par les révulsifs et l'immobilisation suffisamment prolongés ; celle, au contraire, qui apparaît chez des sujets tuberculeux exige, aussitôt que possible, une intervention radicale. Y a-t-il un moyen de

reconnaître qu'une arthrite deviendra tuberculeuse? Oui. En présence d'une arthrite quelconque, il faut s'enquérir avec le plus grand soin des antécédents personnels du malade et de ses antécédents héréditaires. S'il a eu antérieurement une maladie grave quelconque, il faut se tenir sur ses gardes. Lorsqu'il y a des antécédents tuberculeux; si, après quelque temps d'un traitement méthodique par les révulsifs et la compression on n'obtient pas une rapide amélioration, il faut amputer. Si la maladie est susceptible de guérir, après six mois d'immobilisation on constatera déjà une notable amélioration, quelle que soit la variété d'arthrite (après six mois d'immobilisation l'ankylose n'est nullement à craindre). Si, au contraire, après six mois de traitement, les mouvements restent douloureux, l'état reste stationnaire, il y a tout lieu de craindre la tuberculose. Il y a, dans cette distinction de l'influence du traitement, un moyen sûr de diagnostic. Les tumeurs blanches dont on a obtenu la guérison ont été guéries avec ankylose.

L'ankylose, en effet, est le mode de guérison naturel des tumeurs blanches, et je mets au défi qu'on me montre une vraie tumeur blanche guérie avec la conservation des mouvements. Pourquoi guérissons-nous des tumeurs blanches du genou ou des petites articulations plus facilement que des coxalgies? C'est parce que nous pouvons obtenir une immobilisation parfaite du genou et des petites articulations. Ces enseignements donnés par la clinique valent mieux que quelques expériences sur des lapins.

Je me résumerai donc par les propositions suivantes : 1° Il faut distinguer les arthrites en arthrites provenant chez des tuberculeux et en arthrites provenant chez des sujets non tuberculeux; 2° on a, dans le traitement par l'immobilisation, un moyen de diagnostic différentiel entre ces deux variétés d'arthrites; 3° le diagnostic de tumeur blanche tuberculeuse posé, il faut immédiatement procéder à l'amputation ou à la résection ; mais je préfère l'amputation; 4° l'amputation, faite le plus tôt et le plus radicalement possible, est le seul moyen de retarder ou même d'enrayer la tuberculose.

Amputation ostéo-plastique du pied. — M. **LE FORT** présente un malade qui était atteint d'une ostéite du pied, et chez lequel il a pratiqué l'amputation ostéo-plastique, qui consiste, comme on sait, dans la section à plat du calcanéum et sa soudure à la partie inférieure du tibia. Cette opération permet de conserver le talon. A l'aide d'un appareil prothétique très-simple, ce malade marche très-facilement.

Kyste ovarique, ponction, et injection iodée. — M. **DESPRÈS** présente une malade qui était atteinte d'un kyste volumineux de l'ovaire; une première ponction avait donné 22 litres d'un liquide citrin. Il y a six mois, il lui a pratiqué une seconde ponction avec injection iodée, puis, quelques jours après, une seconde injection iodée, comme dans une hydrocèle. Cette malade, dans les jours qui ont suivi, a eu un peu de fièvre; sa température est montée à 39,2, puis elle a bien guéri. C'est là, ajoute M. Desprès, une de ces malades qu'on guérit tous les jours par l'ovariotomie.

M. **TRÉLAT**, à l'occasion du procès-verbal de la prochaine séance, posera des réserves sur le diagnostic porté, dans ce cas, par M. Desprès.

Ectropion. — M. **FIEUZAL** présente un malade qu'il a guéri d'un ectropion grave par la transplantation d'un lambeau pris sur l'avant-bras. (Comm. : MM. Sée, Guéniot et Le Fort.)

M. **PARINAUD** présente un enfant qui porte une affection curieuse se rattachant à la dent de l'œil. (Comm. : M. Desprès.)

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décrets en date des 11 et 13 juillet 1882, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : MM. les docteurs Marey (de l'Institut), professeur au Collège de France; Bernutz, médecin de l'hôpital de la Charité.

Au grade de chevalier : MM. les docteurs Dagonet, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Sainte-Anne; Piettre, maire de Saint-Maur-les-Fossés; d'Heilly, médecin de l'hôpital Saint-Antoine; Rousseau, conseiller général de l'Aisne; Vaullegeard, médecin de l'hôpital de Condé-sur-Noireau; Theyssier, conseiller général de la Corrèze; Tartas, conseiller général des Landes; Boyer, médecin de l'hospice de Lorris; Doyen, médecin de l'Hôtel-Dieu de Reims; Bocamy, médecin inspecteur des enfants assistés et des aliénés des Pyrénées-Orientales; Vanier (de l'Isle-Adam); Aude, médecin en chef de l'hôpital de Fontenay-le-Comte; Georges Daremberg.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le concours du clinicat des maladies mentales commencera demain mardi 18 juillet à neuf heures du matin.

— M. Jules Jaillet est nommé préparateur du laboratoire de thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Montigny, démissionnaire.

— *École de médecine de Caen.*—M. Pihier, pharmacien de première classe, est nommé professeur d'histoire naturelle (emploi nouveau).

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. Robin, docteur ès sciences naturelles, est nommé préparateur du cours d'anatomie, en remplacement de M. Viallanes, appelé à d'autres fonctions.

— *École pratique des Hautes-Études.* — M. Viallanes, docteur en médecine, licencié ès sciences, est nommé répétiteur à l'École pratique des Hautes-Études (section des sciences naturelles), et attaché, en cette qualité, au laboratoire de zoologie anatomique, en remplacement de M. Brocchi, démissionnaire.

— M. Thollon, sous-chef de l'école de botanique au Muséum d'histoire naturelle, est chargé d'une mission au Gabon, à l'effet de recueillir des collections représentant le cycle complet de la végétation de la colonie.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 13143.

N° 83. — JEUDI 20 JUILLET 1882. 55e ANNÉE. JEUDI 20 JUILLET 1882. — N° 83.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Le défilé des rapports officiels continue sans interruption. Celui de la commission de vaccine, lu par M. Blot, constate le grand nombre des succès que des chirurgiens militaires ont obtenus dans des revaccinations à l'aide de vaccin fourni de bras à bras par des soldats revaccinés. Dans certaines séries, ces succès ont dépassé le chiffre de 60 p. 100, de telle sorte qu'avec certaines précautions des adultes revaccinés pourraient être choisis comme vaccinifères, sans trop grande infériorité, contrairement à ce que l'on admettait jusqu'à présent.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. GOSSELIN.

Du raccourcissement dans les fractures de la diaphyse du fémur.

Vous avez pu voir ce matin l'état dans lequel se trouve notre malade à la fracture de cuisse, fracture située un peu au-dessus de la partie moyenne du fémur et qui date de trois mois. Aujourd'hui, il parvient à détacher le talon du sol, ce qui prouve la solidité du levier ; de plus, il peut marcher avec des béquilles et ne souffre pas.

Comme phénomènes physiques, nous trouvons un cal volumineux, dur, cal périostique qui forme la virole externe. Existe-t-il actuellement un cal médullaire? Cela est possible; cependant, je ne pourrais l'affirmer en toute certitude, car ce dernier est toujours plus lent à se former que le cal périostique, et nous avons toute raison de croire, d'après les faits observés, que le cal médullaire n'est jamais complètement ossifié avant la fin du quatrième ou du cinquième mois. Cette date, du reste, varie selon les sujets.

A l'époque, donc, où en est la fracture de notre malade, il est à peu près certain que le cal médullaire est d'une consolidation insuffisante pour résister à une violence extérieure. Quant au cal interfragmentaire, c'est-à-dire au cal qui se forme aux dépens du tissu compact de l'os, il est certain qu'à l'heure actuelle il n'est point encore formé.

En un mot, la fracture du fémur de notre malade ne présente plus maintenant de mobilité latérale, et les fragments osseux sont actuellement maintenus par un cal suffisant, comme solidité, pour lui permettre de marcher, insuffisant cependant pour résister à toute violence extérieure qui serait exercée contre lui.

Voilà pour le système osseux.

Du côté des muscles, nous constatons une atrophie notable de la cuisse et surtout de la jambe, du mollet principalement, ce qui est du reste un fait ordinaire. De plus, l'articulation du genou n'a que des mouvements limités, dans la flexion surtout qui n'atteint pas encore l'angle droit, mais il n'y a ni gonflement articulaire ni épanchement. C'est là une pseudo-ankylose incomplète, habituelle en pareil cas.

Mais ce dont je veux surtout vous entretenir, c'est de la diminution de longueur du membre fracturé, raccourcissement, j'oserais dire, inévitable dans l'état actuel de la science, tant il est général.

Lorsque nous avons voulu mesurer le membre au lit, il y a près de quinze jours, nous avons trouvé une différence de longueur d'un centimètre et demi à deux centimètres environ. Aujourd'hui, les mensurations que nous avons prises nous montrent un raccourcissement plus prononcé, soit de deux centimètres et demi à trois centimètres. Je ne vous donne pas ce résultat comme absolu, parce qu'il y a toujours de petites causes d'erreur qui peuvent accroître ou diminuer la longueur véritable du membre. Cependant, j'ai été souvent frappé par des faits semblables, la mensuration d'un membre me donnant tant au soixante-quinzième ou au quatre-vingtième jour, puis un mois ou deux plus tard une longueur moindre, de telle sorte que le raccourcissement était plus considérable six mois après la fracture, qu'à trois mois, par exemple, allant ainsi en augmentant au fur et à mesure que le cal se solidifiait. Il semble que, sous l'influence de la tonicité musculaire sur la néoformation osseuse, les parties constituantes du cal se tassent de plus en plus chaque jour.

C'est là un fait sur lequel il était nécessaire que j'appelasse votre attention.

En chirurgie, depuis longtemps, on a fait — et on les continue encore — de grands efforts pour éviter tout raccourcissement ou tout au moins pour obtenir qu'il soit aussi faible que possible.

Il y a une vingtaine d'années, tandis que j'étais à Cochin,

j'avais remarqué, lorsqu'il m'était donné de les revoir, que tous les individus atteints d'une fracture du fémur avaient, au bout d'un an, un raccourcissement plus considérable de un, deux ou trois centimètres qu'à l'époque où ils avaient quitté l'hôpital. C'est ainsi qu'ils boitaient très-peu lorsqu'ils n'avaient que deux ou trois centimètres de raccourcissement, c'est ainsi que la claudication était plus prononcée si le raccourcissement atteignait le chiffre de six centimètres, c'est ainsi qu'ils boitaient fortement lorsque la différence de longueur entre le membre fracturé et le membre sain s'élevait à neuf centimètres.

Donc, pour connaître le résultat définitif du traitement d'une fracture, il faut attendre au moins six mois après l'accident qui l'a déterminée, et ne point trop tôt se vanter d'un succès que l'avenir pourrait démentir quelques mois plus tard.

Néanmoins, chez le malade qui m'a servi de prétexte pour traiter la question du raccourcissement, la différence de longueur entre les deux membres inférieurs ne dépassant pas deux à trois centimètres environ, je crois pouvoir considérer le résultat acquis en ce moment comme favorable, tout en faisant la part de l'avenir, puisque nous ne sommes arrivés encore qu'à la fin du troisième mois.

Les appareils à extension continue dont on s'est servi autrefois pendant un certain temps pour lutter contre le raccourcissement du membre fracturé étaient d'une application généralement très-douloureuse, et donnaient lieu souvent à des complications assez graves (phénomènes fébriles, escharres, etc.,) pour entraîner la mort. En dehors même de ces complications, les douleurs étaient telles souvent qu'elles forçaient le chirurgien à relâcher les liens extenseurs. De là un raccourcissement à peu près analogue à celui qui se serait produit si l'on n'avait pas tenté l'extension continue. Aussi avait-on fini bientôt par y renoncer, pour ne plus se servir que de l'appareil de Scultet.

Aujourd'hui, une troisième phase a été inaugurée par M. Hennequin, qui est parvenu à faire supporter plus facilement au malade l'extension continue, à la mieux appliquer et diriger. Cependant ce n'était pas encore tout à fait cela, et la traction était encore un peu douloureuse. Néanmoins, l'appareil imaginé par M. Hennequin a eu le mérite de nous montrer que la curabilité des fractures du fémur pouvait être obtenue avec un raccourcissement moindre qu'autrefois, voire même parfois avec un raccourcissement presque insignifiant.

Depuis une quinzaine d'années, on sait donc que l'on peut guérir ces fractures avec un faible raccourcissement, au moyen d'un appareil combiné de façon à être aussi peu douloureux que possible, l'on peut même dire indolore, et à ne donner lieu à la formation d'aucune escharre.

Je ne passerai pas en revue, ce serait perdre beaucoup de temps, tous les appareils qui ont été imaginés et les modifications qui les distinguent les uns des autres; vous les trouverez décrits dans les ouvrages que vous avez entre les mains. J'ajouterai seulement que l'un des principaux perfectionnements introduits dans le traitement des fractures qui nous occupent aujourd'hui est la contre-extension faite directement par le poids du corps entraîné vers la tête du lit, dont les pieds sont surélevés de plusieurs centimètres par rapport à l'extrémité opposée, tandis que l'extension du fragment inférieur de la fracture est maintenue par des liens passant sur une poulie et tendus par des poids dont on augmente peu à peu le nombre. A la contre-extension directe que je viens de vous indiquer, j'ajoute pour plus d'effet une contre-extension bien matelassée dans l'aine, qui attire le fragment supérieur en haut et maintient plus éloignés les deux fragments du fémur fracturé.

L'extension continue n'est plus actuellement appliquée comme autrefois au vingtième ou au vingt-cinquième jour seulement, mais bien au troisième ou au quatrième jour. C'est ce que nous avons fait aussi chez notre malade.

Vous voyez par les faits que je viens de vous exposer que le traitement des fractures du corps du fémur, institué de façon à obtenir un raccourcissement aussi minime que possible, est constamment en voie de progrès; aussi, ne devons-nous pas désespérer peut-être d'arriver un jour à guérir ces fractures sans aucune diminution de longueur.

HOPITAL DU MIDI. — M. Charles Mauriac.

Des syphilides (1).

VI

Gomme. — Elle a la plus grande analogie avec le tubercule, dont elle n'est qu'un degré plus avancé. Je ne me lasserai pas de vous faire remarquer l'étroite parenté de toutes ces lésions; c'est en rapprochant, bien plus qu'en divisant et subdivisant à l'infini, qu'on peut se former une idée exacte de la syphilis dans son ensemble et rattacher au même travail primordial et pour ainsi dire unique, les nombreuses variétés des manifestations tégumentaires. — Suivez la filiation des effets morbides, leur enchaînement naturel depuis la papule jusqu'à la gomme, rendez-vous compte de l'évolution générale de ses lésions, de ses particularités suivant les types et les groupes, et vous serez fort avancés dans la connaissance d'une des branches les plus touffues et les plus enchevêtrées en apparence de la pathologie syphilitique. — La gomme n'est qu'un gros tubercule; au lieu d'occuper l'épaisseur du derme, elle siège d'ordinaire primitivement dans le tissu cellulaire sous-cutané. Mais elle ne tarde pas à contracter des adhérences avec la peau qui la recouvre; elle l'envahit, la ramollit, l'ulcère et enfin elle produit à sa surface une vaste cavité ulcéreuse, à orifice d'abord étroit et comme fistuleux, puis à large ouverture qui met à nu tout son intérieur. L'envahissement de la peau constitue une étape que vous ne trouvez pas dans le tubercule. Mais pour les autres phases de la lésion il y a similitude parfaite entre le tubercule et la gomme : 1° phase de formation; 2° phase de désagrégation ou de ramollissement; 3° phase d'élimination ou d'ulcération; 4° phase de réparation ou de cicatrisation. Les produits évacués diffèrent un peu. Comme la gomme est plus volumineuse, elle englobe une quantité plus ou moins notable de tractus celluleux, les presse, les étouffe, les prive de vie et les élimine avec les produits qui lui sont propres, sous la forme d'un bourbillon grisâtre. — Dans les petites gommes on ne trouve pas toujours ce bourbillon; en pareil cas il est fort difficile et même impossible de dire si la lésion est un tubercule ou une tumeur gommeuse, d'autant plus que le siège est à peu près le même, dans les parties les plus profondes du derme ou dans l'hypoderme. Il y a même des gommes primitivement intra-dermiques.

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 13 juillet 1882.

A côté du type classique de la gomme sous forme de tumeur circonscrite, arrondie, nettement isolée dans le tissu qu'elle occupe, il faut placer les suffusions néoplasiques sans contours précis, sans configuration régulière et toujours identique à elle-même, étalées en nappes diffuses ou formant des plaques distinctes, allongées, arrondies, ovalaires, discrètes ou confluentes, etc. Lorsqu'elles se produisent dans les périodes avancées de la maladie constitutionnelle, elles passent par les mêmes péripéties évolutives que la tumeur gommeuse. A une époque rapprochée du chancre, leur tendance est au contraire résolutive. C'est que l'âge de la maladie constitutionnelle exerce une influence prépondérante dans le processus de ces lésions. Les gommes précoces évoluent beaucoup plus vite que les gommes vraiment tertiaires. J'en ai vu de bénignes parcourir toutes leurs phases en deux ou trois septénaires, dans la première ou la seconde année de la maladie générale. Plus tard leurs étapes s'allongent indéfiniment, et chacune d'elles peut demander deux ou trois mois. Il y a des gommes qui mettent plus de six mois à évoluer; et comme ici encore le mode d'éruption par poussées successives est le plus commun, vous voyez avec quelle lenteur procédera dans toutes ses phases une attaque de dermatopathie gommeuse.

Les lésions si variées et si nombreuses de la syphilose tégumentaire procèdent de la même source, sont constituées par les mêmes éléments histologiques et obéissent au même principe de développement organo-pathologique. On ne peut s'empêcher d'être frappé du contraste qui existe entre la simplicité des moyens et la multiplicité, la complexité des résultats. Remarquez, en outre, que la syphilis n'emploie pas d'éléments morbides nouveaux et sans analogues dans l'économie. Elle se sert des éléments morbides communs. Aussi leur étude histologique serait-elle incapable de nous révéler la spécificité de leurs effets. Cette spécificité réside surtout dans la morphologie et la manière d'être des lésions; elle est essentiellement clinique et pas du tout anatomo-pathologique. Les dermatopathies syphilitiques proviennent toutes de deux processus morbides distincts : l'hypérémie et la prolifération des cellules embryonnaires. Ils sont essentiellement chroniques. L'hypérémie simple occupe une place beaucoup moins importante que l'infiltration cellulaire et on ne l'observe à l'état isolé que dans la phase virulente de la syphilis. C'est elle qui produit toutes les variétés de la syphilide érythémateuse. Il n'est pas rare de la voir se compliquer d'un certain degré de développement cellulaire, dans les formes érythémato-papuleuses par exemple. Plus tard, réduite au rôle de phénomène précurseur, elle précède et prépare la prolifération des cellules embryonnaires.

Les cellules morbides qui constituent les lésions syphilodermiques sont rondes, granuleuses, semblables aux corpuscules blancs du liquide sanguin et parfaitement identiques à elles-mêmes, soit dans la lésion initiale, soit dans les gommes les plus tardives de la syphilis. En général, l'intensité, le volume, la concentration et la profondeur de l'infiltration cellulaire dans les téguments, sont en rapport direct avec l'âge de la syphilis. Ainsi, dans la période secondaire, l'infiltration n'occupe que les interstices de la couche superficielle dermo-papillaire et elle n'est pas assez abondante pour en étouffer les éléments constitutifs. Plus tard elle se condense, envahit l'épaisseur du derme et le détruit. Dans le premier cas vous aviez la papule; dans le second, c'est le tubercule. Il n'y a, vous le voyez, en anatomie comme en clinique, aucune ligne de démarcation tranchée entre les deux lésions; aussi trouve-t-on fréquemment des degrés intermédiaires qui forment la lésion mixte papulo-tuberculeuse. Agrandissez le champ de l'infiltration cellulaire, multipliez-en les produits, vous aurez la gomme et les suffusions gommeuses, etc. — Dans tous ces cas les éléments cellulaires de l'infiltration sont doués d'une assez grande résistance vitale pour s'agglomérer sous forme de lésion figurée, autonome, douée d'une existence propre qui parcourt plus ou moins régulièrement les phases d'une évolution déterminée. — Mais supposez sur un point une prolifération effrénée de ces mêmes cellules, sans la cohésion qui les unit, sans aucune des conditions de solidarité qui les vouent à la même destinée, et vous aurez le désordre, la désorganisation, la dissociation rapide des éléments sains envahis, et par suite l'ulcération éliminatrice à brève échéance. C'est par ce mode ataxique d'infiltration presque foudroyante et incessamment renouvelée que se produisent les syphilides ulcéreuses d'emblée. — Les vésicules et les bulles, les croûtes et les squames ne sont en anatomie pathologique, de même qu'en clinique, que des phénomènes subordonnés; par conséquent nous n'avons pas à nous en occuper.

Le tégument, comme tous les autres organes, est apte à concevoir simultanément plusieurs actions morbides et en développer les effets. Il n'existe pas d'incompatibilité absolue entre les syphilodermies et d'autres affections d'origine différente.

Parmi les coïncidences pathologiques des syphilides sur le même théâtre tégumentaire, il faut distinguer celles qui sont accidentelles, de celles qui sont constitutionnelles. Au nombre des premières vous trouverez souvent la gale, le prurigo, l'intertrigo, quelquefois des éruptions saisonnières, puis des dermites d'intoxication, comme l'eczéma rubrum mercuriel, l'urticaire produit par l'ingestion des crustacés et surtout l'érythème cubébo-copahique qui ressemble d'une manière si frappante à certaines variétés de roséole. Avec un peu d'attention il est facile de démêler ce qui appartient en propre à chaque affection. Cette tâche est plus délicate dans les coïncidences d'ordre constitutionnel ou dans celles des dermatopathies à évolution lente et à poussées successives comme la syphilis. Ce qui complique encore la question, c'est que ces dermatopathies présentent souvent les mêmes affinités topographiques que les syphilides; ainsi la dartre, l'arthritis attaquent, comme la syphilis, la paume des mains, la plante des pieds et la langue. La scrofule se localise sur la région naso-labiale de la face, sur le voile du palais, les piliers, les fosses nasales et y produit des scrofuloses qui ont la plus grande analogie avec les syphiloses des mêmes parties.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 juillet 1882. — Présidence de M. GAVARRET.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Luton (de Reims), relative aux *injections sous-cutanées de mercure métallique*;

2° Un pli cacheté adressé par M. le docteur Burq (accepté);

3° Un mémoire de M. le docteur Bertherand (d'Alger), relatif à l'utilisation du goyavier en médecine (commission du prix Desportes);

4° Une note de MM. Dieulafoy et Krishaber relative à l'*inoculation du tubercule sur le singe.* Cette fois, au lieu de matière tuberculeuse, c'est du pus provenant d'un phlegmon traumatique qui a été inoculé à une nouvelle série de dix singes, et un seul de ces animaux est mort tuberculeux.

LECTURE

Physiologie pathologique de la rage. — M. DEPAUL lit, au nom de M. le docteur Duboué (de Pau), une note dans laquelle l'auteur s'attache à montrer qu'il a conçu le premier l'idée de la transmission du virus de la rage jusqu'au bulbe. Il dit qu'il est arrivé, dans une brochure publiée en 1879, à cette double conclusion générale : que l'hypothèse de l'absorption du virus rabique par le sang est partout pleine d'obscurité et n'explique aucun des phénomènes, tandis que l'hypothèse de la transmission de ce même virus par les nerfs non-seulement rend compte d'un assez grand nombre de ces phénomènes, mais permet d'en prévoir beaucoup d'autres et ouvre ainsi un champ aussi vaste qu'attrayant aux recherches expérimentales qu'on ne manquerait pas d'instituer dans l'avenir.

RAPPORTS

Sur la durée de l'isolement dans les maladies contagieuses. — M. HILLAIRET, au nom d'une commission composée de M. H. Roger, J. Bergeron et J. Hillaret, lit un rapport rédigé en réponse à une lettre adressée le 20 avril dernier à l'Académie de médecine par le Ministre de l'instruction publique, et lui demandant « combien de temps un élève atteint de maladie contagieuse doit être éloigné de ses camarades ? » M. le rapporteur énumère comme maladies contagieuses susceptibles de se transmettre dans les lycées : la varicelle, la variole, la scarlatine, la rougeole, les oreillons, la diphthérie.

La varicelle, dont la marche est souvent irrégulière, peut, dans certains cas, avoir une durée de dix à douze jours. Il faut de huit à dix jours pour la chute des croûtes ; l'isolement devra être de vingt-cinq jours.

La variole a une période prodromique de trois à quatre jours : celle d'éruption de quatre à cinq ; celle de suppuration des pustules de trois à quatre ; la dessiccation demande trois jours ; la chute des croûtes six jours, puis vient une période de desquamation furfuracée sans limites précises. On peut donc fixer à quarante jours la durée moyenne de l'isolement.

Dans la scarlatine la période d'invasion est de six à quarante-huit heures, exceptionnellement trois jours ; l'éruption s'effectue en cinq ou six jours (d'autres disent six à huit) ; la desquamation commence le quatorzième ou quinzième jour, elle a une durée qui varie de quinze à vingt-six jours. L'isolement devra être de quarante jours.

La rougeole a une période prodromique de trois à quatre jours en moyenne, exceptionnellement de six à huit et même douze jours. L'éruption s'effectue en douze à quarante-huit heures, puis elle décline durant environ quatre jours; la desquamation dure de huit à quinze jours. Un isolement de quarante jours sera donc suffisant.

Les oreillons ont en moyenne une durée de six jours dans les cas ordinaires; la convalescence est de six à sept jours, jusqu'à la disparition complète de la tuméfaction des parotides. S'il y a quelque complication par métastase, cette complication dure environ neuf jours en moyenne. Un isolement de vingt-cinq jours sera donc suffisant.

La durée de la diphthérie est très-variable, mais, par prudence, il est bon de fixer pour l'isolement la durée la plus longue, soit quarante jours.

M. le rapporteur insiste sur ce point que l'isolement doit être absolu ; il cite un règlement promulgué le 25 septembre 1773 par la *Chambre de ville de Dijon*, et qui prescrivait déjà cet isolement absolu pour la variole.

En conséquence, la commission propose l'adoption des mesures suivantes :

1° Les élèves atteints de la varicelle, de la variole, de la scarlatine, de la rougeole, des oreillons ou de la diphthérie seront strictement isolés de leurs camarades;

2° La durée de l'isolement devra être de quarante jours pour la variole, la rougeole, la scarlatine et la diphthérie ; de vingt-cinq jours pour la varicelle et les oreillons;

3° L'isolement ne cessera que lorsque le convalescent aura été baigné ;

4° Les vêtements que l'élève portait au moment où il est tombé malade, devront être passés dans une étuve à plus de 90 degrés et soumis à des fumigations sulfureuses, puis bien nettoyés;

5° Les objets de literie, les rideaux du lit et de la chambre d'isolement, les meubles et les parois même de la chambre doivent être largement désinfectés, lavés, puis aérés ;

6° L'élève qui aura été atteint, en dehors d'un établissement d'instruction publique, de l'une des maladies contagieuses énumérées dans ce rapport, ne pourra être réintégré, que muni d'un certificat de médecin, attestant qu'il a satisfait aux prescriptions ci-dessus énoncées.

Ces conclusions sont adoptées.

M. BLOT, au nom de la commission de vaccine, donne lecture du rapport sur le service de la vaccine en France pendant l'année 1880.

L'Académie se forme en comité secret.

VARIÉTÉS

Histoire de l'hôpital de Notre-Dame de Pitié de Paris (1612-1882) (1).

Par M. le docteur O. GUILLIER.

VII

L'ensemble des bâtiments de l'hôpital présentait alors, comme actuellement, la forme d'un carré long, irrégulier; sa porte principale donnait également comme maintenant sur la rue de Copeaux en face la rue Saint-Victor et plusieurs de ses salles avaient aussi vue sur le Jardin des Plantes.

En entrant par la porte principale, on trouvait les pièces nécessaires pour l'admission des malades, la tenue des livres et le dépôt des vêtements.

La première cour était séparée de la seconde par une grille en fer et c'est dans cette seconde cour que se trouvaient les réfectoires, pharmacie, lingerie, magasins et quatre salles de malades situées au premier et au second étage des deux bâtiments qui bordaient cette cour.

Il existait également des salles de malades dans les trois étages des bâtiments de la troisième cour, et ils étaient spécialement réservés aux femmes.

Quand on ouvrit en 1816 le grand bâtiment Saint-Augustin, l'hôpital, qui ne contenait environ que 400 lits, se trouva en posséder 600, répartis en 23 salles, dont 357 furent affectés au service des hommes et 243 pour celui des femmes.

A cette époque, les salles de femmes ne contenaient guère plus de 20 lits et celles des hommes de 20 à 30.

Quant à la quantité d'air à respirer pour chaque malade, elle variait considérablement pour chaque salle; c'est ainsi que, dans les trois principales, cette quantité s'élevait à 7 et 8 toises cubes par malades ; à 6 ou 7 toises cubes dans

(1) Suite. — Voir le numéro du 13 juillet 1882.

quelques autres, à 5 ou 6 dans d'autres, et enfin ce chiffre s'abaissait même au-dessous de 3 toises cubes dans trois ou quatre des salles les moins favorisées. Si nous comparons cet exposé au tableau dressé en 1862 par M. A. Husson, directeur de l'administration générale de l'Assistance publique, dans son ouvrage sur les hôpitaux, nous verrons combien les conditions hygiéniques de cet hôpital ont été modifiées et quels perfectionnements ont été apportés.

Ce n'était déjà plus l'époque où l'on voyait plusieurs malades occuper le même lit, chacun d'eux était seul et cette mesure d'hygiène s'appliquait indistinctement à tous les hôpitaux de la capitale.

Chaque lit présentait un certain confortable et était composé d'une couchette, d'une paillasse, de deux matelas, d'un traversin, d'un oreiller et de deux couvertures de laine; enfin chaque lit était garni de rideaux blancs.

Mais, à côté de ces perfectionnements, que de désidérata restaient encore à combler au point de vue hygiénique!! Ainsi, en 1816, il existait encore, traversant tout l'hôpital, un ruisseau venant d'une rue voisine; ce ruisseau fangeux, réceptacle des immondices de toute nature, charriait les eaux sales de cuisine et toutes les eaux sales de l'hôpital : aussi était-ce comme un nuage de germes putrides qui s'en élevait pour se répandre ensuite dans les salles et y semer la mort. Ce ruisseau, dont on demandait la suppression dans le rapport dont nous avons déjà parlé, fut supprimé quelques années plus tard.

L'aménagement intérieur laissait également beaucoup à désirer, comme on va pouvoir en juger : il n'existait dans les salles ni éviers ni conduits pour l'écoulement des eaux de lavages; aussi était-ce un triste spectacle que de voir ces eaux chargées d'immondices sortir à flots dans les escaliers qu'elles ne tardaient pas à pourrir ou par les latrines qui se trouvaient ainsi continuellement remplies; sans parler de la grande humidité que ce système tout primitif d'égout ne cessait d'entretenir.

Pour ce qui était du service hospitalier, nous avons dit qu'il était sous la dépendance de l'Hôtel-Dieu : les mêmes sœurs qui soignaient les malades à cet hôpital, les soignaient à son annexe également. A ce sujet, nous avons trouvé dans les vieux registres de la Pitié le nom de la première mère hospitalière de cet hôpital : ce fut Mme Marie-Thérèse *Machet*, en religion sœur *Saint-Athanase;* elle entra à la Pitié le 10 janvier 1809 et en sortit le 15 octobre 1819.

Le service médical également était fait par les médecins et chirurgiens de l'établissement principal ou par quelques-uns d'entre eux du moins, désignés à cet effet.

Il en était de même du service administratif et la maison eut d'abord pour chef un sous-agent soumis à l'agent principal de l'Hôtel-Dieu.

Cependant un arrêté du conseil général des hospices, confirmé par le ministre de l'intérieur, donna à notre hôpital un commencement d'indépendance : son émancipation approchait. Au mois d'avril 1813, parut donc un arrêté par lequel il était ordonné qu'un agent spécial serait nommé à la Pitié.

Ce premier agent de surveillance fut en effet nommé quelques jours après et entra en fonctions le 1er mai 1813 (1), Quelques mois après on nomma un économe garde-magasin spécial pour la Pitié (2).

(1) Ce premier agent de surveillance fut M. Girault (Charles-Louis). Entré le 1er mai 1813, sorti le 1er mars 1824.

(2) Ce premier économe garde-magasin fut M. Blaizon (Jean-Jacques). Entré le 1er août 1813, mort à l'hôpital le 5 mai 1823.

Le service de pharmacie fut aussi rendu complètement indépendant et distrait de celui de l'Hôtel-Dieu : ce fut M. *Harving*, le premier pharmacien en chef de la Pitié; il y entra le 1er janvier 1812 et en sortit le 31 mai 1823, pour être remplacé en juin par le célèbre professeur de l'école de pharmacie *Soubeiran.*

Mais me direz-vous : Que devenait donc le service médical? N'était-ce pas lui qui devait ouvrir l'ère d'indépendance et d'autonomie de l'hôpital de la Pitié? Oui, en effet, mais nous devons à la vérité de dire qu'il en fut tout autrement. Selon son habitude, le service médical, le premier au chevet du malade, fut le dernier dans la hiérarchie administrative à jouir de son indépendance.

La Pitié n'eut pas encore son service médical particulier, et c'était à celui de l'Hôtel-Dieu qu'il fallait avoir recours encore en 1816. On lui fit cependant quelques concessions et l'on nomma, pour la Pitié, un *Inspecteur du service de santé des élèves :* ce fut M. le docteur *Serres*, médecin de l'Hôtel-Dieu, qui fut appelé à remplir ces fonctions; mais ce sur quoi nous insistons, c'est que les visites des malades étaient faites par les médecins de la maison dont la Pitié était une annexe. En 1813, il avait été créé dans cet hôpital un amphithéâtre d'anatomie dont le docteur Serres était également le chef.

Après avoir fait connaître la nomination d'un inspecteur de service des élèves, nous croyons qu'il est intéressant de donner ici les noms des premiers internes et externes qui furent appelés à faire le service de l'hôpital. Ce sont MM. *Monteloy* (Barthélemy), premier interne en médecine. Entré le 1er janvier 1814.

Leperey (Louis), premier externe en médecine. Entré le 1er janvier 1815.

Caillard (Abraham-Jacques), premier interne de chirurgie. Entré le 1er janvier 1815.

Enfin, comme les religieuses n'étaient pas en assez grand nombre pour le service des malades, elles étaient aidées dans les soins qu'elles avaient à donner par des garçons et filles de service, qui en dehors de cela étaient occupés à tous les travaux secondaires dont ils sont chargés dans les autres hôpitaux. La proportion des gens employés à l'hôpital, comparés au nombre des malades admis, était de *un* sur neuf ou dix.

Tel était en 1816 l'état de l'hôpital de la Pitié.

Avant d'avancer plus loin dans notre étude, revenons de quelques années en arrière et arrêtons-nous un moment à l'année 1814 si féconde en évènements malheureux pour la France. C'était en effet l'époque de l'invasion de l'étranger chez nous, et pour ceux qui ont vu notre chère patrie ravagée en 1870-71, ce mot d'invasion étrangère en dira plus long que nous ne pourrions le faire.

Tous nos hôpitaux furent envahis par les militaires, malades ou blessés, et chacun d'eux reçut un certain nombre de soldats étrangers. La Pitié subit le sort commun et reçut 209 étrangers, parmi lesquels le *Compte moral* de 1814 relève 95 Russes, 3 Prussiens, 1 Autrichien, 1 Bavarois, etc.

Mais ce qui porta au comble la calamité de cette année, ce fut le typhus se déclarant au milieu de l'encombrement général.

L'église de la Pitié fut envahie et il fallut la transformer provisoirement en infirmerie, en attendant la possibilité d'évacuer les malades sur d'autres points. Le chœur de la chapelle, dont la capacité permettait d'y recevoir 200 personnes environ et qui précédemment ne servait qu'aux dames reli-

gieuses, fut partagé en trois parties. Celle de devant, la plus près du sanctuaire, formait une enceinte capable de recevoir vingt religieuses, tandis que les deux autres étaient destinées : celle de droite pour les hommes malades et garçons de service ; celle de gauche pour les femmes malades et filles de service.

Comme nous l'avons dit précédemment, c'étaient toujours les médecins et chirurgiens de l'Hôtel-Dieu qui faisaient le service ; c'étaient à cette époque MM. les docteurs : Montaigu, Husson, Asselin, Bourdier, Borie, Récamier, L'Herminier, Caillard, Serres et Chauveau.

Outre ces docteurs, on nomma, spécialement pour le service des Russes, deux chirurgiens de l'armée : l'un, M. Chedieu, comme chirurgien-major ; l'autre, M. Bernard, comme aide-major. Tous les deux quittèrent la Pitié en 1815.

Comme toujours, dans les moments de panique, de danger, au milieu des épidémies les plus meurtrières, le personnel médical et hospitalier, peu soucieux de sa vie quand il s'agit de sauver celle des autres, fut toujours sur la brèche et tint haut les traditions d'honneur et de dévouement de notre corps. Aussi les victimes furent nombreuses et le typhus fit de larges trouées dans ses rangs. Deux médecins succombèrent sur quatre qui furent atteints. Les internes eurent trois malades. Les externes, quatre malades et un mort. Les internes en pharmacie, trois malades. Les sœurs hospitalières, quatre malades et deux mortes. Enfin les infirmiers, ces humbles de la maison dont le dévouement ne s'est pas démenti, comptèrent vingt-deux morts sur soixante-quatorze malades.

En 1816, M. Béclard, fut nommé chirurgien en chef de la Pitié et avec lui commença la constitution d'un service médical et chirurgical propre à cet hôpital. En 1817 on comptait trois médecins, trois internes et douze externes. Ces derniers étaient ainsi que les internes logés à l'hôpital, comme le prouve une décision prise à la date du 20 janvier 1817 par l'administrateur de la Pitié, ainsi conçue :

Vu l'éloignement de la Pitié du centre de la ville, le besoin d'avoir un plus grand nombre d'élèves en médecine et en chirurgie et la nécessité de les loger ; vu le petit nombre de chambres dont on peut disposer en logeant les externes peu à peu ; ouï le rapport de l'agent, il a été décidé que, suivant les localités, un ou plusieurs lits seraient placés dans les chambres occupées par les élèves externes, qu'autant que possible on conserverait une chambre seule aux internes en médecine, chirurgie et pharmacie, mais que cependant la même mesure aurait lieu à leur égard si le nombre des logements à donner ne suffisait pas.

SOUSCRIPTION PUBLIQUE

POUR L'ÉRECTION D'UNE STATUE A PHILIPPE PINEL.

Quatorzième liste.

Les internes de l'asile Sainte-Anne	20 fr.
Le Conseil municipal de Paris (deuxième souscription)	4.589
M. le docteur Régis	5
Le ministère de l'instruction publique et des beaux-arts (deuxième souscription)	5.000
M. le docteur Vallon	5
TOTAL	9.619 fr.
Listes précédentes	15.251
Total général jusqu'à ce jour	24.870 fr.

PRÉFECTURE DE POLICE.

SERVICE MÉDICAL DE NUIT DANS LA VILLE DE PARIS.

Statistique du 1er avril au 30 juin 1882.

Par M. le docteur PASSANT.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	TOTAL
1er	13	18	2	33
2e	28	20	5	53
3e	17	28	7	52
4e	27	39	6	72
5e	18	24	4	46
6e	9	26	8	43
7e	18	25	6	49
8e	7	5	»	12
9e	17	19	2	38
10e	23	39	8	70
11e	58	84	21	163
12e	35	34	12	81
13e	24	49	13	86
14e	37	53	20	110
15e	41	37	13	91
16e	9	7	4	20
17e	38	69	14	121
18e	38	61	21	120
19e	49	42	13	104
20e	51	78	25	154
	557	757	204	1518

MALADIES OBSERVÉES.

A. — Angines et laryngites	109
Croup	48
Coqueluche	3
Corps étrangers du larynx et de l'œsophage	3
Otite	1
B. — Asthme	49
Affections du cœur	40
Bronchites aiguës et chroniques	53
Pleuro-pneumonie	54
Congestion pulmonaire	17
C. — Affections et troubles gastro-intestinaux	89
Cholérine	7
Dysentérie	1
Athrepsie	7
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines	54
Hernie étranglée	21
Rétention d'urine	10
Orchite	3
D. — Métrite. Métro-péritonite	29
Métrorrhagie	36
Fausse couche	38
Accouchement. Délivrance	140
E. — Affections cérébrales. Paralysies	75
Convulsions. Éclampsie	70
Névralgie	48
Névroses	88
Épilepsie	21
Aliénation mentale	12
Alcoolisme, delirium tremens	18
Tétanos	1
Chorée	1
F. — Rhumatisme	24
Affections éruptives	35
Érysipèle de la face	9
Fièvre intermittente	3
Fièvre typhoïde	42
Hémorrhagies de causes internes et externes	78
G. — Plaies, contusions	98
Fractures, luxations, entorses	28
Brûlures	3
Empoisonnements	8
Asphyxie par le charbon	5
Suicide	4
H. — Mort à l'arrivée du médecin	35
Total	1518

La moyenne des visites par nuit est de 16,48. Pour le trimestre correspondant de l'an dernier elle était de 15,52.

Visites du deuxième trimestre de 1881	1,412
Visites du deuxième trimestre de 1882	1,518
Différence en plus	106

Les hommes entrent dans la proportion de 37 p. 100 ;
Les femmes — — 50 —
Les enfants — — 13 —

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1882.

236. M. Aubry. Sur l'angine de la poitrine. — 237. M. Neurisse. Contribution à l'étude de la dothiénentérie chez les enfants. — 238. M. Guillevic. Essai sur les abcès spontanés du cerveau. — 239. M. Vincent. Du prurigo chronique et en particulier du prurigo d'Hébra. — 240. M. Rolland. Des complications lymphatiques dans les affections eczémateuses. — 241. M. Delhomme. De l'atrophie cérébrale infantile. — 242. M. Nordau. De la castration de la femme. — 243. M. Perdrier. Des lésions du lobule de l'insula. — 244. M. Labrieu. Contribution à l'étude du traitement palliatif du cancer de la langue et en particulier de la ligature atrophiante des artères linguales. — 245. M. Philippon. Contribution à l'étude de l'entorse des cinq dernières vertèbres cervicales. — 246. M. Chevrot. Recherches sur la rétraction de l'aponévrose palmaire et de son traitement chirurgical.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 17 juillet 1882, M. le docteur Dumoulin, inspecteur des eaux minérales de Salins, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— *Faculté de médecine de Paris* — MM. les agrégés dont les noms suivent sont appelés à suppléer pendant les vacances MM. les professeurs de clinique médicale et chirurgicale dans leur service hospitalier :

Pitié : M. Terrillon remplacera M. le professeur Verneuil ; *Charité :* M. Berger remplacera M. le professeur Gosselin ; *Necker :* M. Bouilly remplacera M. le professeur Trélat ; *Saint-Louis :* M. Hallopeau remplacera M. le professeur Fournier ; *Enfants-Assistés* : M. Guéniot remplacera M. le professeur Parrot ; *Salpêtrière :* M. Joffroy remplacera M. le professeur Charcot ; *Clinique d'accouchements :* M. Charpentier remplacera M. le professeur Depaul.

— Le concours du clinicat des maladies mentales est reporté au 25 de ce mois.

— Le jury du concours pour les bourses de doctorat en médecine qui doit s'ouvrir demain 20 juillet, à huit heures du matin, se compose de MM. les professeurs Baillon président, Sappey, Panas, Hayem et Ball. Le nombre des candidats est de 26 ,répartis ainsi qu'il suit :

Première année, sept candidats; deuxième année, trois candidats; troisième année, cinq candidats; quatrième année, onze candidats.

— Les élèves qui désireraient soutenir leur thèse avant les vacances sont instamment priés de remplir toutes les formalité nécessaires avant le samedi 22 juillet 1882, à quatre heures du soir, dernier délai.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — Le concours pour la place de chef de clinique obstétricale vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Remy (Sébastien).

Le concours pour une place de chef de clinique chirurgicale vient de se terminer par la nomination de M. Guillemin, aide de clinique.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. Killian Wilfrid est nommé aide des travaux pratiques du laboratoire de géologie à la Faculté des sciences de Paris.

M. Rouseau soutiendra sa thèse de docteur ès sciences physiques ayant pour sujet : « Sur un nouveau glycol aromatique », demain jeudi 20 juillet, à quatre heures du soir, dans la salle des examens de la Sorbonne.

M. Fourcrand soutiendra sa thèse de docteur ès sciences physiques ayant pour titre : « Recherches sur les hydrates sulfhydrés » vendredi prochain 21 juillet, à quatre heures du soir, dans la salle de la Sorbonne.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 13143.

N° 84. — SAMEDI 22 JUILLET 1882. 55e ANNÉE. SAMEDI 22 JUILLET 1882. — N° 84.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Paralysie générale spinale antérieure subaiguë.

En dehors des genres de paralysie avec atrophie que M. Charcot a comparés dans une de ses leçons comme pouvant se rencontrer également dans l'enfance, et dont il a été question dans notre dernière Revue, Duchenne (de Boulogne) avait décrit un type spécial sous le titre, un peu long peut-être, de *paralysie générale spinale antérieure subaiguë.* Ce type doit-il encore aujourd'hui conserver une place à part en pathologie et en clinique ? Il paraît que tout le monde n'en est pas convaincu.

Dans sa thèse, d'ailleurs remarquable, sur les lésions du système nerveux dans la paralysie ascendante aiguë ou maladie de Landry, M. Déjérine, à propos du diagnostic différentiel, a écrit la phrase suivante : « Pour nous, il n'existe aucune espèce de rapports entre la maladie de Landry et la paralysie générale spinale subaiguë de Duchenne, *qui n'est qu'une atrophie musculaire à marche rapide.*

La maladie qui nous occupe paraît en effet avoir son siège dans les grosses cellules des cornes antérieures de la moelle épinière, comme l'atrophie musculaire progressive, et comme la paralysie spinale aiguë, soit de l'enfance, soit de l'âge adulte, et à un point de vue exclusivement anatomo-pathologique, rien n'empêcherait donc de songer à assimiler l'une avec l'autre deux des espèces créées par Duchenne (de Boulogne).

Mais il en est tout autrement au point de vue du pronostic. La marche du mal est très-différente dans chacun de ces trois cas. Il ne rétrograde jamais dans l'atrophie musculaire progressive, et généralement il ne discontinue pas d'y gagner sans cesse du terrain jusqu'à ce que, les muscles qui président à la respiration s'atrophiant à leur tour, la mort survienne. Au contraire, la paralysie, suivie d'atrophie, peut s'arrêter, puis rétrograder et enfin guérir, après des mois ou même des années, dans la paralysie générale spinale subaiguë, bien qu'au début, durant un certain temps, elle soit allée en progressant, comme l'atrophie musculaire. M. Duchenne (de Boulogne), avait vu la guérison se produire ainsi tardivement chez plusieurs malades. Comme exemple, dans l'observation 83 de sa troisième édition (page 164), il rapporte l'histoire d'un sellier qui, en 1865, à l'âge de quarante-six ans, sans cause connue, sans fièvre, avait été pris d'abord de faiblesse avec fourmillements et engourdissements dans les doigts de la main droite, puis de paralysie complète s'étendant progressivement à tout l'ensemble des quatre membres et à la plupart des muscles, paralysie bientôt suivie d'atrophie des muscles du tronc. Les mouvements de la tête étaient restés seuls libres. Deux ou trois mois plus tard on remarqua en outre un peu d'affaiblissement de la sensibilité, en même temps qu'un sentiment de brisement et des douleurs contuses vers les poignets et les genoux. Les fonctions de la vessie et des intestins s'accomplissaient toujours d'une façon normale; une fois établie, la paralysie dura treize mois environ sans modification notable; après quoi elle disparut graduellement, ainsi que l'atrophie. Les mouvements revinrent successivement dans les muscles de l'épaule, dans ceux des bras et dans ceux des membres inférieurs.

Bref, il ne resta bientôt plus d'atrophie notable et d'impotence musculaire que dans les mains et les avant-bras.

Chez un homme qui se trouve actuellement à l'hôpital Laennec, salle Trousseau, n° 27, dans le service de M. Damaschino, la marche de la paralysie fut tout à fait semblable.

Chez lui, la maladie commença dans le mois de septembre 1879. Agé alors de vingt-six ans, et d'une bonne santé habituelle, il avait été pris, d'une manière subite, de maux de tête, de vomissements, de coliques et de diarrhée. Pendant une semaine environ, cette diarrhée fut si abondante qu'il y avait de vingt-cinq à trente selles par jour. Un affaiblissement notable des jambes, que l'on remarqua dès ce moment, fut attribué d'abord à l'épuisement produit par cette cause. Mais la faiblesse alla croissant, lorsque les fonctions digestives étaient complètement revenues à l'état normal. En même temps, cet homme éprouva des fourmillements, et il remarqua une diminution de la sensibilité à la plante des pieds et dans les doigts. Il ne sentait pas aussi bien le sol quand il marchait. Il laissait souvent échapper les petits objets qu'il tenait; par exemple la nuit, lorsqu'il voulait se servir d'allumettes, il en laissait tomber un grand nombre, successivement, d'entre ses doigts, avant de parvenir à en frotter une.

Il pouvait encore un peu marcher, mais très-difficilement, quand, le 11 octobre, il entra à l'hôpital Necker. Il y

prit le lit, et dès lors la paralysie se compléta avec une grande rapidité. Il fut bientôt dans l'impossibilité absolue de mouvoir ses jambes. Puis les mouvements de flexion de la colonne vertébrale devinrent pénibles et douloureux; il ressentait, dit-il, de très-vives douleurs dans les reins quand il essayait de les plier.

Deux ou trois semaines après son entrée à l'hôpital, il ne pouvait plus faire aucun usage des membres supérieurs; les mouvements de la tête étaient presque les seuls qui fussent libres. On explora la sensibilité à la douleur : elle était partout complètement intacte. La sensibilité à la température et la sensibilité tactile semblèrent, au contraire, un peu affaiblies à la plante des pieds, à la face palmaire des phalanges et vers le haut de la poitrine. On constata aussi bientôt que la pression était douloureuse dans la continuité des membres, au niveau des muscles paralysés. Tous les réflexes tendineux étaient complètement abolis. Les deux bras et la jambe droite pendaient inertes; en les saisissant, on n'éprouvait aucune difficulté soit pour les étendre, soit pour les fléchir. La jambe gauche, au contraire, était maintenue dans l'extension forcée. De même les pieds, surtout le gauche, étaient fortement étendus et portés un peu en dedans par une rétraction des muscles du mollet, qui avait produit une sorte de pied bot équin avec flexion de tous les orteils. Quand on essayait de redresser les pieds ou les orteils, on causait des douleurs atroces dans les mollets, mais on ne produisait pas cette trépidation qui a été nommée *épilepsie spinale*. Les doigts des mains, excepté les pouces, étaient dans la demi-flexion. Tous les muscles paralysés avaient diminué de volume. Quelques-uns paraissaient complètement atrophiés. Au dire du malade, qui est des plus intelligents, on considéra sa maladie comme un cas d'atrophie musculaire progressive.

Cependant, au bout de quatre ou cinq mois, en même temps que les douleurs de reins diminuaient, les divers mouvements de la colonne vertébrale redevenaient faciles. Puis cet homme put mouvoir un peu ses bras et ses jambes.

Alors seulement, on explora, à l'aide de l'électricité, la contractilité des muscles. Ceux des bras se contractaient à peine sous l'influence du courant faradique. Quant à ceux des membres inférieurs, bien que le malade pût déjà les faire mouvoir volontairement dans une certaine mesure, ils se montraient complètement rebelles à l'excitation électrique.

Vers le septième mois, les mouvements des membres supérieurs étaient redevenus assez libres pour que le malade pût se servir de ses mains. Il pouvait aussi remuer ses jambes; l'extension forcée de la jambe gauche avait cessé; mais la marche était impossible, surtout à cause de la douleur vive que causaient encore la pression du pied sur le sol et tout essai de relèvement du pied. Ce fut seulement au bout de vingt mois, qu'en conservant encore son pied bot équin, le malade put marcher à l'aide de béquilles.

Le 1er avril de cette année, il fut transféré de l'hôpital Necker à l'hôpital Laennec, où il prit place parmi les chroniques.

Depuis lors, l'amélioration n'a pas cessé de faire des progrès. Le 1er avril, les deux mains donnaient également une pression de 28 au dynamomètre; aujourd'hui, la main droite atteint 40 et la gauche 50. Les pieds se sont peu à peu redressés, surtout le droit. Du côté gauche, les orteils sont toujours fléchis et le talon n'appuie pas sur le sol. Le malade marche sans béquilles, mais d'une façon peu régulière, un peu saccadée et sautillante.

L'atrophie musculaire, qui était encore, lors de son entrée à Laennec, comme on peut le voir sur le moulage qui a été pris à cette époque, considérable tant à la jambe qu'à la cuisse, a presque entièrement disparu. Les bras sont, paraît-il, aussi forts que jamais; cet homme peut soulever des poids très-lourds. Les régions thénar et hypothénar ont repris du relief aux deux mains. Seuls, les interrosseux restent extrêmement grêles. Tous les mouvements des doigts sont possibles, sauf l'extension complète de ceux de la main droite.

Voilà donc un malade déjà presque guéri.

Peut-on, cliniquement, assimiler à l'atrophie musculaire progressive, toujours définitive sur les points qu'elle frappe, une maladie de cette sorte, dont les atteintes sont temporaires, qui laisse les muscles revivre, après les avoir presque détruits? Duchenne (de Boulogne) ne l'a pas pensé.

Pour le diagnostic différentiel, il résume le tableau de la *paralysie générale spinale antérieure subaiguë* dans les termes suivants :

1° Parésie en masse des muscles moteurs d'un membre ou d'une portion de membre, augmentant peu à peu dans certains muscles, jusqu'à la paralysie complète;

2° Bientôt après, atrophie en masse des muscles atteints par l'affaiblissement, et diminution à des degrés divers de leur contractilité électrique;

3° Extension plus ou moins grande ou plus ou moins rapide de la paralysie et de l'atrophie aux autres membres et au tronc.

Et puis, marche rétrograde, après un certain temps.

« Maintenant, ajoute-t-il, la confusion devient impossible si l'on se rappelle que l'atrophie musculaire progressive vraie n'est jamais précédée ni accompagnée de parésie ou de paralysie; qu'elle atteint les muscles isolément, partiellement, successivement et de la manière la plus irrégulière; que le mouvement est aboli seulement dans la période ultime de l'atrophie; qu'elle est fatalement progressive; enfin, que la contractilité musculaire reste normale », c'est-à-dire reste normale dans toutes les fibres musculaires encore non détruites.

Ce sont donc bien là deux maladies aussi distinctes que possible par leur pronostic et par leurs symptômes, non moins distinctes entre elles que par rapport à la paralysie spinale aiguë, qui en quelques jours a complété tous les ravages qu'elle doit faire, puis s'arrête, et même rétrograde.

Mais, dira-t-on, l'identité de siège, qui paraît ici presque démontrée, n'implique-t-elle pas l'identité de nature? Pas le moins du monde, car elle n'implique pas l'identité de processus. Nous ne connaissons pas tous les genres de lésions que peuvent atteindre les éléments de la substance grise de la moelle épinière. Il en est même qui peuvent échapper à l'examen microscopique. M. Déjérine, dans sa thèse, insiste longuement sur ce point.

Paralysie ascendante, — maladie de Landry.

Maintenant il est bon de dire quelques mots, au point de vue du diagnostic différentiel, de la paralysie ascendante, ou maladie de Landry, dont M. Déjérine a publié deux nouvelles observations avec autopsie.

C'est une maladie progressive, apyrétique, à marche rapide, qui se termine, en quelques jours, par la mort.

Voici le résumé que M. Déjérine donne de ses deux observations :

Le premier malade, « sans antécédent pathologique aucun, entra à l'hôpital pour un certain degré de faiblesse des jambes, dont il se plaignait depuis deux jours ; cette faiblesse de la motilité était si peu apparente que l'on crut d'abord à la simulation. Au bout de quelques jours, on constata l'apparition d'un léger état choréique dans l'exécution des mouvements ; puis, brusquement, sept jours après son entrée, le malade est pris de paraplégie, qui, d'abord légère, devient absolue, remonte, gagne le tronc et les membres supérieurs, et le tue, au bout de sept jours, par asphyxie.

Pendant toute la durée de la maladie, la sensibilité reste absolument normale ; pas de troubles trophiques cutanés, rien du côté des sphincters. Pas de fièvre, sauf le dernier jour. Diminution très-nette de la contractilité électrique. »

Le second malade, « jusqu'alors bien portant, entre à l'hôpital pour des douleurs des membres inférieurs ; il est pris rapidement de paraplégie, puis la paralysie remonte, gagne le tronc et les membres supérieurs, et le tue, en quatre jours, par asphyxie ».

L'état de la contractilité électrique n'a pas été recherché dans ce cas. Landry l'avait trouvée normale dans ceux qu'il avait observés. Et Duchenne (de Boulogne), admettant comme vraie cette assertion, voyait là un moyen de diagnostic différentiel avec la paralysie spinale, qui rend rapidement les muscles rebelles aux excitations électriques.

A l'autopsie de ces deux malades, M. Déjérine n'a pu découvrir aucune lésion dans les centres nerveux. Mais dans les racines antérieures et dans les nerfs quelques fibres avaient éprouvé une altération analogue à celle qu'on observe dans le bout périphérique d'un nerf sectionné.

Il est donc extrêmement probable (et il est tout prêt à l'admettre malgré le résultat, négatif à ce point de vue, des autopsies), que quelques-unes des grosses cellules des cornes antérieures de la substance grise, cellules qui entretiennent la vie dans les fibres nerveuses motrices qui en proviennent, ont dû être atteintes dans leur fonctionnement, sinon dans leur substance.

Faut-il donc faire rentrer purement et simplement cette autre espèce comme variété dans les paralysies spinales qui ont le même siège anatomique? Faut-il y voir une myélite aiguë des cornes antérieures à marche envahissante? M. Déjérine s'attache à combattre cette opinion, en insistant surtout sur l'absence de lésion visible dans la substance grise de la moelle épinière. Une myélite aiguë, franchement inflammatoire, produirait plutôt des lésions appréciables au microscope.

Cet argument repousse en effet l'hypothèse d'une myélite inflammatoire proprement dite et suraiguë. Mais les paralysies spinales, notament celles qui guérissent, au moins dans une certaine mesure, ont-elles toujours pour cause une lésion profonde des cellules nerveuses, telle qu'en pourrait produire une phlegmasie aiguë? Ce n'est pas encore démontré.

Nous rappellerons même que M. Charcot doute de la nature phlegmasique des lésions des cellules des cornes antérieures dans la paralysie dite *spinale de l'enfance*, et la maladie analogue de l'âge adulte.

Transfusion directe de sang vivant.

A la fin de sa dernière leçon clinique, M. Richet a donné la parole à M. le docteur Roussel (de Genève), pour exposer sa méthode de transfusion directe du sang vivant et la manœuvre de son transfuseur « qui est certainement le seul, a dit l'éminent professeur, avec lequel on puisse faire une transfusion exacte et complète ».

Nous ne reviendrons pas sur des détails déjà donnés dans la *Gazette des hôpitaux*, notamment dans le numéro du 18 février dernier, mais, depuis lors, M. Roussel a apporté à son appareil un perfectionnement qui mérite d'être connu, car il permet de faire au donneur de sang une saignée classique à main libre.

En voici donc la description, d'après la note que nous a remise à ce propos M. Roussel :

Quelques chirurgiens des hôpitaux de Paris ont montré une certaine hésitation à vouloir se servir de la lancette cachée dans l'intérieur de l'instrument. Pour obvier à cette critique, j'ai quelque peu modifié l'instrument et le manuel opératoire.

J'ai fait construire une pièce à peu près de la même forme que le porte-lancette, et qui sert, comme lui, d'obturateur à l'ouverture supérieure du cylindre, mais sa tige mobile porte un tampon au lieu d'une lame de lancette; la tige peut s'abaisser et elle peut rester fixée dans cette position, par l'accrochement d'un clou à baïonnette. Lorsqu'on décroche ce clou, la tige se relève, et le tampon remonte dans le haut du cylindre.

Voici l'utilité de ce perfectionnement et son emploi :

On pratique sur la veine turgide du donneur de sang une saignée avec la lancette ordinaire, et aussitôt, on coiffe le jet de sang avec la ventouse ; dans son cylindre, on fixe le tampon qui vient s'appuyer sur l'ouverture de la veine, et arrêter le jet de sang, par compression, absolument comme le ferait le bout du doigt ; puis, lorsque la manœuvre de l'eau a chassé l'air contenu dans l'appareil, ainsi que les premières gouttes de sang qui ont subi le contact de l'air, et lorsque la canule efférente est introduite dans la veine du blessé, il suffit de décrocher le tampon, qui se relève et laisse libre passage au jet de sang.

Avec ce perfectionnement, il ne reste plus rien d'incertain; on peut faire la saignée aussi large qu'il le faut, et l'on est assuré d'avoir, dans le transfuseur, une abondante circulation de sang.

— Le professeur Panum était présent à cette leçon ; il a demandé à M. Roussel pourquoi il n'employait pas le sang défibriné, bien plus facile à injecter, et qui, dans les expériences de laboratoire, lui a paru donner de bons résultats physiologiques.

Il a ajouté que l'instrument de M. Roussel lui paraissait fidèle, mais difficile à laver après l'opération ; qu'on n'est pas certain qu'il ne contienne quelques microbes; tandis que, lorsqu'on emploie une seringue et des tubes de verre pour l'injection de sang défibriné, il est facile, en flambant au feu les instruments de verre, de détruire les microbes.

A ces objections, M. Roussel a répondu : « Le lavage du transfuseur est facile et complet, par le passage d'un courant d'eau chaude chargée d'un peu de soude, exécuté aussitôt après la transfusion, lorsque l'instrument contient du sang liquide sans aucun caillot; d'ailleurs, toutes les pièces de l'instrument se démontent et peuvent être lavées et désinfectées séparément. Je n'admets aucun tube de

verre; parce que le sang se refroidit et se coagule instantanément, contre toute pièce de verre ou de métal. Quant aux microbes et poussières atmosphériques, c'est justement pour en préserver d'une façon certaine le sang transfusé, que j'emploie un instrument clos de toute part; on est beaucoup plus exposé aux microbes et poussières pendant la défibrination, pour laquelle il faut recueillir le sang dans un vase, le battre longtemps avec un balai de bois afin d'en retirer la fibrine, puis le filtrer et le réchauffer avant de le prendre dans la seringue à injection.

« C'est parce que M. Panum n'a pas pu employer du sang complet, et parce que la fibrine se coagulait incessamment au contact de l'air, qu'il a imaginé d'extraire cette fibrine en la déclarant inutile. M. Panum n'a pas employé l'injection de sang défibriné dans la clinique humaine, mais tous ceux qui l'ont essayée y ont rapidement renoncé. Entre autres M. Neudörfer, chirurgien-chef des armées autrichiennes, qui a fait pendant les guerres plus d'une centaine d'injections de sang défibriné sur des blessés, a publié qu'il n'en n'a jamais obtenu aucun effet utile et durable; qu'il n'a jamais pu sauver la vie d'aucun opéré, et, qu'il a renoncé absolument à l'injection de sang défibriné aussitôt qu'il a connu une méthode permettant d'opérer la transfusion directe du sang complet, sans aucun danger de coagulation. »

Les résultats obtenus dans le laboratoire, pendant les études physiologiques sur les animaux, doivent céder le pas aux succès obtenus en clinique sur les malades et blessés, M. Panum l'a reconnu lui-même.

Jaborandi contre la pleurésie.

A propos d'un fait de pleurésie guérie par la pilocarpine, que nous avons publié dans notre Revue clinique du 8 juillet, M. le docteur Dufour (de Fécamp) nous écrit qu'il a employé avec succès, dans un cas semblable, le jaborandi, beaucoup moins cher que son principe actif.

Il avait été appelé, le 4 février 1882, pour voir un enfant de six ans, de constitution très-délicate, de tempérament lymphatique ou même scrofuleux, qui toussait depuis la veille, était oppressé et accusait un point de côté, à droite.

De ce côté, on constata tous les signes d'une pleurésie évidente, matité jusqu'à l'angle de l'omoplate, abolition des vibrations vocales, inspiration soufflée à l'angle de l'omoplate, souffle pleurétique au-dessous, égophonie parfaite, langue chargée, fièvre, pouls fréquent. (Traitement : vésicatoire, lait, bouillon.)

Le surlendemain, même état à droite; à gauche, épanchement en nappe. (Vésicatoire à gauche; alimentation liquide fortifiante : lait, jus de viande, bouillon.)

Malgré les vésicatoires, l'épanchement ne diminue pas. La fièvre persiste, le tracé qui en est pris varie entre 38 et 39 5/10.

Le 16 février, treize jours après le début, vu l'état général qui lui faisait craindre la transformation purulente de l'exsudat, M. Dufour administre 4 grammes de jaborandi en infusion.

L'enfant en avait à peine pris la moitié qu'il est en proie à des sueurs profuses (pas de ptyalisme). M. Dufour croit que ce fait se produit fréquemment avec le jaborandi, tandis que la pilocarpine, outre la sudation, fait beaucoup cracher.

Le 17 au matin, percussion normale, respiration revenue des deux côtés. Le 18, même état d'amélioration. Le 20, id.; l'enfant se lève.

Un régime sévère, fortifiant, rend ses forces au petit malade, qui ne tarde pas à sortir et à reprendre son activité passée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 19 juillet 1882. — Présidence de M. L. Labbé.

COMMUNICATIONS

Amputations. — M. **DESPRÈS** présente deux malades, l'un qui a été opéré par M. Le Fort, suivant son procédé, l'autre auquel il a lui-même pratiqué une amputation sous-astragalienne. Il résulte de l'examen comparatif de ces deux amputés que les résultats du procédé de M. Le Fort sont de beaucoup supérieurs à ceux de l'amputation sous-astragalienne. Il faudra donc recourir à ce procédé toutes les fois que cela sera possible.

Kystes ovariques, injections iodées et ovariotomie. — M. **LE FORT**, à l'occasion de la malade présentée dans la dernière séance par M. Després, dit qu'il croit que cette malade aurait pu guérir à la suite d'une simple ponction, sans injection iodée. Il rappelle qu'en 1863, pendant qu'il remplaçait M. Denonvilliers, alors que l'ovariotomie était encore considérée comme une opération très-grave et très-rarement applicable, il reçut dans son service une malade atteinte d'un kyste uniloculaire. Il fit une simple ponction exploratrice qui donna issue à un liquide citrin, se proposant de faire plus tard une nouvelle ponction avec injection iodée si le liquide se reproduisait. Mais le liquide ne se reproduisit pas, et six ans après, en 1869, M. Le Fort revit cette malade, qui était restée guérie. Une seule ponction avait donc suffi pour amener une guérison définitive. Il faut donc toujours commencer par là dans les cas de kyste uniloculaire à contenu séreux. Dans quelques cas exceptionnels, une seule ponction pourra suffire pour amener la guérison.

M. **TRÉLAT** partage l'avis exprimé par M. Le Fort. Contrairement à M. Lucas-Championnière, qui déclare que chaque fois qu'un kyste ovarique peut être enlevé il faut pratiquer l'ovariotomie, M. Trélat pense que lorsqu'un kyste ovarique se trouve exceptionnellement dans des conditions de guérison spontanée, pourvu qu'on le vide, ce serait pousser trop loin le zèle chirurgical que d'en pratiquer l'ablation. Mais lorsqu'il est démontré, après une ou plusieurs ponctions, que le kyste tend à repulluler, il faut l'enlever ou pratiquer une injection iodée. Enfin, il faut tenir grand compte, au point de vue de l'intervention, de la distinction à établir entre les kystes ovariques et les kystes paraovariques.

M. **DUPLAY** partage l'opinion exprimée par MM. Le Fort et Trélat. Il est évident que la malade de M. Després aurait guéri après une seule ponction, car il s'agissait, dans ce cas, d'un kyste paraovarique. Or, depuis quelques années, M. Duplay a eu l'occasion de rencontrer une dizaine de ces cas, qui ont tous guéri par une simple ponction. Il en est quelques-uns qui ont guéri après deux et trois ponctions. Quant à l'injection iodée, outre qu'elle peut être inutile, dans ces cas elle n'est pas exempte de dangers; il y a eu des cas où elle a déterminé de graves accidents, et M. Duplay a guéri, par l'ovariotomie, une malade qui avait failli succomber à la suite d'une injection iodée. Toutefois, M. Lucas-Championnière va trop loin, selon M. Duplay, quand il prétend qu'il faut *toujours* pratiquer l'ovariotomie.

M. **TERRIER** ne partage pas l'opinion de ses collègues sur le cas de M. Després. D'ailleurs, M. Després n'a pas donné de renseignements suffisants sur la nature, l'examen chimique et histologique du liquide qu'il a extrait. M. Terrier a vu des cas analogues, dans lesquels on avait affaire à un kyste uniloculaire à contenu séreux; peu de temps après on découvrait une nouvelle poche et, en réalité, on avait affaire à un kyste multiloculaire. Il se peut que la malade de M. Després voie ainsi un nouveau kyste

se développer, car il n'est pas sûr qu'il s'agisse d'un de ces kystes paraovariens. M. Terrier rappelle un cas analogue qu'il a observé avec M. Nicaise, et pour lequel il a suffi de deux ponctions pour obtenir une guérison définitive et qui ne s'est pas démentie depuis plus de quatre ans. Quoi qu'il en soit, il ne faut jamais recourir à l'injection iodée ; si le liquide se reproduit après une ou deux ponctions, il vaut beaucoup mieux recourir d'emblée à l'ovariotomie, bien moins dangereuse aujourd'hui que l'injection iodée.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. Il est évident qu'il faut toujours pratiquer une ponction avant de faire l'ovariotomie, cette ponction étant d'ailleurs indispensable pour établir le diagnostic. Encore, la plupart du temps, celui-ci n'est-il rigoureusement exact qu'après l'ouverture de l'abdomen, alors qu'on tient le kyste entre les mains. Dans deux cas analogues à celui de M. Desprès, M. Lucas a vu le liquide se reproduire et a été obligé de pratiquer l'ovariotomie, d'ailleurs bien moins dangereuse que l'injection iodée. Le cas de M. Le Fort est absolument exceptionnel. Il faut ajouter que, même dans les kystes paraovariens, l'ovaire est toujours altéré, de telle sorte que lorsqu'on pratique l'ablation du kyste il faut toujours enlever cet ovaire. Même dans ces cas donc, l'injection iodée ne saurait mettre sûrement à l'abri, comme l'ovariotomie, de la repullulation du kyste. Or, en présence d'un kyste qui persiste après une ponction, il n'y a qu'une chose à faire: pratiquer le plus tôt possible l'ovariotomie, qui est aujourd'hui une opération réellement bénigne et qui donne une mortalité extrêmement faible. Revenir aux injections iodées pour le traitement radical de ces kystes, c'est revenir aux diligences.

M. VERNEUIL. Il y a deux questions en présence: celle de l'injection iodée et celle de l'ovariotomie. J'ai rencontré, quant à moi, un cas identique à celui de M. Le Fort. C'était en 1865 ; une femme se présenta à Lariboisière portant un énorme kyste ; je pratiquai la ponction ; il sortit un liquide absolument semblable à celui des kystes hydatiques. Deux ans après, je revis cette malade ; elle était restée guérie. Elle m'amenait une autre malade dans les mêmes conditions, qui fut guérie de la même façon. Ce sont les deux seuls cas de ce genre que j'aie rencontrés. Je décrivis plus tard ces kystes dans un mémoire que je fis sur les kystes de l'organe de Rosen-Muller. Fort de cette expérience, je ne ferai plus d'injections iodées dans ces kystes paraovariens, d'autant moins qu'ils ont en général une paroi très-mince et que l'injection d'un liquide irritant en devient d'autant plus dangereuse. Il faut donc pratiquer d'abord une ponction, puis attendre ; si le kyste se reproduit, nouvelle ponction, et s'il persiste après plusieurs ponctions, pratiquer l'ovariotomie, de beaucoup préférable ici à l'injection iodée.

M. TRÉLAT. Après les faits de MM. Duplay, Le Fort et Verneuil, après le mémoire de M. Panas sur les kystes paraovariques, après l'opinion formellement exprimée par Spencer Wells sur la nécessité de ces ponctions initiales, après ces quelques faits, si rares soient-ils, de guérison spontanée de ces kystes après une simple ponction, nous restons en désaccord avec M. Lucas sur ce point: qu'en présence de certains kystes de la région paraovarienne, d'ailleurs très-rares, je dis qu'il faut tout d'abord ponctionner, puis attendre, revenir à une seconde ponction si le liquide se reproduit, et ne recourir à l'ovariotomie que lorsqu'on est bien convaincu de la persistance de la repullulation du kyste.

M. DUPLAY. Il est impossible de considérer comme exceptionnelle une maladie qu'un seul chirurgien a rencontrée plus de dix fois dans l'espace de quelques années. Il y a des chirurgiens qui n'admettent que les kystes de l'ovaire et les kystes du ligament large, et qui pratiquent toujours l'ovariotomie. C'est là une mauvaise division et une thérapeutique défectueuse. Il faut toujours recourir préalablement à la ponction, et cela d'autant plus que, dans ces kystes dits du ligament large, l'ovariotomie présente une certaine gravité opératoire qu'elle n'a pas pour les kystes purement ovariques.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. Il s'agit de savoir si, après une première ponction dont nous reconnaissons tous l'utilité, il est indiqué de la renouveler avant de recourir à l'ovariotomie. Je ne suis pas de cet avis, l'ovariotomie étant d'autant plus bénigne qu'elle est pratiquée plus tôt. Si l'on parle de cas rares, je rappellerai un cas de Broca où le kyste s'est résorbé sans même avoir été ponctionné. Ces cas exceptionnels ne sauraient entrer en ligne de compte. Il est vrai que la pédiculisation dans l'ablation des kystes du ligament large présente quelques difficultés, mais aussi dans ces cas l'ovariotomie est encore moins dangereuse que l'injection iodée.

M. DESPRÈS rappelle que dans son cas il s'agit d'une Auvergnate qui depuis l'âge de seize ans se faisait traiter par les médecins de son pays. Un chirurgien de Clermont lui fit une première ponction et retira vingt-deux litres du liquide citrin. Le liquide se reproduisit. La malade entra dans mon service, où elle subit, en septembre 1881, une seconde ponction simple : encore vingt-deux litres de liquide séreux, très-légèrement poisseux. Après la ponction, la palpation permet de sentir une poche à parois très-épaisses. Je laisse le kyste se remplir de nouveau à moitié, puis je fais une troisième ponction, suivie d'une injection iodée avec la solution de Boinet. Repullulation du kyste ; alors seconde injection, cette fois, de teinture d'iode pure ; coagulation, guérison définitive ; la malade est présentée six mois après.

Il y a plus d'observations de guérison par l'injection iodée que ne semble le croire M. Lucas-Championnière. Sans doute cette malade aurait guéri aussi par l'ovariotomie ; sans doute vous allez plus vite avec l'ovariotomie, mais si la malade meurt, c'est le couteau qui l'a tuée. Il est vrai que la mortalité par l'ovariotomie est infiniment plus rare aujourd'hui qu'autrefois ; mais il suffit qu'il n'y en ait qu'une sur mille pour qu'on doive en tenir compte. Je suis de l'avis de M. Lucas sur la difficulté du diagnostic des kystes de la région ovarienne avant la ponction et même souvent avant l'ovariotomie. Les kystes dont a parlé M. Verneuil, donnant du liquide comme de l'eau de roche, n'ont jamais été des kystes ovariques. Ce sont des kystes hydatiques. Velpeau a guéri un kyste suppuré de l'ovaire avec une seule ponction. Mais c'est là un fait exceptionnel.

M. Desprès maintient tout ce qu'il a dit relativement aux avantages de l'injection iodée.

M. TERRIER. Les renseignements que vient de donner M. Desprès permettent d'affirmer qu'il s'agissait, dans son cas, d'un kyste uniloculaire de l'ovaire et non d'un kyste paraovarien. Il aurait dû examiner chimiquement et histologiquement le liquide de ce kyste. MM. Malassez et de Sinety ont fait, sur ce sujet, des travaux qui permettent aujourd'hui de préciser le diagnostic de ces kystes. L'ovariotomie aurait tout aussi bien guéri la malade de M. Desprès. L'ovariotomie et l'injection iodée sont deux opérations graves, mais l'ovariotomie a sur l'injection iodée l'avantage d'assurer bien mieux la guérison définitive.

M. POZZI fait observer qu'en effet avec l'injection iodée on n'est pas sûr d'obtenir une guérison définitive. En outre, un kyste peut être uniloculaire chirurgicalement, mais multiloculaire anatomiquement, en ce sens que sur la paroi de la poche unique se trouve parfois un petit kyste qui peut se développer ultérieurement. C'est ce que M. Malassez a pu constater sur un kyste enlevé récemment par M. Pozzi. Cette considération doit entrer en ligne de compte dans le parallèle entre l'injection iodée et l'ovariotomie.

M. MARC SÉE. Les kystes à parois épaisses ne sont pas ceux dans lesquels l'injection iodée peut être le plus favorable, si l'on s'en rapporte à ce qui a lieu pour l'hydrocèle. Quant à ces petits kystes supplémentaires dont a parlé M. Pozzi, ils ne se développent pas toujours ultérieurement.

M. DESPRÈS n'accorde pas une grande confiance aux signes diagnostiques fournis par les chimistes et les histologistes. Il persiste à déclarer qu'on n'est bien sûr du siège et de la nature d'un kyste ovarique que lorsqu'on le tient dans la main.

Transfusion du sang. — **M. ROUSSEL** lit une note sur les modifications qu'il a fait subir à son transfuseur direct. — Voir plus haut. (Commis-sion : MM. Duplay, Pozzi et Marchand.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

Appareils orthopédiques de MM. Rainal frères (1)

VIII

Fractures de cuisse. — Cette gouttière (fig. 42) offre les mêmes dispositions que les gouttières pour fractures de jambe ; elle

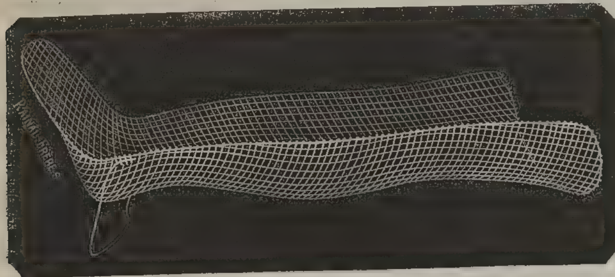


Fig. 42.

monte jusqu'à l'ischion du côté interne et embrasse l'articulation coxo-fémorale du côté externe.

Fractures de cuisse. — Gouttière a extension continue. — Cette gouttière (fig. 43) embrasse le membre tout entier, depuis sa partie inférieure jusqu'à l'ischion où il prend un point d'appui. L'extension est faite par un système de traction obtenue au moyen



Fig. 43.

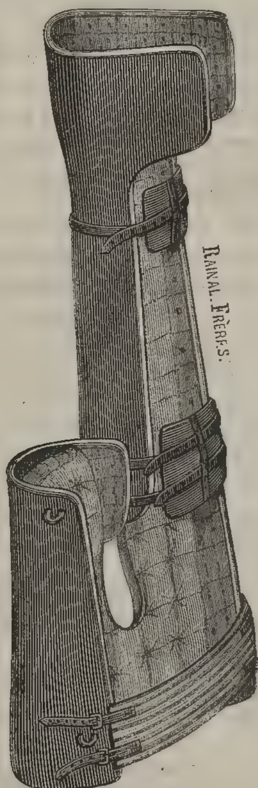


Fig. 44.

d'un ressort à boudin s'enroulant sur deux fils de fer, fixés par deux lanières à une guêtre enveloppant le cou-de-pied et les malléoles. Ce moyen d'extension est moins puissant que celui obtenu avec le treuil, mais il a l'avantage d'être continu et de pouvoir être augmenté à volonté.

Fractures de la cuisse a la partie supérieure. — Gouttière de M. le professeur Richet. — Cette gouttière (fig. 44) est une modification de la gouttière Bonnet. On l'emploie dans les cas de fractures de cuisse à la partie supérieure et aussi dans quelques cas de fractures du col de fémur ; elle embrasse et immobilise le bassin et tout le membre malade, tout en laissant libre le côté sain.

Gouttière pour la partie supérieure de la cuisse. — Cette gouttière (fig. 45) est employée dans les plaies de la cuisse et aussi dans quelques cas de fractures. On peut ménager une ouverture pour le pansement de la plaie sans qu'il soit besoin de déplacer le membre ; cette disposition peut s'appliquer à toutes les gouttières.

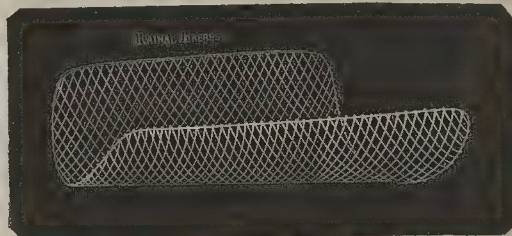


Fig. 45.

(1) Suite. — Voir le numéro du 13 juin 1882.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 20 juillet 1882, M. Friant, docteur ès-sciences, est nommé professeur de zoologie à la Faculté des sciences de Nancy.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Dubois, médecin de la marine à Toulon, et de M. le docteur Coudereau, vice-président de la commission des logements insalubres, qui vient de succomber à la suite d'une courte maladie.

— La onzième session du Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences aura lieu du 24 au 31 août, à La Rochelle.

Parmi les communications qui doivent être faites pendant le cours de cette session, nous relevons celles qui intéressent plus particulièrement la section de médecine, présidée par M. le professeur Azam (de Bordeaux).

Ce sont :

MM. Apostoli. — Du traitement électro-thérapeutique du vomissement.

Azam. — La double conscience ; état actuel de Félida X.

Bocquillon. — 1° Les thés du commerce ; 2° Contribution à l'étude de verbenacées.

Boucheron. — 1° De la surdi-mutité par otopiesis, nouvelles observations de guérison ; 2° De l'extraction des bulbes des cils contre le trichiasis.

Bouchut. — De l'anesthésie dans le croup.

Bourru (Henri). — 1° Sur une épidémie de variole existant à Rochefort depuis 1880 ; 2° Sur la fièvre jaune dans les colonies de la côte occidentale d'Afrique, son origine, les moyens de la prévenir.

Bucquoy (de Perpignan). — 1° Les menthes de France ; 2° L'herbier du jeune botaniste ; 3° La renoncule, le trèfle et le cypéracus d'Europe ; 4° Présentation d'albums de botanique.

Burot. — Sur les névropathies.

Bertrand (C.-Eg.). — Observations sur l'organisation des cours et des laboratoires de botanique dans l'enseignement supérieur.

Carret (Jules). — 1° Effet du goîtrisme ; 2° La cause du goître.

David. — De la distribution des eaux thermales dans le bassin de la Méditerranée.

Delavaud (Ch.). — Note sur l'hydrologie des environs de Rochefort.

Fines. — Climat du Roussillon d'après trente-huit années d'observations.

François-Franck. — 1° Sur quelques points de la physiologie

normale et pathologique du système veineux ; 2° Sur la reproduction expérimentale de quelques affections valvulaires du cœur; étude de pathologie comparée.

Galezowski. — Les troubles visuels observés chez les femmes pendant l'allaitement.

Gayat-Wecker. — Observations d'hygiène oculaire.

Gayet.—De la distribution des cataractes dans la région lyonnaise.

Geay. — Contribution à l'étude de l'hydrométrie.

Habran. — De l'arrêt de développement des membres de l'enfant consécutif à une périostite d'un segment du membre.

Henrot (Henri). — 1° Des lésions du système nerveux dans le myxœdème ; 2° Du traitement des maladies broncho-pulmonaires par les inhalations pulvérulentes anseptiques.

Jacquemet. — 1° Hygiène de la vue dans les classes; 2° Influences directes ou indirectes qui compromettent l'intégrité anatomique ou fonctionnelle des yeux ; 3° Mécanismes générateurs de la myopie et du strabisme chez les écoliers ; 4° Séméiotique basée sur les qualités et les états des téguments et de la cornée, pour le pronostic des opérations et de leurs suites dans l'extraction de la cataracte.

Lantier. — 1° Le traitement balsamo-pneumatique contre la nocivité fermentative ou catalytique d'éléments microscopiques figurés ou non figurés quand ils viennent à agir sur les tissus animaux dénudés ; 2° Mémoire avec un dessin d'appareil pour l'analyse optique des humeurs virulentes et des matières organiques à l'état stable ou en voie de décomposition ; 3° La digitale blanche (*digitalis candida*).

Leguay. — De la salubrité des logements collectifs.

Lichtenstein. — Sur le dosage de l'acide salicylique dans les substances alimentaires.

Martin (G.). — Sur la cause la plus fréquente de cécité chez les habitants des campagnes.

Masse. — 1° Des greffes iriennes ; 2° Empoisonnement par les gouttes amères de Beaumé ; 3° De l'électrodactylie.

Musgrave-Clay. — De l'emploi du seigle ergoté dans quelques affections osseuses.

Nicaise. — Les amputations sous-périostées.

Ollier. — De la conservation de la main par l'ablation des os du carpe et la résection radio-carpienne.

Petit (L.-H.). — Note sur l'étiologie de la variole hémorrhagique.

Pineau. — De la suette miliaire chronique.

Prompt. — De l'expérience de Scheiner envisagée dans ses rapports avec la théorie de l'accommodation.

Pros. — Réflexions sur la méthode des tractions dans les accouchements difficiles à propos d'un appareil obstétrical.

Quinquaud. — 1° Mode de formation d'alcaloïdes dans le protoplasma ; 2° L'anatomie pathologique chimique.

Ragona. — L'hiver de 1881-1882.

Reignier. — De l'hémorrhagie cérébrale épidémique ; étiologie.

Rivière (Émile). — Un appareil de prothèse chirurgicale à l'époque gallo-romaine.

Schlumberger. — Sur le rôle des acides antiseptiques dans la formation des sels dont la base a un emploi médicinal.

— La Société nationale d'agriculture de France a tenu, avant-hier mercredi, sa séance publique annuelle sous la présidence du ministre de l'agriculture. Parmi les lauréats, nous devons citer les noms de M. le docteur Willems à Hasselt, dans le Limbourg belge, qui a remporté la grande médaille d'or, de M. le docteur Nocart, professeur de pathologie chirurgicale à l'École vétérinaire d'Alfort, de M. Lechartier, professeur à la Faculté des sciences de Rennes, auxquels la Société a décerné une médaille d'or ainsi qu'à M. Rossignol, vétérinaire à Melun.

— M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle, fera une excursion géologique publique du jeudi 3 au vendredi 11 août 1882, dans les environs d'Autun et dans le Bourbonnais. Uue réduction de 50 p. 100 sur le prix des places est accordée aux personnes qui s'inscriront au laboratoire de géologie avant le premier août, quatre heures du soir, et verseront le montant de la demi-place. — On trouvera au laboratoire, tous les renseignements relatifs à l'excursion.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la Maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Mittheilungen aus der ophthalmiatrischen Klinik in Tübingen, herausgegeben von Dr Albrecht NAGEL, ordentlichem Professor der Augenheilkunde und vorstande der ophthalmiatrischen Klinik and der Universität Tübingen. Drittes Heft, mit 3 lithographischen Täfeln und 8 Holzschnitten. In-8°. — Pr. : 3 m. 70. — Tübingen, 1882, H. Laupp.

Étude clinique sur l'absinthisme chronique, par le docteur GAUTIER. In-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 13165.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Verneuil.

Des tumeurs mixtes de la mamelle, à la fois bénignes et malignes avec engorgement ganglionnaire, et de leur pronostic.

Avant de procéder à l'opération que nous allons faire dans quelques instants, c'est-à-dire à l'ablation d'une mamelle et des ganglions voisins, ce n'est pas du procédé opératoire que je veux vous entretenir, mais bien d'une question beaucoup plus importante en réalité, de celle du pronostic.

Pour certaines tumeurs du sein, en effet, ce pronostic est parfois des plus difficiles à émettre avec quelque certitude. Il faut souvent se méfier des apparences de bénignité que certaines d'entre elles peuvent affecter, et il est nécessaire de les étudier macroscopiquement et microscopiquement, avant de se prononcer sur les chances de guérison qu'elles peuvent offrir par l'intervention d'une opération chirurgicale.

Quant à notre malade, voici son observation :

C'est une femme assez jeune qui a vu, il y a environ un an, une induration se développer dans la mamelle du côté gauche. Avant d'entrer dans notre service, elle a passé quelque temps dans un autre hôpital, où le médecin qui l'a soignée a cru devoir faire une ponction exploratrice dans une des petites bosselures fluctuantes de la tumeur. Il ne s'en est écoulé qu'un peu de sang. Mais bientôt la tumeur, aiguillonnée par cette petite opération, en a reçu comme une sorte de coup de fouet, et se développant rapidement, s'est trouvée en peu de temps à peu près triplée de volume.

Aujourd'hui, cette femme nous présente une tumeur de la mamelle volumineuse, inégale, bosselée, sans rétraction aucune de la peau, si ce n'est dans un tout petit point. dont je vous parlerai tout à l'heure. Les bosselures sont molles et légèrement fluctuantes, probablement comme celle qui a été ponctionnée il y a quelques mois par mon collègue des hôpitaux. Je m'attends à y rencontrer un peu de pus. La peau est lisse, sans aucune altération, sauf dans une toute petite étendue, à peine large comme une pièce de 5 francs, où elle est adhérente et revêt l'apparence d'une peau d'orange avec son pointillé. Les ganglions de l'aisselle correspondante sont engorgés. Notre malade, quoiqu'elle se dise bien portante, que sa santé ne lui semble pas altérée, est pâle, assez profondément anémique, en un mot elle n'a pas, à mes yeux, de bien bonnes apparences. Toutefois les grandes fonctions de l'économie ne paraissent pas troublées.

Les caractères de cette tumeur, auxquels j'oubliais d'ajouter une indolence à peu près absolue, tumeur développée chez une femme jeune, et à évolution rapide, sembleraient nous autoriser à émettre un pronostic bénin. En effet, notre premier diagnostic est celui d'une de ces tumeurs fibrokystiques de la mamelle qui guérissent très-bien lorsqu'elles sont enlevées en totalité. Mais les tumeurs fibro-kystiques n'engendrent pas d'engorgement ganglionnaire, quelque volumineuses qu'elles puissent devenir, — et j'en ai vu dont le poids variait entre 6 et 10 livres, atteignant même quelquefois ce dernier chiffre. — Chez notre malade, au contraire, les ganglions sont très-manifestement engorgés ; aussi nous trouvons-nous forcés par là à penser à l'existence d'un cancer. Cependant comment pouvoir y songer en présence d'une tumeur dont tous les caractères cliniques sont ceux d'une variété bénigne?

Je vais vous l'expliquer d'autant plus facilement que depuis quelques années j'ai eu l'occasion d'observer deux autres cas présentant une grande analogie avec le fait actuel.

Quand on examine la tumeur de notre malade, on reconnaît bien, il est vrai, chez elle, tous les caractères d'une bénignité parfaite dans toute son étendue ; mais en un certain point, dont je vous ai fait remarquer déjà tout à l'heure l'apparence de ce que j'ai appelé la peau d'orange et son piqueté tout spécial, nous trouvons une adhérence manifeste de la peau, tandis que partout ailleurs celle-ci est libre et lisse. Eh bien ! c'est cette partie, seule différente de toutes les autres, qui nous permet de dire en toute certitude que là il existe un point cancéreux.

Vous voyez tout de suite par là combien notre pronostic va se trouver modifié, combien il n'est plus en rapport avec les caractères en apparence bénins de notre tumeur. Loin de là, l'existence de ce tout petit point caractéristique du cancer sur une tumeur aussi vaste entraîne avec elle un pronostic des plus graves et d'une léthalité pour ainsi dire fatale. C'est à ce cinquantième de malignité toute spéciale

contre 49 cinquantièmes de bénignité que la malade doit l'engorgement ganglionnaire qui accompagne sa tumeur de la mamelle.

Ces faits méritent d'être signalés avec soin, car si l'on ne procédait pas à un examen rigoureux de tous les districts d'une tumeur en apparence bénigne dans la presque totalité de son étendue, on se tromperait gravement dans son pronostic.

C'est ainsi que, par un examen incomplet, nos maîtres d'il y a vingt ou trente ans mettaient en défaut tous les micrographes d'alors, découpant par petites tranches les tumeurs à étudier, et tandis que 49 parties confirmaient le diagnostic de tumeur bénigne, un cinquantième seulement s'élevait contre cette appréciation par ses caractères de malignité. Par suite un certain nombre de micrographes disaient blanc, tandis que les autres disaient noir, selon la tranche qu'ils avaient eu à étudier. Une tumeur doit donc être examinée dans sa totalité sous peine de ne fournir que des renseignements erronés.

Ces faits de tumeurs que j'appellerai des tumeurs mixtes, dans lesquelles on rencontre cette association bizarre d'éléments à la fois bénins et malins, ces faits, dis-je, ne sont pas très-connus. Du reste, ils ne sont pas nombreux encore dans la science, et probablement parce que beaucoup d'entre eux ont échappé à l'attention du chirurgien. Aussi ai-je tenu à vous en parler aujourd'hui quelque peu longuement.

Cependant ils ne sont pas très-rares et pour ma part en voici deux observations que j'ai pu recueillir depuis quelques années.

La première remonte à cinq ou six ans. Un jour une femme vient chez moi me consulter pour une tumeur considérable du sein, ayant tous les caractères d'une parfaite bénignité; la peau était très-saine, les bosselures fluctuantes, l'indolence absolue, le volume considérable, tandis que, comme vous le savez, les tumeurs cancéreuses sont d'habitude peu volumineuses. J'émets un bon pronostic et propose à la malade de l'opérer; tandis que son mari l'engageait vivement à une opération, la femme la redoutait; néanmoins elle se décide à entrer à l'hôpital. Ici je l'examine plus facilement et plus complètement que dans mon cabinet, et je reconnais la présence, en un point, d'une rougeur de la peau qui me paraît quelque peu suspecte. C'était la première fois que je constatais cette association, sur une même tumeur, de caractères bénins et malins. La malade fut opérée, et la tumeur examinée par M. Nepveu fut reconnue présenter des éléments nettement cancéreux.

La malade quitte l'hôpital, sa plaie à peu près complètement cicatrisée. Deux ou trois mois plus tard une récidive considérable s'était faite et la malade succombait en six semaines.

Ce fait avait vivement éveillé mon attention, lorsque, il y a trois ans, je fus appelé pour une jeune femme, fraîche, rose, paraissant jouir d'une bonne santé, si ce n'est qu'elle portait au sein gauche une tumeur tout à fait comparable à celle de notre malade d'aujourd'hui. Cette tumeur, qui datait déjà d'un assez long temps, s'était tout à coup accrue avec une grande rapidité dans les derniers temps. Je conseillai l'extirpation rapide, concluant à une bénignité parfaite, lorsque je remarquai un petit point situé à la partie inférieure de la tumeur, où la peau me parut suspecte. Aussi pratiquai-je une très-large ablation, de façon à ne rien laisser de suspect. La guérison ne se fit pas attendre, mais vers la fin de la convalescence la malade se mettait à tousser; cependant bien que très-sainement installée à Paris, elle crut prudent de partir pour la campagne; nous étions en plein été. La toux n'en fit pas moins de rapides progrès, s'accompagnant bientôt d'amaigrissement, de cachexie, et six semaines plus tard le poumon était rempli de noyaux cancéreux. La récidive s'était faite avec la plus grande rapidité dans l'organe pulmonaire, et lorsque au bout de cinq ou six mois cette pauvre jeune femme succombait, le cancer commençait aussi à récidiver localement au niveau de la plaie.

Quant à la malade que je vais opérer, sa tumeur, jusque-là bénigne et à évolution assez lente, a reçu, comme je vous l'ai dit, un véritable coup de fouet de certaine ponction. Aussi gardez-vous bien d'en jamais faire en pareil cas, car rien n'est plus funeste. Si cependant vous voulez vous assurer de la nature des bosselures et du liquide qu'elles renferment, ne pratiquez de ponction exploratrice qu'au moment même où vous allez procéder à une opération, soit que vous ayez affaire à un kyste que vous traiterez alors comme tel, soit que, reconnaissant une affection néoplasique, vous soyez décidé à l'opérer séance tenante; sinon la tumeur prendra rapidement les plus mauvaises allures.

HOPITAL COCHIN. — M. Bucquoy.

Péritonite granuleuse chronique.

Il y a sept jours aujourd'hui que nous avons perdu une jeune fille qui était entrée dans notre service quarante jours auparavant, pour une affection d'un diagnostic facile chez elle. Cette jeune fille, âgée de dix-huit ans, était couchée au nº 23 de la salle Saint-Jean. D'une constitution fort délicate, nous avons pu reconnaître, dès son entrée dans la salle, qu'elle était atteinte d'une péritonite chronique, de forme granuleuse, qui devait évoluer rapidement et se terminer par une mort prompte relativement, surtout si on la compare à la phthisie aiguë ou granuleuse.

Elle était malade seulement depuis un mois, nous disait-elle, de telle sorte que la maladie n'aurait pas duré plus de dix semaines environ. Orpheline presque de naissance, elle n'avait connu ni son père ni sa mère, et ne pouvait par suite nous fournir aucun renseignement sur la maladie qui les avait emportés, ni sur leurs antécédents morbides. Quant à elle, d'un aspect mièvre, d'une constitution favorable au développement de la tuberculose, elle s'enrhumait facilement, et, il y a un an environ, elle avait eu, disait-elle, une forte bronchite et avait craché un peu de sang.

Cependant elle n'avait conservé aucune trace de cette affection, lorsque, le 16 janvier dernier, elle commença à éprouver quelques douleurs dans le ventre, en même temps que celui-ci se tuméfiait, et bientôt elle se trouvait forcée de garder le lit. Bientôt aussi ces accidents se compliquaient de vomissements, fréquents d'abord, continuels ensuite, alimentaires seulement dans les premiers temps, alimentaires et bilieux, jaunâtres, un peu plus tard. La constipation du début cédait aussi la place, au bout de peu de temps, à de la diarrhée.

Enfin le facies s'altérait profondément, la jeune fille s'amaigrissait et s'anémiait, tandis que la température oscillait entre 38° et 39°. Il y avait de la céphalalgie et des verti-

ges, sans épistaxis. La langue devenait sale, saburrale, le ventre était ballonné et douloureux, il y avait du gazouillement dans la fosse iliaque ; la malade toussait et l'expectoration amenait des crachats striés de sang.

Au premier moment on eût peut-être pu songer à la fièvre typhoïde, mais on ne pouvait s'arrêter longtemps à pareil diagnostic, surtout en présence des signes fournis par la percussion et la palpation. La première, en effet, dénotait dans la partie inférieure de l'abdomen une certaine matité résultant de la présence d'un liquide épanché, tandis qu'au-dessus il y avait du météorisme. La palpation du ventre donnait aussi la sensation d'un certain degré d'empâtement.

De plus, la fréquence de plus en plus grande des vomissements alimentaires et bilieux, dont je vous ai parlé tout à l'heure, une fièvre peu intense, une température peu élevée, l'absence de taches lenticulaires, et le début des premiers phénomènes morbides remontant à un mois, devaient nous faire bien vite exclure toute pensée d'une fièvre typhoïde, pour nous faire diagnostiquer au contraire une péritonite chronique.

Enfin, l'examen de la poitrine contribuait aussi à nous confirmer dans cette dernière opinion, bien qu'il nous donnât seulement une respiration puérile au sommet gauche et des râles sibilants d'une bronchite légère, tandis qu'à droite le murmure vésiculaire était très-faible. Cependant, ainsi que l'autopsie nous l'a montré, il ne s'agissait là que d'une simple bronchite catarrhale.

Bientôt les vomissements devenaient incoercibles, résistant à tous les moyens employés en pareil cas, glace, potion de Rivière, etc.; la diarrhée s'accentuait à son tour, le ventre s'affaiblissait, le liquide épanché disparaissait, tandis que l'empâtement augmentait et une submatité remplaçait la sonorité tympanique de l'abdomen. Puis les phénomènes bronchiques du côté gauche s'étendaient au côté droit et se compliquaient d'un peu d'épanchement pleurétique. Enfin, dans les derniers jours, les accidents prenaient une intensité plus grande, il survenait des contractures et des crampes dans les extrémités inférieures ; deux crises violentes de dyspnée se déclaraient, et à la deuxième la malade succombait tout à coup.

L'autopsie a complètement confirmé le diagnostic, émis pendant la vie, de péritonite chronique à forme tuberculeuse.

En effet, toute la surface péritonéale était parsemée de granulations tuberculeuses, variant de la grosseur d'un grain de chènevis à celle d'une lentille, ainsi que de taches ecchymotiques, surtout vers le petit bassin. L'épiploon était devenu très-épais, épaisseur qui dépassait un centimètre ; il était assez fortement rétracté et farci de granulations tuberculeuses. Le mésentère et le mésocôlon, épaissis, étaient infiltrés de granulations tuberculeuses. Il existait des adhérences intimes, très-solides, du diaphragme avec le foie, résultant d'une péri-hépatite. Des masses granuleuses entouraient aussi le hile du foie et la vésicule biliaire. Cette localisation autour de l'organe hépatique et dans le voisinage de l'estomac explique la persistance des vomissements.

Les intestins n'ont pas été examinés ; il est probable que l'on y aurait rencontré des ulcérations nous rendant compte de la diarrhée incoercible des derniers jours.

Mais ce qui est fort curieux, c'est que les poumons étaient absolument intacts, il n'y avait qu'un peu de bronchite, sans aucune trace quelconque de tubercule. Par contre, nous avons trouvé une tuberculisation ovarienne caractérisée par des masses caséeuses, plus ou moins ramollies, prononcées surtout dans l'ovaire droit, et par des cavités, par des cavernes plus ou moins grandes. C'est même là le point de départ de la tuberculisation chez notre malade.

Le foie était aussi très-gros, en voie de dégénérescence graisseuse, présentant l'aspect de ce que l'on appelle le foie muscade.

Les reins étaient assez congestionnés et volumineux ; du reste, pendant la vie, nous avions constaté la présence d'une certaine quantité d'albumine dans l'urine.

En résumé, l'autopsie nous montre comme point de départ une tuberculisation génitale, et celle-ci nous explique la marche rapide des accidents, marche analogue à celle que l'on observe dans la granulie pulmonaire.

Je dois ajouter que cette jeune fille, réglée à l'âge de quinze ans, avait vu la menstruation s'arrêter six semaines environ avant qu'elle ne tombât malade.

Nous nous trouvions donc ici en face d'une péritonite d'ordre chronique, différant cependant de la forme classique en ce sens que les symptômes qui la caractérisaient : fièvre, ballonnement du ventre, vomissements répétés, sensibilité excessive de l'abdomen, appartiennent bien plus à la péritonite aiguë. Dans la forme chronique, au contraire, le début est lent, la santé ne s'altère que peu à peu, et la tuberculose a déjà marqué sa proie de certains traits ; la maladie se développe insidieusement, ce sont des douleurs abdominales sourdes, passagères, une augmentation lente mais continue du volume du ventre : ce sont des troubles digestifs caractérisés plutôt par de la diarrhée que par des vomissements, par des alternatives de constipation et de diarrhée. De ces différents phénomènes morbides, la tuméfaction est ce qui appelle surtout l'attention du médecin, c'est un des symptômes les plus importants, et tellement précieux pour le diagnostic, que Cruveilhier n'hésitait jamais à se prononcer pour une péritonite tuberculeuse dès qu'il constatait l'existence de cette tuméfaction abdominale avec accompagnement de douleur à la pression, de fièvre légère et d'amaigrissement.

La palpation du ventre fournit aussi un caractère pathognomonique dans la rénitence particulière, dans cette sensation d'empâtement mollasse, comme si les anses intestinales étaient agglutinées entre elles. Plus tard on sent par places des masses indurées, tandis qu'en d'autres endroits on constate de la fluctuation. Dans certains cas, il existe une ascite assez considérable pour nécessiter la ponction de l'abdomen.

Si l'on pratique l'auscultation, on entend des bruits de frottements analogues aux frottements pleurétiques.

Puis peu à peu l'état du ventre va se modifiant, les liquides épanchés dans la cavité abdominale se résorbent, et le ventre se rétracte plus ou moins en bateau, le calibre de l'intestin pouvant diminuer au point de n'avoir plus que les dimensions d'un doigt de gant.

Les troubles digestifs ont aussi une grande valeur diagnostique ; le symptôme capital est la diarrhée, tandis que dans la péritonite aiguë il existe presque toujours de la constipation par une sorte de paralysie atonique de l'intestin.

La diarrhée du début, dans la péritonite chronique, tient à une sorte d'entérite catarrhale; elle est passagère et suivie au bout de quelque temps d'une constipation plus ou moins prononcée, puis d'alternatives de diarrhée et de constipation qui font place à leur tour, dans les derniers temps,

à une entérite tuberculeuse avec diarrhée colliquative.

Tels sont les grands phénomènes par lesquels se traduit la péritonite chronique.

Cette affection n'est pas une maladie primitive, mais bien secondaire; aussi se complique-t-elle de phénomènes généraux dus à la fois à la péritonite et à la tuberculose primitive de tel ou tel organe, selon que celle-ci est pulmonaire, générale ou autre.

La péritonite chronique survient bien plutôt chez les tuberculeux en apparence bien portants que chez les phthisiques avérés; de là des erreurs faciles de diagnostic. De plus, pendant son évolution, les poumons laisseront le malade pour ainsi dire tranquille, la phthisie pulmonaire, génitale, ou autre restera latente, et ce n'est qu'à la dernière période que l'on verra la tuberculose évoluer de tous côtés.

Mais généralement l'hecticisme se manifeste davantage par une fièvre petite, continue, avec paroxysmes, sueurs nocturnes, amaigrissement, aspect terreux, etc. En un mot ce sont les symptômes généraux de la phthisie avec troubles digestifs, inappétence, diarrhée passagère au début, alternatives de diarrhée et de constipation, phénomènes abdominaux, etc., qui, joints aux antécédents, permettront de préciser le diagnostic.

OBSERVATION DE CANCER ENCÉPHALOIDE AIGU

(FONGUS HÉMATODE) A LA SUITE DE TRAUMATISME.

Par M. ANTONY, médecin aide-major au 25e régiment d'artillerie.

X..., âgé de vingt-trois ans, artilleur, tempérament lymphatico-sanguin, de bonne constitution, fait, le 11 décembre 1879, une chute dans laquelle le côté droit du thorax porte sur l'angle d'une marche d'escalier. Le 14 décembre seulement, cet homme se présente à la visite des hommes malades. Je constate au niveau des huitième et neuvième côtes, dans le prolongement de la ligne axillaire, l'existence d'une tuméfaction rouge, semifluctuante, allongée dans le sens des côtes, grosse comme le poing d'un enfant et divisée en deux lobes d'égale étendue. Je diagnostiquai une tumeur sanguine d'origine traumatique et je prescrivis des applications froides, résolutives et un bandage de corps compressif. La résolution ne parut s'effectuer qu'à la suite de fréquents badigeonnages de teinture d'iode et de l'action d'un vésicatoire volant, mais elle ne fut pas complète et bientôt même la tumeur augmenta de volume et devint fluctuante. Une ponction à l'aide d'un trocart capillaire livra passage à du sang rutilant. L'homme fut alors dirigé sur l'hôpital. Le médecin traitant, M. le docteur Delacroix, après avoir diagnostiqué un abcès sanguin, incisa largement la tumeur, qui était formée d'une poche divisée en plusieurs lobes par des cloisons multiples; il s'en écoula une grande quantité de sang fluide et rutilant. Le foyer s'enflamma et des abcès se formèrent sur son pourtour; tous les jours, en outre, la plaie devint le siège d'hémorrhagies abondantes. Bientôt les lèvres de cette plaie se renversèrent, s'ulcérèrent et livrèrent passage à un énorme champignon fongueux, violacé et dont toute la surface saignait au moindre contact. Le doute n'était plus possible, on avait affaire à un cancer encéphaloïde à forme aiguë, à un fongus hématode. Cependant rien dans l'hérédité de ce malade n'aurait pu faire soupçonner une telle éventualité. Son père avait succombé, vers sa quarantième année, à un violent traumatisme de la région lombaire: sa mère était morte à la suite d'une affection interne aiguë.

Malgré des cautérisations répétées, journalières, soit à l'aide du thermocautère, soit à l'aide de pâte de Canquoin, de perchlorure de fer, la tumeur prit un développement énorme et devint le siège d'hémorrhagies en nappes incessantes, qui ne cédaient qu'à la suite de l'application de gâteaux imprégnés de perchlorure de fer et d'une compression énergique.

A la date du 11 mars, l'aspect de la tumeur est horrible. Le cancer s'étend de la neuvième côte à la crête iliaque gauche; son diamètre transversal atteint 25 centimètres: il s'élève de plus de 5 centimètres au-dessus des lèvres de la plaie, à bords ulcérés et décollés. Il est formé d'une masse pulpeuse, molle, divisée en une série de mamelons gros comme une noix, ayant une coloration blanche, rougeâtre, exhalant une odeur infecte, caractéristique et offrant beaucoup d'analogie avec la surface utérine d'un placenta.

Sous l'influence d'hémorrhagies répétées le malade prend un teint de cire jaune, une apparence cachectique; ses forces s'anéantissent et il meurt le 7 mai 1880.

Malheureusement il ne nous a pas été possible de faire l'autopsie de ce malheureux, par suite de l'opposition de la famille. Je me décide cependant à publier cette observation, si incomplète qu'elle soit, en raison de l'origine nettement traumatique de ce cancer, dont les caractères macroscopiques étaient trop saillants pour que le moindre doute planât sur sa nature.

VARIÉTÉS

Histoire de l'hôpital de Notre-Dame de Pitié de Paris (1612-1882) (1).

Par M. le docteur O. GUILLIER.

VIII

Un peu plus tard, nous trouvons dans le *Supplément au Code administratif des hôpitaux civils, hospices et secours à domicile de la ville de Paris*, un arrêté du ministre de l'intérieur du 27 *août* 1822 sur le service de santé de l'hôpital de la Pitié; cet arrêté contient deux articles: le premier divise le service de santé de l'hôpital en trois départements, dont deux de médecine et un de chirurgie. Dans le second article il est dit que les départements de médecine seront confiés à deux médecins ordinaires et celui de chirurgie à un chirurgien de seconde classe.

D'après cet arrêté, il n'y avait donc que deux médecins et un chirurgien pour une population de 600 malades; si nous jugeons du passé par le présent, ce nombre nous semble bien insuffisant, et nous avons peine à comprendre comment à eux seuls ils pouvaient arriver à voir leurs malades, surtout quand des épidémies de scorbut se déclaraient dans les salles, comme le fait arriva en 1820.

Non-seulement les élèves internes et externes étaient logés à l'hôpital comme nous venons de le voir, mais la décision que nous allons rapporter nous prouve qu'ils y étaient également nourris. Nous trouvons en effet que, le 15 mars 1822, fut prise une décision par laquelle désormais aucun des élèves internes en médecine ou en pharmacie, ainsi que les externes qui entreraient, ne recevra la nourriture à l'avenir; elle sera seulement conservée à ceux qui sont actuellement en fonctions. Une exception cependant fut faite en faveur de M. Blanchard, qui pendant dix-huit mois avait rempli pour rien les fonctions d'interne en pharmacie; il lui fut accordé comme à son prédécesseur le logement et la nourriture.

Depuis 1822, époque où le service de chirurgie fut confié, par décret ministériel, à un chirurgien de seconde classe, ce service prit un accroissement assez considérable, pour qu'on songeât à y placer un second chirurgien; c'est ce qui fut fait le 1er septembre 1828, en nommant *Gerdy* comme chirurgien

(1) Fin. — Voir le numéro du 20 juillet 1882.

de la Pitié. A cette époque, d'après le compte moral de l'année, voici quelle était la distribution des 600 lits de l'hôpital : Les services de médecine en comptaient 490, dont 245 pour les hommes et autant pour les femmes. La chirurgie en comptait 110, dont 60 pour les hommes et 50 pour les femmes.

En 1828, également, on suréleva le bâtiment Saint-Augustin et l'on fit l'acquisition de trois maisons contiguës à l'hôpital et qui servirent plus tard à son agrandissement.

En 1834, de nouvelles distributions furent faites dans une des ailes du bâtiment Saint-Louis, qui fut disposée pour recevoir une salle des morts, une salle d'autopsie et un amphithéâtre.

L'année suivante, une partie du bâtiment Notre-Dame, situé entre la deuxième et la troisième cour, était dans un tel état de vétusté, que craignant pour la sécurité des services de malades qu'elle contenait, on la démolit en ne conservant que le rez-de-chaussée, avec lequel on fit une galerie couverte rejoignant les deux pavillons. Celui de gauche, formé par la portion du bâtiment qui n'avait pas été démolie, fut restauré et annexé à la lingerie, dont il forma une dépendance, ainsi qu'approprié pour y loger des employés. Quant au pavillon de droite, il fut entièrement reconstruit et dans chaque étage on fit de petites salles de malades. Aujourd'hui ces salles forment la salle Cruveilhier, en partie destinée au service d'accouchement. Quant à la galerie couverte, elle fut démolie plus tard, comme nous le verrons.

En 1836, il fut décidé que l'on créerait à la Pitié une clinique chirurgicale, la seconde qui existât à Paris. A cette époque deux chirurgiens d'un grand mérite et qui ont tracé profondément leur sillon dans la science chirurgicale, Lisfranc et Sanson, se trouvaient réunis dans cet hôpital. Ce fut Lisfranc qui inaugura la nouvelle clinique et lui donna cette célébrité que ses successeurs n'ont fait qu'augmenter encore.

A propos de Lisfranc et de Sanson, qu'il nous soit permis de rapporter ici une petite anecdote que nous avons puisée dans les registres de l'hôpital, et qui donne une idée du caractère de Lisfranc et de la délicatesse de ses procédés à l'égard de son collègue :

Sanson avait observé et peut-être s'était plaint que les jours qui étaient dévolus à Lisfranc, depuis plusieurs années, pour la consultation de chirurgie étaient plus avantageux que les siens. Lisfranc, à qui le fait fut rapporté, écrivit aussitôt au Conseil d'administration en lui proposant, pour conserver entre son honorable collègue et lui la bonne harmonie, de faire l'échange des jours alternatifs, ainsi que l'exigeaient les secours utiles à donner aux malades qui ne séjournaient pas à l'hôpital.

Le Conseil d'administration arrêta alors ainsi qu'il suit l'annonce des consultations de chirurgie : *Lisfranc*, mardi, jeudi, samedi. *Sanson* (*aîné*) lundi, mercredi, vendredi.

En 1845, s'accomplit à la Pitié un grand progrès au point de vue hygiénique des salles de malades, principalement pour celles affectées aux services de chirurgie. Tout d'abord on recouvrait les murs des salles, avec ce qu'on appelait la *peinture à la détrempe;* procédé bien imparfait et exclusivement en usage. Un peu plus tard on lui substitua la *peinture à l'huile*, moyen déjà bien préférable, mais qui ne satisfaisait pas complètement. Enfin en 1845, l'administration de l'Assistance publique inaugura, à l'hôpital de la Pitié, le *stuc* qui ne tarda pas à être employé dans tous les autres hôpitaux, et dont les surfaces polies retiennent moins encore qu'une bonne peinture la poussière et les particules plus ou moins infectées sans cesse en mouvement dans les salles.

En 1862, à l'époque où M. Armand Husson, directeur de l'administration générale de l'Assistance publique, publia son *Étude sur les hôpitaux*, la Pitié contenait 620 lits, qui se répartissaient ainsi : *Médecine*, 403. — *Chirurgie*, 168. — *Accouchements*, 31. — *Berceaux*, 18.

Le personnel médical se composait de *cinq* médecins, *deux* chirurgiens, *un* pharmacien, *dix-huit* internes, dont onze en médecine et en chirurgie et sept en pharmacie; enfin, de *trente-six* externes.

Quant au personnel administratif et hospitalier, il comprenait : *un* directeur, *un* économe-comptable, *un* commis, *trois* expéditionnaires, *deux* aumôniers, *vingt-quatre* sœurs, *quatre* sous-employés et *quatre-vingt-un* serviteurs.

Nous trouvons, dans l'ouvrage de M. Husson, un tableau contenant l'orientation et les dimensions cubiques des salles de la Pitié : ce tableau est intéressant au point de vue des conditions hygiéniques des salles en 1862.

En 1866, de grands travaux furent entrepris à la Pitié, la galerie transversale qui existait au fond de la deuxième cour et qui représentait les derniers vestiges du bâtiment Notre-Dame démoli en 1835, fut complètement démolie ainsi que le pavillon de gauche. A quelques mètres plus loin on construisit un grand bâtiment (1) que l'on destinait au service d'accouchements. Ce bâtiment, qui s'appelait il y a quelques années le bâtiment Sainte-Eugénie, porte aujourd'hui le nom de *Trousseau* et contient environ 100 lits répartis dans les deux salles Trousseau et Grisolle. Cette augmentation de lits en porta le nombre à 720, chiffre qui existe actuellement.

Ce fut aussi à partir de cette époque qu'il y eut à la Pitié : *huit* chefs de service : *six* médecins et *deux* chirurgiens.

Au moment où s'élevait cette nouvelle construction, il avait été question de transporter au fond de l'hôpital la chapelle qui existe encore sur la rue Lacépède. Ce projet, qui n'avait pas alors été mis à exécution, se trouverait réalisé d'ici à quelques années, si nous en croyons quelques *on-dit*, par suite des travaux considérables qui vont, paraît-il, être entrepris à la Pitié.

En 1880, l'organisation intérieure de l'hôpital fut complètement bouleversée. Le service des salles, les soins donnés aux malades avaient jusqu'à cette époque été sous la surveillance et l'autorité de religieuses au nombre de 17. Ces religieuses étaient secondées dans leur service par 35 infirmiers et 33 infirmières. De plus, pour l'exécution des services généraux, il y avait 5 religieuses, 19 garçons et 5 filles, ce qui donne un total de 114 employés.

Le 1er octobre de cette année, la Pitié fut laïcisée et les 16 salles, qui depuis longtemps portaient des noms de saints, prirent les noms des médecins célèbres décédés, qui avaient illustré l'hôpital. Nous terminons ce chapitre par l'énumération des salles de malades, en mettant en regard des noms anciens, les noms qu'elles portent maintenant, ainsi que le nombre de lits qu'elles contiennent.

L'hôpital ayant été laïcisé, les religieuses ont été remplacées par des surveillantes et sous-surveillantes laïques, auxquelles on a adjoint des suppléantes pour remplir les fonctions de filles de salles. De cette façon le nombre des employés au service des malades est resté à peu près le même.

Quant au service général, il a été considérablement augmenté, car on y compte 31 surveillants, surveillantes, sous-surveillantes et suppléantes, 51 garçons, 36 filles, ce qui

(1) C'est le bâtiment où se trouve l'horloge.

porte à 118 le nombre des employés à ce service, sans compter les bureaux.

Le bâtiment qui était affecté à la communauté a été transformé en logements pour les surveillantes et sous-surveillantes.

Actuellement, le service de santé est composé de *six* médecins et de *deux* chirurgiens. Le service de médecine est représenté par MM. les docteurs *Lasègue*, comme professeur de clinique médicale, *Dumontpallier*, *Brouardel*, *Lancereaux*, *Cornil* et *Audhoui*.

MM. les docteurs *Verneuil*, comme professeur de clinique chirurgicale, et *Polaillon* représentent le service chirurgical.

Au mois de juillet 1881, on inaugura à la Pitié une école professionnelle pour les infirmiers et infirmières de la maison, ainsi que pour les personnes du dehors. Les cours qui y ont lieu depuis cette époque y sont professés par de jeunes et distingués docteurs, la plupart anciens internes des hôpitaux.

Outre ces cours qui ont lieu le soir, il existe dans la journée des leçons pratiques faites dans les salles et au lit des malades sous la surveillance des surveillantes. C'est ainsi que la théorie et la pratique se trouvent réunies pour l'instruction de ceux et de celles qui se destinent à soigner les malades. A l'avenir maintenant est réservé le soin de prouver si la laïcisation constitue un progrès avantageux pour les malades et la bonne exécution des prescriptions médicales.

TABLEAU DES SALLES DE MALADES DE L'HOPITAL DE LA PITIÉ

	Noms anciens.	Noms nouveaux.	Nombre de lits.
	Médecine		
Hommes.	Saint-Athanase	Jenner	56
	Saint-Paul	Serres	53
	Saint-Raphaël	Rayer	41
	Saint-Michel	Monneret	40
	Sainte-Marthe	Piorry	53
	Saint-Benjamin	Rostan	28
Femmes.	Saint-Rosaire	Laënnec	40
	Saint-Charles	Valleix	40
	Sainte-Geneviève	Lorain	42
	Sainte-Eugénie	Trousseau	51
	Sainte-Claire	Grisolle	48
	Salle Notre-Dame	Cruveilhier	45
Bereeaux.			15
	Chirurgie		
Hommes.	Saint-Louis	Michon	62
	Saint-Gabriel	Broca	50
Femmes.	Saint-Augustin	Lisfranc	32
	Saint-Jean	Gerdy	24

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1882.

247. M. Mallet. Étude sur les taches bleues (historique et recherches nouvelles). —248. M. Pouget. De la chute des ongles dans les affections nerveuses et en particulier dans l'ataxie locomotrice. — 249. M. Guérin. Du traitement de la gale par le naphtol. — 250. M. Carle Gessard. De la pyocyanine et de son microbe; colorations qui en dépendent dans les liquides organiques. — 251. M. Delprat. Des complications cardiaques du rhumatisme blennorrhagique. — 252. M. Queudot. Des crises douloureuses qui peuvent se montrer sur les voies urinaires et dans les organes génitaux au cours de l'ataxie locomotrice. — 253. M. Wakefield. Recherches sur la nature et la propagation du choléra asiatique. — 254. M. Loubaud. Étude sur les lésions du système variqueux dans un cas de rétrécissement de l'orifice pulmonaire. — 255. M. Gougaud. Des fièvres intermittentes à rythmes prolongés. — 256. M. Tillié. Traitement des fractures du fémur par l'extension continue au moyen des appareils à bandelettes agglomératives. — 257. M. Gergaud. Des cystalgies et de leur traitement chirurgical. — 258. M. Legoupils. Coïncidence et rapports de la tuberculose et du cancer. — 259. M. Rabjeaud. Étude sur la méningite aiguë des buveurs, et en particulier sur la méningite dans le delirium tremens. — 260. M. Galy-Briulat. Le bouton d'Alep. — 261. M. Valissant. Contribution à l'étude de la néphrite *à frigore*. — 262. M. Saucet. Contribution à l'étude de la pleurésie. — 263. M. Genty. Étude sur le traitement des péridotomes récents. — 264. M. Redié-Talbère. Contribution à l'étude de la périostite externe. — 265. M. Mazeille. Des fractures des côtes par action musculaire. — 266. M. Ausset. Du traitement de la cataracte molle par la méthode de l'aspiration. — 267. M. Philipes. Constitution médicale de la vallée du Lot, dans le département de Lot-et-Garonne, et maladies professionnelles de ce pays (étude de géographie médicale). — 268. M. Farges. De la délivrance naturelle et de quelques accidents qui peuvent la compliquer. — 269. M. Pruvot. Contribution à l'étude des larves de diptères trouvés dans le corps humain. — 270. M. Drochon. Contagion de la phthisie dans le mariage. — 271. M. Belliard. Des manifestations cérébrales de la goutte. — 272. M. Servage. Contribution à l'étude du traitement de la diphthérie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté en date du 21 juillet 1882, les jeunes gens ci-après désignés sont admis à prendre part aux épreuves orales du concours pour l'obtention des bourses de licence instituées près le Muséum d'histoire naturelle :

MM. Lebloys, Bouvier, Bovier-Lapierre, Magnin, Cazin, Mayoux, Mallard-Duméril, Schmitt, Bérillon, Depousargues, Proromant et Brasse.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le concours du clinicat des maladies des enfants commencera demain mardi, 25 juillet, à neuf heures du matin.

— La troisième épreuve d'admissibilité du concours pour la nomination de deux médecins du Bureau central s'est terminée vendredi soir. Sont admis à subir les épreuves définitives : MM. les docteurs Barth, Chauffard, de Beurmann, Dreyfous, Hirtz (Edgar), Letulle, Renaut et Tapret.

— Les internes en pharmacie des hôpitaux de Paris ont adressé au Conseil municipal une pétition dans laquelle ils demandent à bénéficier de l'augmentation de l'indemnité attribuée aux internes en médecine.

— Le conseil d'administration de l'Association française pour l'avancement des sciences a, dans ses séances du 2 juin et 14 avril dernier, voté les subventions suivantes, en outre de celles que nous avons citées précédemment.

M. André, pour aider à la publication d'un ouvrage sur les parasites et les maladies de la vigne, 200 francs.

M. Brillouin, pour continuer ses recherches sur les courants électriques, 1,000 francs.

M. Debrun, pour la continuation de ses recherches sur l'électricité, 200 francs.

M. Flahaut, pour aider à la continuation de ses recherches sur divers points de botanique, 500 francs.

M. Giard, pour continuer ses recherches au laboratoire de zoologie maritime de Wimereux, 500 francs.

M. de Nansouty, pour ses études météorologiques à l'observatoire du pic du Midi, 400 francs.

M. E. Rivière, l'un de nos collaborateurs, pour la continuation de ses recherches anthropologiques, 1,000 francs.

M. Sabatier, pour la continuation de ses recherches sur les organes reproducteurs, 500 francs.

La Société scientifique d'Arcachon, pour contribuer aux dépenses d'entretien des laboratoires, 200 francs.

— Un cas de choléra asiatique suivi de mort rapide s'est produit le 18 de ce mois à l'hôpital de Charlottenbourg, près de Berlin. Toutes les précautions nécessaires ont été prises pour empêcher la propagation de la maladie.

— Une souscription publique est ouverte à l'École de médecine navale de Brest, pour l'érection, dans l'une des salles du Musée d'histoire naturelle, d'une plaque commémorative en l'honneur de notre regretté confrère, le docteur Crevaux, médecin de première classe de la marine, le courageux explorateur de la Guyane.

— Nous apprenons la mort, à l'âge de cinquante-sept ans, de M. le docteur Friedreich, professeur de clinique médicale à l'Université de Heidelberg, et de M. le docteur Louis Flandin, décédé à Paris, à l'âge de quatre-vingt-treize ans.

— *Avis.* — Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Clinica médica del hospital general de Madrid (curso de 1880 à 1881), lecciones teórica-práticas acerca de las Enfermedades del Corazon, por Antonio Espina y Capo, médico del hospital general de Madrid, con un prólogo del Dr D. Estéban Sanchez Ocaña, catedrático de la Facultad de medicina de la Universidad de Madrid. Cuaderno primo e segundo. In-8°. — Precio : 5 pesetas. — Madrid, Enrique Teodoro.

Étude sur les vices de conformation de l'urèthre chez la femme, par le docteur Nunez. In-8° avec 1 planche. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Du vaccin de génisse, étude comparative du vaccin animal et du vaccin humain, surtout au point de vue préservatif, par le docteur Ciaudo. In-8° avec 5 planches. — Prix : 3 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

La vallée de Davos, par le docteur H. Picard. Broch. in-8° de 22 pages. — Paris 1882, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Étude sur le poids de l'encéphale dans les maladies mentales, par le docteur Bra. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Contribution à l'étude des présentations du siège décomplété mode des fesses, par le docteur Lefour, professeur agrégé. In-8° de 53 pages. — Prix : 2 francs. — Paris, O. Doin.

Contribution à l'étude de l'albuminurie survenant dans le cours des accidents secondaires de la syphilis, par le docteur Cohadon. In-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Des épidémies qui régnèrent à Rochefort en 1694, discours prononcé à la rentrée des cours de l'École de médecine navale de Rochefort, le 3 novembre 1881, par le docteur Henri Bourru, professeur d'hygiène et de pathologie exotique. In-8° de 30 pages. — Prix : 1 franc. — Paris, O. Doin.

Les affections oculaires chez les gens de la campagne, par le docteur G. Martin. In-8°. — Prix : 1 franc. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 13173.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Quand une mère n'a pas de lait, si on ne peut pas y suppléer par une nourrice, l'allaitement artificiel peut-il se faire dans des conditions telles que l'enfant ait des chances de vie à peu près égales à celles qu'il aurait s'il était nourri par une femme ? Cette question, d'une importance si considérable, vient d'être soulevée par MM. Tarnier et Parrot, qui lui ont donné d'ailleurs les mêmes solutions.

M. Tarnier, à propos de la présentation de son excellent *Traité de l'art des accouchements,* et d'un extrait de cet ouvrage publié à part sous le titre : *Physiologie et hygiène de la première enfance considérée surtout au point de vue de l'alimentation,* a fait connaître incidemment les résultats des expériences qu'il poursuit, depuis plus de seize mois, à la Maternité. De tous les laits qu'il a essayés, le lait d'ânesse est le seul qui lui ait paru valoir le lait de femme pour les enfants âgés de moins de six semaines.

M. Parrot a lu un long travail sur la nourricerie qui fonctionne également depuis l'année dernière à l'hospice des Enfants-Assistés ; et, lui aussi, il préconise le lait d'ânesse.

Le lait de vache, de quelque manière qu'on le coupe, est toujours très-mal supporté par les nouveau-nés, du moins à Paris, et, dans cette ville, le lait de chèvre ne vaut guère mieux.

Dans les pays de montagne, où on les laisse vivre en liberté, suivant M. Parrot, il n'en est peut-être par ainsi pour les chèvres, et, ajouterons-nous, même pour les vaches, car les qualités nocives de leur lait peuvent tenir en partie à l'alimentation particulière au moyen de laquelle on en augmente la quantité dans les villes et autour des villes.

Quant au lait d'ânesse, sa réputation était déjà bien établie dans le monde ancien. Il y avait ses partisans très-convaincus, qui le conseillaient de préférence à tout autre lait pour remplacer le lait de femme, « pensant sans doute, dit en plaisantant le plus grand des cliniciens grecs, que, dans les espèces animales, la plus rapprochée de la leur est celle de l'âne ».

Malgré ce sarcasme, lancé par la plus grande autorité médicale, le lait d'ânesse conserva toujours une certaine vogue.

Suivant les analyses qu'on trouvera reproduites dans le *Traité des accouchements* de Tarnier et Chantreuil, p. 852, c'est celui qui se rapproche le plus du lait de femme. Comme celui-ci, à la différence du lait de vache et du lait de chèvre, il contient fort peu d'albumine, peu de graisse et beaucoup de sucre. Quant à la caséine, elle s'y trouverait à peu près dans la même proportion que dans le lait de vache (de 35 et 36 p. 100), mais non dans le même état. La caséine du lait d'ânesse, comme celle du lait de femme, ne se prendrait jamais en masse, et, une fois coagulée, resterait beaucoup plus soluble, par conséquent beaucoup plus facile à digérer.

Peut-être serait-elle moins nutritive à poids égal. M. Tarnier semble le penser, car il préfère le lait de vache coupé au lait d'ânesse pur à partir de la sixième semaine, quand l'enfant est devenu capable de supporter une nourriture plus forte. Mais dans les premiers jours l'enfant digère à peine, et par-dessus tout il importe de ne pas fatiguer ses voies digestives.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. HARDY.

Symptômes et signes de la péricardite.

Je veux profiter aujourd'hui de la malade du n° 4 de notre salle des femmes pour vous parler de la péricardite en général, affection qui reste souvent latente et à expression peu vive, qui par suite passe quelquefois inaperçue et ne se reconnaît alors qu'après l'autopsie. Mais si cette maladie reste ainsi méconnue dans certains cas, c'est, il faut bien le dire, parce que, n'en connaissant généralement pas très-bien les symptômes, notre attention ne se trouve pas appelée à en chercher les signes physiques.

La péricardite étant donc souvent latente et ne présentant que des phénomènes physiques sans symptômes locaux ou généraux bien appréciables, parce qu'ils sont d'habitude peu accusés, il me paraît utile d'étudier avec vous cette symptomatologie.

Le premier d'entre eux et le plus commun à la fois, bien qu'il ne soit pas constant, est la douleur, douleur spontanée, accusée par le malade. Louis, qui l'un des premiers a étudié et décrit les symptômes et les signes de la péricardite, dans un mémoire publié en 1834, dit que la douleur

existe dans la moitié des cas. Elle est perçue par le malade dans la région précordiale comme un élancement ou comme une sorte de poids, se propageant souvent vers l'épaule gauche. Elle siège aussi parfois à l'épigastre. Tandis qu'à la région précordiale la pression ne l'augmente pas, le péricarde se trouvant protégé par les côtes, la pression exercée sur l'épigastre provoque cette douleur ou l'exagère si elle existe déjà, en refoulant successivement l'estomac, le diaphragme, et par celui-ci le péricarde enflammé.

Il est toujours très-important de rechercher cette douleur épigastrique comme un signe d'une valeur diagnostique réelle. Bouillaud, primitivement, en avait nié l'existence dans la péricardite, l'attribuant dans tous les cas à une pleurésie concomitante. Plus tard, comprenant que le péricarde pouvait être aussi sensible que les autres séreuses, plèvre ou péritoine, il revint à une appréciation plus saine des choses et admit la douleur épigastrique dans la péricardite.

On détermine aussi, assez fréquemment, une douleur en pressant sur le cou dans l'intervalle des deux insertions inférieures du muscle sterno-cléido-mastoïdien, c'est-à-dire sur le nerf diaphragmatique.

Enfin, la douleur qui accompagne la péricardite est quelquefois atroce, comme une névralgie intercostale, au point de nécessiter quelque injection sous-cutanée de morphine. Cependant le fait est rare.

A côté de la douleur, nous trouvons un autre symptôme, la dyspnée. Elle existe dans presque tous les cas dès le début, mais elle est surtout manifeste un peu plus tard, lorsque l'épanchement s'est formé. Elle est plus ou moins intense, pouvant aller jusqu'à l'orthopnée et la suffocation, forçant le malade à rester assis dans son lit, et déterminant parfois une anxiété des plus pénibles. C'est ainsi que Mirabeau, soigné par Cabanis, est mort présentant ces trois symptômes : une douleur précordiale des plus intenses, une anxiété considérable, une suffocation extrême, et à l'autopsie on constata l'existence d'une péricardite.

Après la dyspnée nous devons encore signaler :

1° Les palpitations qui sont plutôt en rapport avec une myocardite qu'avec la péricardite elle-même ;

2° Les lipothymies qui peuvent aller jusqu'à la syncope, lorsque l'épanchement est assez considérable pour comprimer le cœur au point d'amener la cessation de ces battements, par une sorte de paralysie du myocarde analogue aux paralysies des muscles sous-jacents aux séreuses comme dans la péritonite par exemple. La syncope est donc un symptôme très-grave dans la péricardite.

Il existe encore quelquefois un phénomène révélateur de cette affection : je veux parler de la dysphagie, c'est-à-dire de la difficulté d'avaler les aliments demi-solides et même liquides. La dysphagie a été parfaitement étudiée par un médecin italien, Testa, qui, dans deux mémoires parus en 1811 et 1814, a appelé l'attention de ses confrères sur cette complication. Elle peut être quelquefois poussée assez loin pour produire l'œsophagisme ainsi que des accidents analogues à ceux de l'hydrophobie rabique. Une thèse a été faite sur ce sujet, il y a quelques années, par un ancien élève de M. Vulpian, le docteur Bourceret. De pareils cas sont rares, mais, ce qui l'est moins, c'est un peu de dysphagie et quelque douleur en avalant. Cette douleur s'explique par le passage des aliments dans l'œsophage, qui détermine une sorte d'attrition du péricarde malade.

Tels sont les symptômes locaux de la péricardite, phénomènes révélateurs qui conduiront le médecin à la recherche des signes physiques par la percussion et l'auscultation.

Parmi les phénomènes généraux, importants aussi à reconnaître, nous citerons d'abord la fièvre ; cela vous paraîtra peut-être banal, mais à tort, car son existence a une grande valeur, si elle apparaît alors qu'elle semble n'avoir aucune raison d'être. Il en est ici comme dans l'arthrite rhumatismale, où la fièvre, persistant et augmentant même alors que les phénomènes inflammatoires articulaires ont diminué notablement ou même cessé tout à fait, indique l'existence de quelque complication viscérale, endocardite, péricardite, etc.

La fièvre n'est donc pas un signe qu'on puisse impunément négliger. Elle est caractérisée par la fréquence du pouls sans irrégularité et par une élévation de la température de 38 à 40 degrés. Le pouls, au contraire, devient-il irrégulier, c'est qu'à la péricardite est venue s'ajouter une inflammation du myocarde. Devient-il petit, misérable, irrégulier en même temps qu'il y a tendance à la syncope, vous devez considérer l'état du malade comme fort grave.

On a signalé aussi parfois, dans le cours de la maladie, des phénomènes nerveux, du délire, de l'agitation. Pour moi, et d'après les observations qui ont été rapportées par les médecins américains, je serais très-tenté de croire que l'on a eu affaire en pareils cas à de vieux alcooliques.

Du côté des urines on ne trouve rien de particulier, si ce n'est qu'elles sont épaisses et riches en urates.

Lorsque les symptômes que nous venons d'énumérer vous font soupçonner l'existence d'une péricardite, vous devez rechercher et étudier les signes physiques qui peuvent exister, soit dès le début, soit un peu plus tard.

La palpation du cœur par la main placée sur cette région vous permettra de constater quelquefois les vibrations produites par le frottement des fausses membranes. Mais ce qu'elle vous indiquera plus fréquemment, ce sera l'impossibilité de percevoir les battements du cœur, à cause de l'interposition de la masse liquide épanchée dans le péricarde.

La vue vous permettra d'apprécier l'existence et le degré de voussure produit par l'épanchement qui distend et soulève la paroi thoracique.

La percussion ne fournit d'indications réellement précieuses qu'à la seconde période de la maladie, c'est-à-dire quand l'épanchement est formé, en montrant une aire de matité plus considérable qu'à l'état normal. Cette matité revêt aussi ce caractère particulier, qu'elle occupe une surface triangulaire, dont la base correspondrait à la pointe du cœur, tandis que le sommet tronqué se trouverait en haut. C'est exactement le contraire de ce qui se passe dans le cas d'hypertrophie du cœur, où la base est en haut et le sommet en bas.

J'ajouterai qu'il sera bon de dessiner cette aire de matité sur la région précordiale du malade, afin d'en constater chaque jour les progrès ou les modifications.

Quant à l'auscultation, elle donne des résultats positifs et négatifs. Les premiers sont un frottement qui existe dès la première période de la maladie, période inflammatoire ou exsudative, et qui est dû aux pseudo-membranes qui frottent les unes sur les autres. Ce bruit de frottement est plus ou moins accentué comme dans la pleurésie ; il ne se propage pas très-loin et présente quelques difficultés de timbre,

depuis le froufrou de la soie parfois difficile à entendre, jusqu'au bruit de râpe, analogue à celui qui serait produit par la prononciation de deux lettres de l'alphabet, le K et l'R. Ce bruit de la première période réapparaît à la fin de la maladie, lorsque l'épanchement est en voie de résorption.

Les résultats négatifs sont l'éloignement de l'oreille des bruits normaux du cœur, qui varie selon le degré de l'épanchement dans le péricarde, et qui peut être tel qu'on ne puisse plus les percevoir.

Existe-t-il quelque bruit de souffle inhérent à la péricardite? On l'a cru pendant quelque temps, Bouillaud luimême aussi; mais plus tard il a été démontré que ce souffle tenait à une endocardite concomitante.

Tels sont les symptômes et les signes que l'on doit rattacher à la péricardite, symptômes et signes importants, d'une grande valeur, qui permettent de faire le diagnostic absolu de la maladie, à la condition, bien entendu, de se compléter mutuellement. Ces symptômes devront, par les soupçons qu'ils auront fait naître dans votre esprit, vous conduire à examiner le cœur avec la plus grande attention.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. Daniel Mollière.

Ostéoclasie dans le « genu valgum ». — Appareil de M. Robin.

Depuis quelques mois, nombre de chirurgiens, enthousiasmés par les brillantes conquêtes de la méthode antiseptique, ont entrepris de remédier, par l'ostéotomie à ciel ouvert, au genre de difformité que porte le jeune A. R., que vous voyez couché au n° 13 de la salle Saint-Louis.

Ce jeune homme, qui est âgé de seize ans, très-grand et très-bien constitué, est, pour me servir de notre expression populaire, *cagneux*, c'est-à-dire porteur d'un *genu valgum*. Il ne marche que difficilement et avec une claudication excessivement disgracieuse. Il est certain que jamais il ne pourra exercer une profession pénible. On a déjà plusieurs fois refusé ses services dans les chantiers, et quel que soit son patriotisme, il ne sera jamais admis à défendre sa patrie. Voici ce que nous donnent les mensurations :

Quand les deux genoux sont en contact, le malade étant couché sur un plan horizontal, les malléoles internes sont distantes l'une de l'autre de 21 centimètres. La cagnosité est plus accentuée à droite. En effet, la malléole droite est distante de 15 centimètres de la ligne médiane, tandis que la malléole gauche ne l'est que de 6. L'hypertrophie du condyle interne gauche est des plus manifestes.

Ce jeune homme est adulte, au point de vue du développement. Sa difformité n'est plus justiciable de la méthode du *massage forcé*, qui réussit si bien entre les mains de Delore, à l'hôpital de la Charité, mais qui n'est applicable que chez les très-jeunes sujets.

Devons-nous lui pratiquer l'ostéotomie? — Avec la méthode antiseptique, cette opération serait légitimée, dans le cas actuel, par le degré excessif de la difformité. Les nombreuses observations publiées par Macewen sont on ne peut plus encourageantes.

Cet illustre chirurgien, qui s'est fait en quelque sorte l'apôtre de l'ostéotomie, a publié, dans son dernier ouvrage, un nombre tel de succès, que les plus timides n'hésiteraient plus à pratiquer, aujourd'hui, l'ostéotomie, en se conformant aux règles qu'il a tracées. Citons encore, parmi ceux qui ont obtenu, par cette méthode, les plus brillants succès, mon ami le docteur Margari, professeur à l'Université royale de Turin. — Les faits qu'il a publiés ne sont pas moins remarquables que ceux que nous devons à Macewen.

Et véritablement, lorsque l'on voit les figures qu'il a publiées, d'après photographie, on serait tenté de suivre son exemple. — Et cependant, vous savez tous que ce n'est pas à l'ostéotomie que nous aurons recours chez notre malade. Quelque brillante que soit cette méthode, elle expose à des dangers sérieux. Car la stricte application de la méthode antiseptique, seule garantie de son innocuité, ne dépend pas seulement du chirurgien et de ses aides. La moindre faute, soit de la part du patient, soit de la part de ceux qui l'entourent, peut entraîner un résultat néfaste.

C'est pour cette raison que j'ai prié, l'année dernière, M. Robin, alors mon interne, de rechercher le moyen de fracturer le fémur en un point précis, *mathématiquement précis*, et de produire, à coup sûr, une fracture en *roue* et autant que possible sous-périostée.

Après de nombreuses tentatives, après avoir reproduit lui-même, le marteau du forgeron en main, la plupart des ostéoclastes connus, et les avoir appliqués sur le cadavre, il est arrivé à nous donner un instrument parfait. Je ne vous en ferai pas la description détaillée. Vous le voyez, il est essentiellement constitué par un manchon de fer d'une grande puissance, dans lequel on enferme le membre, en le serrant à l'aide d'écrous, avec une force effrayante (c'est assez dire que l'opération doit être pratiquée avec rapidité), d'un levier que l'on applique sur la partie qui doit être brisée, à l'aide d'un collier de cuir. Le chirurgien agit sur le levier et peut ainsi sentir le brisement de l'os. — Un artifice mécanique permet de libérer instantanément le membre dès qu'on l'a fracturé.

Plusieurs fois déjà nous avons appliqué cet ostéoclaste, et vous avez pu voir que nous avons obtenu des résultats plus satisfaisants encore qu'avec l'ostéotomie de Macewen; et nous les avons obtenus en quelques semaines (au bout d'un mois un de nos malades pouvait déjà marcher un peu) et sans danger.

Mais chez un de nos opérés, nous avons vu se produire, au moment de l'opération, un accident qui aurait pu compromettre le résultat plastique que nous poursuivions et surtout prolonger singulièrement la durée de la cure.

Au moment où, l'os étant fracturé, nous tentâmes de ramener le membre dans la rectitude, une contraction violente des muscles libéra la fracture. — Le périoste, dont l'opération instrumentale avait ménagé l'intégrité, se déchira, un chevauchement en arrière du fragment inférieur se produisit. Ce petit accident, qui n'eut du reste pas de suite fâcheuse, rendit beaucoup plus difficile l'immobilisation du membre dans sa nouvelle position.

Voici quel manuel opératoire nous suivrons pour éviter cette complication : — Une gouttière plâtrée sera moulée sur le patient avant l'opération, comprenant les deux membres inférieurs, et tout le bassin jusqu'à la région lombaire.

Aussitôt les fractures produites, au-dessus des condyles, le patient sera déposé dans ce moule, sans qu'il soit fait aucune tentative de redressement. Au bout de huit jours, quand le *cal sera en voie de formation*, nous opérerons le redressement. Nous le ferons alors sans danger, et avec la certitude de ne pas amener de déplacement.

— L'opération fut pratiquée comme il vient d'être dit. La fracture fut faite au-dessus des condyles, à un travers de doigt de l'articulation. On redressa, sans difficulté aucune, les deux cuisses, le dixième jour. Le 6 juillet, le malade a quitté l'hôpital absolument guéri, sans aucune raideur articulaire.

En présence des résultats que nous a donné l'appareil de M. Robin, qui a le grand avantage d'être d'une application *mathématique* (nous avions marqué à l'encre, sur la peau, le point où devait siéger la fracture) et de ne pas tirailler les ligaments du genou, puisqu'il s'applique directement sur les condyles fémoraux, la jambe étant en demi-flexion, je crois que tout chirurgien prudent renoncera, désormais, à pratiquer l'ostéotomie, dans les cas de *genu valgum* chez les adultes, et fera l'ostéoclasie avec l'appareil de Robin.

LUXATION INTER-PHALANGIENNE DU GROS ORTEIL.

Par M. le docteur L. Blanc.

Le 7 juin dernier, j'étais appelé auprès d'un jeune homme de vingt-deux ans, qui me raconte avoir été victime de l'accident suivant :

La veille, il s'amusait à se soulever par la force des poignets, contre une porte, en prenant pour point d'appui la partie supérieure; il regagne le sol si malheureusement (le doigt du pied avait-il heurté la porte ?) qu'il éprouve à la partie interne du pied droit une douleur atroce ; il enlève la pantoufle qui le chaussait à ce moment-là, et s'aperçoit que son gros orteil est déformé.

Croyant, ainsi que son entourage, à une simple contusion, ce n'est qu'au bout de vingt-quatre heures de souffrances qu'il me fait appeler auprès de lui.

Je constate l'état suivant :

Le gros orteil droit est raccourci, il mesure 44 millimètres ; la longueur du gauche est de 56 millimètres : différence, 12 millimètres, l'épaisseur est augmentée, elle est de 30 millimètres, côté droit ; 25 millimètres, côté sain : différence, 5 millimètres.

La seconde phalange est relevée dans l'extension forcée sur la première et elle forme avec elle un angle obtus dont le sommet est en bas. L'extrémité postérieure de la seconde phalange fait, sur la face dorsale de la première, une saillie de 5 millimètres, en arrière de laquelle se trouve, au niveau de l'articulation inter-phalangienne, un sillon assez profond, véritable coup de hache, formé par le déplacement en haut de l'extrémité postérieure de la seconde phalange. La partie correspondante de la face plantaire est légèrement déprimée.

Les mouvements de flexion des phalanges du gros orteil sont abolis ; l'impossibilité de faire exécuter des mouvements de latéralité indique que les ligaments latéraux sont sains.

J'étais donc en présence d'une luxation inter-phalangienne du gros orteil.

La réduction fut facile. Avec les deux pouces appliqués sur la face dorsale du gros orteil, je repoussai l'extrémité luxée ; au bout de quelques secondes, la phalange fuyait, un petit claquement se faisait entendre, et l'extrémité luxée était remplacée par un petit épanchement sanguin que la réduction avait ramené à la face dorsale.

J'appliquai un appareil contentif qui fut enlevé au bout de huit jours. Le jeune homme est aujourd'hui complètement guéri et marche sans la moindre difficulté.

Telle est l'observation que j'ai cru devoir vous communiquer à cause de sa rareté (1).

(1) Voir article Orteil, *Dict. encycloped. des sciences médicales.*

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 juillet 1882. — Présidence de M. Gavarret.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Une note sur le traitement de la rage par la pilocarpine, par M. Nocard, professeur à l'École vétérinaire d'Alford ;

2° Un mémoire manuscrit intitulé : *Paralysies ataxiques observées chez des Kabyles à la suite de l'ingestion d'une variété de gesse* (*Lathyrus Clymeneum*) appelée en Kabylie *Halech*, par M. Grandjean, médecin en chef de l'hôpital militaire de Tenès.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT

M. Javal présente un ophthalmomètre construit avec la collaboration de M. Schildtz.

PRÉSENTATION DE MALADE

M. Labbé présente un malade qui était atteint d'épithélioma de l'amygdale droite avec envahissement du voile du palais du même côté, de la luette, d'une partie de la portion gauche du voile du palais, du plancher de la bouche et de la base de la langue.

M. Labbé a pratiqué l'extirpation de tout le néoplasme à l'aide du thermo-cautère, à la suite d'une résection de la moitié droite du maxillaire inférieur.

Le malade a été soutenu par l'alimentation artificielle. La plaie extérieure s'est réunie par première intention. Le malade est provisoirement guéri, sous réserve d'une repullulation plus ou moins rapide.

COMMUNICATION

Allaitement artificiel des nouveau-nés. — M. Tarnier indique brièvement les résultats auxquels il est arrivé à la Maternité.

Dans cet hôpital, quand une femme est dans l'impossibilité d'allaiter son enfant, on confie celui-ci à une nourrice, qui ne cesse pas néanmoins de nourrir son propre enfant. Qu'arrive-t-il alors? C'est que cette nourrice continue à allaiter son propre enfant et qu'elle donne au nourrisson le lait de vache dont elle dispose. Aussi ces nourrissons dépérissent, présentent de la diarrhée, de l'athrepsie et meurent. Navré d'un pareil état de choses, M. Tarnier a voulu recourir à l'allaitement artificiel. En 1880, il a obtenu de l'administration de l'Assistance publique que deux chèvres fussent mises à sa disposition. Il a essayé l'allaitement direct au pis de l'animal; il a essayé de donner le lait soit pur, soit en le coupant de différentes façons. Les résultats ont toujours été plus que défectueux.

Il a essayé le lait de vache pur et coupé, avec de l'eau sucrée, de l'eau ordinaire, de l'eau distillée, de l'eau chargée de mucilage, de décoctions de substances féculentes, etc., il a toujours échoué. Il en a été de même avec les préparations nommées lait condensé et crème de Biédert.

Il était très-découragé, quand il eut recours au lait d'ânesse, qui a été mis en usage à la Maternité depuis le 23 août 1881. Dès ce jour, la digestion des enfants devint excellente. Tout fut simplifié dans l'alimentation des nouveau-nés et la mortalité diminua manifestement.

Il pense donc que de tous les aliments employés dans l'allaitement artificiel, le meilleur est le lait d'ânesse, qui depuis plus de quinze mois lui a donné d'excellents résultats.

Mais après six semaines ou deux mois, ce lait devient insuffisant. Il convient de le remplacer par du lait de vache convenablement coupé.

D'une manière générale, si l'allaitement artificiel donne des résultats aussi désastreux que ceux qui sont partout enregistrés, c'est qu'il est mal, très-mal conduit, au hasard, sans règle aucune.

La première chose à faire est de supprimer le biberon, ainsi qu'on l'a fait à la Maternité, et de donner le lait au verre ou à la cuillère.

Enfin, presque toujours le lait de vache est mal coupé. Pour un enfant nouveau-né, pendant les huit premiers jours, il faut donner un mélange fait avec un quart de lait et 3 quarts d'eau sucrée (5 de sucre p. 100 d'eau). Ce n'est que progressivement que la quantité de lait doit être augmentée jusqu'à l'âge de six mois, où le lait doit être donné pur.

En résumé donc, le mieux est de donner du lait d'ânesse, pendant six semaines ou deux mois, puis du lait de vache coupé, par moitié, d'eau.

LECTURE

La nourricerie de l'hospice des Enfants-Assistés. — M. PARROT rappelle d'abord les résultats des premiers essais d'allaitement artificiel, à l'aide du lait de vache, qui ont eu lieu vers la fin du siècle dernier, à Londres et à Rouen. Dans cette dernière ville, sur 182 enfants nourris à l'aide de lait de vache, auquel on adjoignait, au bout de quelques jours, une bouillie de lait et de farine, 5 seulement survécurent.

C'est seulement l'année dernière qu'a commencé à fonctionner la nouvelle nourricerie fondée à l'hospice des Enfants-Assistés. Il s'y trouvait d'abord plusieurs chèvres et une seule ânesse. Aujourd'hui, il n'y a plus que des ânesses.

En effet, voici quels furent les résultats :

86 enfants atteints de syphilis heréditaire ont été allaités à la nourricerie. Par suite de circonstances particulières, 6 ont pris exclusivement du lait de vache à l'aide du biberon; 1 seul a guéri, les cinq autres ont succombé. 42 ont été nourris au pis de la chèvre, 8 ont guéri, 34 sont morts ; ce qui équivaut à une mortalité de 80,9 p. 100. 38 ont été nourris au pis de l'ânesse ; 28 ont guéri, 10 sont morts ; ce qui donne une mortalité de 26,3 p. 100.

Ces chiffres mettent en évidence la supériorité du lait d'ânesse sur celui des autres animaux.

Cette supériorité doit tenir à sa composition chimique. Le lait d'ânesse contient moins de caséum et moins de graisse que le lait de chèvre nourrie à l'étable et surtout que le lait de vache. Quant au lait de chèvre, il paraît convenir, l'expérience l'a démontré, dans les pays de montagnes, où les chèvres en liberté se nourrissent comme elles le veulent ; mais à Paris il ne réussit pas. Le lait de vache est le plus mauvais de tous, comme on l'a reconnu depuis longtemps.

En manière de conclusion, on peut tirer de ce qui précède les propositions suivantes, d'un caractère éminemment pratique.

A défaut d'une bonne nourrice, l'allaitement direct au pis des animaux peut rendre de grands services.

Il est franchement indiqué pour les enfants atteints de syphilis héréditaire.

L'ânesse, par sa sobriété, par la manière dont elle supporte la stabulation prolongée, surtout par la composition chimique de son lait, qui le rapproche beaucoup de celui de la femme, tient le premier rang parmi les animaux qui peuvent être utilisés pour l'alimentation artificielle.

Viennent après la jument, la chèvre et la vache. Une ânesse en pleine lactation ne peut nourrir efficacement que trois enfants âgés en moyenne de cinq mois.

Le nombre des tétées dans les vingt-quatre heures variera de six à huit. Il sera d'autant moins considérable que les enfants seront plus âgés.

Là où la chèvre pourra vivre en liberté et trouvera ses aliments de prédilection, on la substituera sans inconvénient à l'ânesse.

Dans la thérapeutique de l'enfance, le lait d'ânesse doit tenir une place importante. Il est particulièrement indiqué dans les affections gastro-intestinales. Exceptionnellement il remplacera avec avantage le lait de femme.

Toutes les maisons hospitalières et destinées à l'alimentation des enfants du premier âge, sains ou malades, devront être pourvues d'une nourricerie où on entretiendra, proportionnellement à leurs besoins, des ânesses et des chèvres. Les constructions y seront disposées de telle sorte que l'étable où séjournent habituellement les animaux soit d'un accès facile.

Une comptabilité régulière des poids des enfants pris trois fois par semaine donnera des renseignements exacts sur le mouvement de leur nutrition et servira de point de départ aux modifications qui devront être apportées à leur régime alimentaire.

Deux enfants ou trois au plus devront être soignés par la même personne.

L'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 22 juillet 1882. — Présidence de M. Paul BERT.

COMMUNICATIONS

Expérience sur l'alimentation des jeunes mammifères avec un succédané du lait. — M. ANDRÉ SANSON fait connaître les résultats d'une expérience qui a été instituée à l'école de Grignon par son directeur, M. Dutertre. Elle a eu pour objet d'étudier comparativement la valeur nutritive, pour les jeunes agneaux, d'une mixture vendue en Angleterre sous le nom de *lactina de Bowick* et qui lui avait été envoyée à titre d'essai. Cette mixture serait très-complexe ; le malt d'orge, la farine de lentille, la poudre d'aubier de l'orme d'Amérique, la canne à sucre entreraient dans sa composition avec cinq ou six autres substances. Elle doserait 15 0/0 de protéine, 5 à 6 de matières grasses et 3,5 de matières animales. Délayée dans l'eau, elle donne un liquide dont l'aspect et la saveur sont analogues à ceux du lait.

La lactine doit d'abord être mélangée avec quatre cinquièmes de lait de vache, puis avec trois quarts, puis avec deux tiers, de façon qu'après les quinze premiers jours de son usage le mélange arrive à être par égales portions. Il est ensuite pris ainsi pendant deux mois, après quoi l'on donne le produit pur.

L'expérience a commencé le 15 mars et s'est terminée le 1er juillet. On a pris dans le troupeau vingt agneaux jumeaux. De chacune des portées doubles, l'un des jumeaux a été nourri au biberon, de lactine et l'autre a été nourri par sa mère.

M. Sanson montre deux tableaux, l'un indiquant les poids des agneaux alimentés par la lactine, successivement constatés tous les quinze jours depuis le 15 mars jusqu'au 1er juillet; l'autre, indiquant ceux des agneaux nourris par leur mère. Un simple coup d'œil sur les poids constatés au 1er juillet pour les deux groupes d'agneaux montre, constamment en faveur de ceux qui ont été allaités par leur mère, des différences qui vont plusieurs fois du simple au double et dépassent toujours un tiers en sus. Il est donc évident que l'alimentation des autres a été très-inférieure, bien qu'ils aient chaque jour reçu autant de l'aliment liquide que leur appétit leur permettait d'en prendre. De plus, trois sont morts dans le cours de l'expérience.

On pourrait être tenté d'attribuer ces différences de poids, au moins pour une part, à ce que dans le groupe des agneaux nourris avec la lactina il n'y avait presque que des femelles et dans l'autre presque que des mâles. A régime égal, ceux-ci atteignent normalement des poids plus élevés, mais il suffit de comparer les chiffres pour s'assurer qu'une telle considération ne saurait intervenir. Tandis, en effet, qu'un dirthley mâle nourri par la lactine est arrivé au poids de 15 kilogrammes, un autre dirthley mâle, son frère jumeau, nourri par sa mère, a atteint celui de 31 kil. 270. Le sexe n'est donc pour rien et l'infériorité énorme de la valeur nutritive de la mixture par rapport au lait maternel est notoire.

M. Sanson ajoute que, pour son compte, les résultats de l'expérience ne le surprennent nullement.

Phénomènes consécutifs à la section de la moelle. — M. GRÉHANT a fait, avec M. Quinquaud, une série d'expériences sur les phénomènes consécutifs à la section de la moelle chez le chien. On sait qu'à la suite de cette section on constate un abaissement de température qui va de 40° à 25°. Il était intéressant de savoir quelle influence exerçait cet abaissement de température

sur l'exhalation de l'acide carbonique. Les expériences de MM. Gréhant et Quinquaud ont montré qu'il existait une corrélation très-nette entre ces deux phénomènes.

Du contraste chromatique; sa raison physiologique, son siége cérébral. — M. H. PARINAUD. On connaît assez bien, depuis les remarquables travaux de Chevreul, les conditions physiques qui produisent le contraste des couleurs, mais on est moins bien renseigné sur les causes réelles du phénomène, c'est-à-dire sur les propriétés de l'appareil visuel qui lui donnent naissance et sur la nature de la modification sensorielle qui y correspond. En ce qui concerne le contraste simultané, par exemple, plusieurs physiologistes soutiennent, avec Helmhotz, que la couleur de contraste est l'effet d'une erreur de jugement, tandis que d'autres pensent qu'elle correspond à une sensation réelle.

D'après M. Parinaud, tous les phénomènes de contraste consécutif ou simultané résultent d'une sensation subjective réelle que modifient les impressions venues du dehors. Ils sont intimement liés à la production des images ou sensations consécutives, et c'est dans les caractères de ces sensations qu'il faut chercher les lois qui les régissent. Ils relèvent des deux propriétés suivantes de l'appareil visuel, déduites de plusieurs expériences :

1° Toute impression d'une couleur sur la rétine détermine dans les éléments nerveux une modification qui se traduit par une sensation persistante, positive ou négative. Cette sensation consécutive, surtout la négative, ajoute ses effets à ceux des impressions nouvelles, qui portent sur les mêmes parties de la rétine (contraste consécutif).

2° A cette modification des parties directement impressionnées correspond, dans les parties qui n'ont pas reçu l'impression, l'état contraire qui donne la sensation de la couleur complémentaire. (Cette nouvelle sensation induite modifie comme la première les impressions nouvelles (contraste simultané.)

Dans une communication antérieure (voyez *Gaz. des hôpit.*, mai 1882), M. Parinaud a fait connaître des expériences qui démontrent le siège cérébral des images consécutives. On est donc autorisé à conclure que le processus qui donne lieu au contraste des couleurs siège aussi dans le cerveau. L'auteur donne en outre la démonstration directe de ce fait en ce qui concerne le contraste simultané.

Tout phénomène de contraste implique deux impressions, dont l'une réagit sur l'autre. Lorsque ces deux impressions se produisent dans le même œil, on peut supposer que la réaction se passe dans la rétine ; mais si chacune d'elles est reçue par un œil différent, on est bien forcé d'admettre qu'elle a lieu dans le cerveau. Or, il est facile de modifier les expériences relatives au contraste simultané, de telle sorte que la couleur inductrice agissant sur un œil, la couleur induite se développe dans l'autre.

De l'exagération des réflexes pupillaires. — M. H. PARINAUD. La pupille, dans l'état normal, se contracte par deux influences : l'excitation lumineuse et le mouvement de convergence auquel s'associe l'effort d'accommodation. Dans les affections cérébro-spinales, dans l'ataxie en particulier, il arrive fréquemment, ainsi que l'a signalé Argyl-Robertson, que la pupille ne réagissse plus par l'excitation lumineuse, alors qu'elle se contracte par la convergence. Cette roideur de l'iris s'accompagne quelquefois d'une dilatation modifiée de la pupille, mais elle est plus fréquemment associée au myosis. Quand le myosis tabétique est très-prononcé, la pupille est d'ordinaire complètement immobile ; elle ne réagit ni par l'excitation lumineuse, ni par la convergence.

Dans certaines affections, les réflexes, au lieu d'être abolis, sont exagérés, et cette exagération s'accompagne elle aussi de myosis. Il est remarquable que ces deux états opposés coïncident souvent avec l'abolition ou l'exagération des réflexes tendineux.

Les deux formes de myosis sont faciles à distinguer. Dans le myosis avec abolition des réflexes, la pupille ne se modifie ni par les changements d'éclairage ni, le plus souvent, par la convergence. Dans la seconde forme, la contraction de la pupille s'exagère encore par l'excitation de la lumière, et si l'on y joint l'influence de la convergence on la réduit à l'état punctiforme. Par contre elle se dilate dans un lieu facilement éclairé, non pas aussi complètement que celle d'un œil normal, surtout si l'affection est ancienne, mais d'une manière assez notable cependant pour former un contraste remarquable avec la pupille tabétique.

Chez ces mêmes malades, on observe parfois de l'inégalité pupillaire qui paraît tenir à l'exagération inégale des réflexes dans les deux yeux. Il peut arriver dans ce cas que l'on fasse contracter plus fortement la pupille d'un œil en agissant sur l'œil opposé, qu'en excitant l'œil lui-même.

Sur sept malades atteints de sclérose en plaques, que M. Parinaud a observés dans le service de M. Charcot, il a trouvé l'exagération des réflexes très-prononcée dans trois cas. Deux fois elle coïncidait avec l'exagération des réflexes rotuliens, une fois avec leur abolition.

M. Parinaud signale une autre particularité des réflexes pupillaires dont il ne peut préciser la signification clinique, mais qui mérite d'être connue des physiologistes. Il arrive parfois qu'une forte excitation lumineuse, au lieu de contracter la pupille, la dilate.

Effets produits par l'arrachement du nerf phrénique et par sa régénération. — M. HÉNOCQUE fait, en son nom et au nom de M. Éloy, une communication sur ce sujet. (Sera publiée.)

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 23 juillet 1882, l'article 5 du décret du 20 juin 1878 (1) est modifié ainsi qu'il suit :

« Art. 5. — Les aspirants au doctorat, élèves des écoles préparatoires, sont examinés devant les Facultés, aux époques fixées au précédent article; ils peuvent, toutefois, sans interrompre leur cours d'études, ne passer le premier examen qu'après la douzième inscription.

Dans ce dernier cas, ils subissent le deuxième examen (1re et 2e partie), avant la treizième inscription, et sont soumis, chaque semestre, à partir de la seconde année d'études, à des interrogations dont le résultat est transmis aux Facultés, pour qu'il en soit tenu compte dans les examens de doctorat.

Les aspirants au doctorat, élèves des écoles de plein exercice, sont examinés devant les Facultés aux époques fixées par l'article 4; ils peuvent, toutefois, sans interrompre leur cours d'études, ne passer le premier examen et les deux parties du deuxième examen, qu'après l'expiration du seizième trimestre d'études; dans ce cas, ils sont soumis, dans les écoles de plein exercice, à des interrogations semestrielles, dont le résultat est transmis aux Facultés pour qu'il en soit tenu compte dans les examens de doctorat. Les élèves des écoles de plein exercice, qui ont opté pour subir le premier examen après l'expiration du seizième trimestre d'études, doivent se présenter à cet examen à la session de novembre, mais, en cas d'échec à cette épreuve, ils sont soumis, en ce qui concerne la durée des ajournements, au régime des élèves ayant seize inscriptions. »

— Par décret en date du 23 juillet 1882, vu le décret du 20 juin 1878;

Considérant que les candidats au doctorat en médecine pouvant subir la première partie du deuxième examen probatoire après la dixième et avant la douzième inscription, ont, en fait, la faculté de ne consacrer que trois trimestres à l'étude de l'anatomie ;

Considérant que chaque étudiant doit avoir nécessairement suivi le cours dont il s'agit pendant quatre trimestres ;

(1) Voy. *Gazette des hôpitaux* du 25 juin 1878.

Le paragraphe 1er de l'article 4 du décret du 20 juin 1878 (1) est modifié ainsi qu'il suit :

« Le premier examen est subi après la quatrième inscription et avant la cinquième; la première partie du deuxième examen après l'expiration du dixième trimestre d'études et avant la douzième inscription; la deuxième partie de cet examen après la douzième et avant la quatorzième inscription. »

— Le ministre de la guerre a adressé aux généraux commandants de corps d'armée les instructions suivantes au sujet des rapports sanitaires à adresser par les médecins des corps de troupe :

« Mon cher général, afin qu'il soit possible de prescrire en temps utile les mesures hygiéniques nécessaires pour empêcher ou arrêter le développement des épidémies qui peuvent se produire dans l'armée, j'ai décidé :

1° Que les médecins-majors des corps de troupe établiront un rapport indiquant les causes présumées de l'épidémie et les mesures qu'il y aurait lieu de prendre à titre préventif pour améliorer l'état sanitaire des troupes;

2° Que pendant la durée de l'épidémie, ils adresseront au ministre, tous les cinq jours, un rapport sur la marche de l'épidémie. En cas d'insuffisance des mesures prescrites, ils feront connaître celles dont l'application leur paraîtrait devoir être prise à titre complémentaire.

Ces rapports seront revêtus du visa, et, s'il y a lieu, de l'avis motivé des chefs de corps. Vous voudrez bien me les transmettre d'urgence, en me soumettant telles propositions que vous jugerez convenables. »

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le concours du clinicat des maladies cutanées et syphilitiques s'est terminé lundi soir par la nomination de M. le docteur Leloir comme chef de clinique titulaire.

— Le concours du clinicat obstétrical vient de se terminer, aujourd'hui mercredi, à onze heures du matin, par les nominations de MM. les docteurs Maygrier, comme chef de clinique titulaire, et Bar, comme chef de clinique adjoint.

— Les vacances annuelles commenceront le dimanche 6 août 1882. La réouverture de la Faculté aura lieu le 15 octobre.

— *Faculté des sciences de Paris.* — Samedi prochain 29 juillet 1882, à quatre heures du soir, dans la salle des examens de la Sorbonne, M. Morizot soutiendra sa thèse de doctorat ès sciences physiques, ayant pour sujet : Étude sur la variation des températures de deux corps en présence.

(1) Voy. *Gazette des hôpitaux* du 25 juin 1878.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Étude sur la goutte et sur ses différents modes de traitements, par le docteur Souligoux, médecin consultant, à Vichy. 1 vol. in-8°. — Prix : 5 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Des dyspepsies constitutionnelles et de leur traitement par les eaux sulfureuses, par le docteur Senac-Lagrange. In-8°. — 1 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Les Eaux de Châtel-Guyon, par le docteur Édouard Voury. In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Syphilis et alcool : Les inviteuses, par les docteurs Barthélemy et L. Devillez. In-8°. — Prix : 75 centimes. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Du pansement à l'iodoforme et de ses dangers, par le docteur Le Dentu. In-8°. — Prix : 50 centimes. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 13173.

N° 87. — SAMEDI 29 JUILLET 1882. 55e ANNÉE. SAMEDI 29 JUILLET 1882. — N° 87.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50.** — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Le « genu valgum » et son traitement.

La *Gazette des hôpitaux*, dans son dernier numéro, a publié une leçon de M. Daniel Mollière, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, sur le traitement du *genu valgum* par l'ostéoclasie obtenue au moyen de l'appareil de M. Robin.

Dernièrement, à l'Hôtel-Dieu de Paris, nous avons vu, dans des cas semblables, l'ostéoclasie, pratiquée par MM. les professeurs Richet et Le Fort à l'aide de l'appareil à leviers de M. Robin, donner également d'excellents résultats.

La malade de M. Richet était âgée déjà de dix-sept ans et demi. C'était la fille d'un pharmacien de province. Le *genu valgum* se compliquait chez elle d'un certain degré de courbure rachitique des os et d'un peu de rétraction des muscles du mollet : d'un côté surtout, il existait une tendance à l'équinisme qui ne permettait pas au pied de porter d'aplomb sur le sol et de s'y appuyer à plat.

Une fois l'inclinaison latérale du genou détruite par le redressement, que l'appareil de M. Robin effectue avec une force qu'il s'agit surtout de modérer, chacun des membres inférieurs fut placé dans un appareil orthopédique. Cet appareil, constitué essentiellement par des tiges d'acier articulées entre elles et reliées par des bandes de cuir, permettait les mouvements de flexion et d'extension d'avant en arrière du genou et du cou-de-pied, mais s'opposait, comme une double attele, à toute inflexion latérale. Les pieds restaient donc rapprochés, les genoux ne pouvaient plus redevenir cagneux ; et, résultat presque inattendu, au bout de quelques jours les pieds eux-mêmes perdirent leur attitude vicieuse, pouvant se relever à angle droit.

C'est également chez une malade du dehors que M. Le Fort appliqua le même procédé de redressement ; mais il s'agissait d'une enfant de quatre à cinq ans, et les parents n'étant pas assez riches pour faire la dépense d'un appareil orthopédique, il fallut se contenter d'un appareil plâtré.

A ce propos, M. Le Fort a fait une leçon magistrale sur le *genu vulgum*, ses causes et les moyens de le guérir.

On attribue actuellement le *genu valgum* ou genou cagneux à une difformité portant sur le condyle interne du fémur. Antérieurement on en avait cherché la cause dans les tissus péri-articulaires, tendons ou ligaments.

Le pied est porté en dehors, lorsque la jambe est étendue, par suite de l'obliquité du plan de l'articulation fémoro-tibiale ; sur ce point tout le monde est d'accord. Le condyle interne descend trop bas, il est trop long relativement au condyle externe. S'agit-il d'une hypertrophie portant sur tout l'ensemble de ce condyle interne, et le rendant trop gros en même temps que trop long ? M. Le Fort ne le croit pas.

S'il en était ainsi, en effet, le pied serait porté en dehors même quand la jambe serait fléchie, puisqu'alors même le plan de l'articulation resterait oblique, le condyle interne faisant en arrière une saillie exagérée.

Or il suffit de fléchir les jambes de quelques degrés pour pouvoir ramener les deux pieds au contact.

L'excès de developpement porte donc exclusivement sur la partie la plus inférieure du condyle interne du fémur. L'épiphyse n'est pas épaissie d'avant en arrière, pas plus que latéralement.

Le but qu'on se propose pour guérir le *genu valgum* est de ramener à un même niveau la face inférieure des deux condyles.

On a proposé dans ce but, soit une section portant sur l'épiphyse de manière à permettre de la faire basculer, dans le degré voulu, en bas et en dedans, soit une fracture sous-cutanée de cette épiphyse à l'aide de diverses manœuvres ou appareils.

On peut souvent, chez les enfants très-jeunes, effectuer le détachement de l'épiphyse et le redressement du membre à l'aide de pressions pratiquées avec les mains seules ; les procédés de M. Delore, de M. Tillaux, etc., rentrent dans cette première méthode.

Plus tard, pour produire une fracture équivalente, il faut recourir à des appareils tels que ceux de M. Colin ou de M. Robin.

Mais la fracture est-elle nécessaire pour la guérison du *genu valgum?*

M. Le Fort est sur ce point en désaccord avec la plupart des chirurgiens.

Il est convaincu que presque toujours, même chez les individus déjà âgés, avec de la patience, et en employant de simples appareils prothétiques qui puissent exercer une traction continue sur les membres déviés, en faisant ressort,

on pourrait finir par ramener ces membres à la rectitude, sans violence aucune et sans fracture.

Suivant lui, le gonflement de la face inférieure du condyle interne du fémur dans le *genu vulgum* tiendrait surtout à une inégale répartition de la pression pendant la marche sur la surface articulaire.

Il est facile de comprendre, en effet, que du moment où il s'est produit un angle latéral, si petit fût-il, entre deux os unis sur une surface plane, le poids du corps doit toujours tendre à augmenter cet angle de plus en plus, et la pression est très-différente sur la surface de jonction vers le sommet et vers l'aire de cet angle.

Or, s'il est vrai qu'une pression donnée soit nécessaire pour réprimer l'exubérance des surfaces articulaires et pour leur conserver leur forme (ce qui se passe dans les cavités articulaires en cas de luxation très-ancienne en paraît la preuve), on comprend que le genou cagneux le devienne de plus en plus par le gonflement de la face inférieure du condyle interne.

Si les conditions dans lesquelles la pression s'exerce se trouvent alors modifiées par une traction continue et d'une certaine énergie qui tende à renverser la direction de l'angle, le condyle externe à son tour pourra se développer, tandis que la pression refrénera le développement du condyle interne.

Malheureusement, les appareils qui peuvent amener ces résultats sont très-coûteux ; le séjour au lit nécessité par leur emploi est très-prolongé : et c'est pourquoi M. Le Fort a souvent recours à la fracture de l'épiphyse.

Mais chez plusieurs malades, même chez des adultes, il a réussi à obtenir une guérison absolument complète sans aucune violence, sans ostéoclasie, à plus forte raison sans ostéotomie.

Les hémiplégies émotives.

De tout temps on a remarqué que certains paralytiques avaient l'émotion très-facile, s'attendrissaient et pleuraient pour un rien.

On pourrait citer, par exemple, un ancien professeur de la Faculté de Paris, neveu d'un orateur illustre, et célèbre lui-même, qui, frappé de paralysie étant jeune encore, avait conservé une intelligence très-ouverte ; mais, en recevant des visiteurs presque indifférents, leur exprimait sa sympathie en fondant en larmes.

De tels faits sont assez nombreux pour que la plupart des praticiens en aient observé ; mais on n'y voyait que le résultat d'une perte d'équilibre du système nerveux chez ces malades au moral affaibli.

On les rencontrait principalement chez des hémiplégiques qui l'étaient devenus par apoplexie ou ramollissement cérébral.

Pourtant cette émotivité excessive ne se présentait pas chez d'autres malades dont le cerveau était pareillement lésé.

Il en était donc comme de l'aphasie, qu'on voit se produire chez les uns, et non chez les autres.

Mais pour l'aphasie, ces différences sont actuellement expliquées par des localisations diverses des foyers de ramollissement ou d'apoplexie.

Régulièrement, un hémiplégique, pour être aphasique, doit avoir sa paralysie du côté droit ; il faut, en outre, que la troisième circonvolution frontale du côté gauche ait été touchée.

La pensée que l'émotivité excessive de certains hémiplégiques pouvait résulter également d'une localisation spéciale de la lésion dans certaine région du cerveau a été récemment émise par M. Luys.

Chez un certain nombre de malades, M. Luys avait remarqué que ce phénomène coïncidait avec une paralysie du côté gauche, et qu'il en fallait, par conséquent, rechercher la cause dans le côté droit du cerveau.

On peut observer en ce moment, à l'hôpital Laennec, trois femmes hémiplégiques, paralysées toutes les trois du côté gauche et qui présentent tous les caractères de l'hémiplégie émotive, telle que M. Luys l'a décrite.

Une de ces malades, couchée au n° 28 de la salle Saint-Bernard, dans le service de M. le professeur Ball, est une ancienne cantinière, qui a été frappée d'apoplexie à l'âge de soixante-six ans, dans le mois de janvier de cette année. Jusqu'alors elle jouissait d'une bonne santé et n'était nullement impressionnable, à ce qu'elle raconte. Mais aujourd'hui, dès qu'on lui parle, elle se trouble ; sa figure prend une expression de douleur profonde, et ses réponses, interrompues par des sanglots, sont bientôt inintelligibles. Cette malade ne quitte pas son lit et elle est devenue gâteuse : la paralysie, qui est complète dans les membres du côté gauche, affecte aussi, mais légèrement, le côté gauche de la face.

Chez une autre malade, âgée de cinquante-cinq ans, et qui se trouve au n° 18 de la même salle Saint-Bernard, l'émotivité, paraît-il, du moins à un certain degré, a précédé l'apoplexie, qui date du 13 mars de l'année dernière. Cette femme a toujours eu les pleurs très-faciles ; mais son impressionnabilité s'est considérablement accrue depuis qu'elle est paralysée du côté gauche. Quand M. Ball lui adresse la parole, son émotion se manifeste par une voix larmoyante et même par des pleurs.

Une troisième hémiplégique, salle Monneret, n° 8, n'est âgée que de quarante-deux ans, et elle a eu son dernier enfant trois mois avant le commencement de son hémiplégie, qui remonte à dix-huit mois. Jusqu'alors elle était sujette à des attaques d'hystérie qui revenaient à peu près chaque mois, et vers l'époque desquelles se produisaient aussi de véritables accès de larmes. Ce fut après une de ces attaques, beaucoup plus longue que les autres, car elle aurait duré, dit-elle, plus de quatre heures, que cette femme se trouva paralysée du bras et de la jambe gauches. Chez elle, la face n'a pas été touchée. Depuis lors, elle n'eut plus aucune crise de nerfs ; mais l'émotivité était devenue continuelle. Elle répondait habituellement d'une voix traînante et pleurante, avec une figure désolée, que ne comportait en aucune manière la banalité des questions et des réponses. A ce point de vue, depuis quelques jours, il y a un peu d'amélioration. En même temps, la paralysie du membre inférieur semble s'amender. Les mouvements d'extension et surtout de flexion, bien que très-limités, sont redevenus possibles. Quant au membre supérieur, il est contracturé et en demi-flexion, comme c'est la règle.

Voilà donc trois cas d'hémiplégie émotive qui doivent avoir leur cause dans le côté droit du cerveau, comme chez les malades de M. Luys, puisque la paralysie siège du côté gauche.

M. Luys est allé plus loin dans son essai de localisation.

Dans toutes les observations suivies d'autopsie rassem-

blées par lui dans son mémoire, il a noté qu'il existait, outre des lésions du corps strié et de l'insula auxquelles on devait rattacher la paralysie du mouvement, une destruction plus ou moins profonde de la première circonvolution temporale droite, située au fond de la scissure de Sylvius.

Quant à l'explication qu'il propose pour faire comprendre comment la destruction d'une région du cerveau pourrait avoir pour résultat, non la suppression, mais l'exaltation de la faculté émotive, elle rentre dans la théorie des phénomènes inhibitoires, récemment soutenue par M. Brown-Séquard, c'est-à-dire dans la théorie de l'action modératrice exercée par certaines parties du système nerveux sur d'autres parties de ce même sytème.

Nous avons déjà précédemment parlé de cette théorie, sur laquelle nous aurons encore à revenir.

Elle a pour base des expériences dans lesquelles on voit l'excitabilité s'accroître dans les nerfs quand on isole de telle ou telle autre partie du système nerveux, la portion des centres où se trouve leur origine.

Il se passerait quelque chose d'analogue dans le cerveau lui-même, par rapport à ses diverses facultés. Il y aurait des centres dont l'action principale serait de régler, de modérer ou même d'arrêter complètement les actions ou les impressions dont d'autres centres seraient le siège.

A leur défaut, les actes cérébraux rentreraient dans le cadre de ces actes impulsifs, involontaires, automatiques, dont l'importance serait considérable aux yeux de M. Luys, ainsi que nous l'avons montré, dans la *Gazette des hôpitaux*, à propos d'un cas singulier désigné par lui sous le nom de *chorée du langage* (1).

Il faudrait appliquer aux centres cérébraux la théorie que M. Vulpian a développée à propos des centres médullaires et que nous avons récemment analysée.

Chacun de ces centres jouirait d'une certaine autonomie. Il pourrait s'y faire non-seulement des transmissions toutes mécaniques d'un courant nerveux, mais toute une élaboration de phénomènes synergiques, aboutissant à des actes coordonnés.

La volonté, le moi pensant, la personnalité psychique pourrait tout régler, par ses ordres, et non par une action directe.

L'action directe serait ailleurs, dans des centres subordonnés, soit cérébraux, soit médullaires.

On connaît déjà celui de ces centres qui est chargé de présider à la faculté du langage. On sait que dans son voisinage se trouvent ceux qui dirigent les mouvements volontaires de la moitié droite du corps. Si la théorie de M. Luys est exacte, il y aurait donc aussi dans le voisinage de ceux qui dirigent les mouvements volontaires de la moitié gauche du corps, un centre dont le rôle serait de modérer les impressions reçues, la violence des sentiments qui en résultent et l'énergie de leurs manifestations extérieures.

Mais d'abord, l'hémiplégie émotive est-elle toujours une hémiplégie du côté gauche?

Le même degré d'émotivité ne se rencontre-t-il pas souvent en dehors de l'hémiplégie par cause cérébrale?

La destruction de la première circonvolution temporale du côté droit est-elle nécessaire pour ce que cette émotivité se produise?

Toutes ces constatations ne pouvaient être faites qu'une fois la question posée. Mais maintenant on saura bientôt à quoi s'en tenir, car les praticiens, une fois leur attention appelée sur ce sujet, ne tarderont pas à recueillir des faits pr obants dans un sens ou dans l'autre.

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, année 1879.

La première période de la phthisie.

Le traitement de la phthisie pourrait être surtout réellement efficace à la première période, à cette période où les lésions, encore microscopiques, ne se traduisent point par des signes physiques très-évidents, tels que la matité, les craquements, etc.; mais par des modifications extrêmement légères dans le timbre respiratoire, modifications qui ne sont perçues que par une oreille très-exercée.

C'est à cette période surtout qu'il serait utile de rechercher, suivant la recommandation de M. le professeur Peter, la température locale du thorax prise au niveau des sommets des poumons.

En effet, cette température monterait de près d'un degré dans la phthisie, soit par suite d'une action réflexe portant sur les vaso-moteurs, soit, comme le suppose M. Peter, par un rayonnement direct du calorique autour de la partie malade, plus chaude par inflammation.

Au contraire, dans la chlorose, qui se confond si souvent par les signes extérieurs pour un début de phthisie, la température locale du thorax, prise, par exemple, dans le second espace intercostal, serait inférieure à la moyenne.

M. Peter a fait faire devant nous l'application de ces principes au diagnostic différentiel des maladies dont sont atteintes trois jeunes filles, entrées dans son service à la Charité.

Ces trois jeunes filles présentaient à peu près le même ensemble symptomatique : irrégularité de la menstruation, pâleur, dyspepsie, gastralgie, maux de tête, vertiges, palpitations, etc.

Mais chez l'une d'elles, par une auscultation très-minutieuse, on découvrait, en outre, vers le sommet du poumon gauche, un peu de prolongement dans l'expiration, et dans l'inspiration un peu de cette rudesse sur laquelle M. Grancher a récemment insisté beaucoup. La percussion ne dénotait rien d'anormal.

Or voici quels furent les résultats de l'exploration thermométrique chez les trois malades :

Chez cette dernière, une jeune fille blonde, âgée de dix-sept ans, demoiselle de magasin, couchée salle Sainte-Madeleine, n° 19, la température axillaire étant de 7,3, la température thoracique, prise dans le second espace intercostal du côté gauche (au même niveau où l'on avait d'abord noté le prolongement du bruit expiratoire et la rudesse de l'inspiration), s'élevait à 36 degrés 8 dixièmes et demi, dépassant ainsi de plus d'un degré la normale, qui à ce niveau doit être, suivant M. Peter, de 35 degrés 8 dixièmes.

Chez une des autres, couchée au n° 20 de la même salle, âgée de dix-neuf ans, également demoiselle de magasin, chez laquelle les bruits de la respiration s'étaient trouvés tout à fait normaux, la température axillaire étant de 37,7, la température thoracique restait au-dessous de la normale : elle n'était que de 35,6.

Chez la troisième, domestique, brune, très-pâle, âgée de vingt ans, couchée au n° 8, la température axillaire était de 37,4, et la température thoracique, prise avec le même thermomètre, de 35,4 seulement.

Pour que ces faits fussent probants, il faudrait savoir ce

qu'il adviendra de chacune de ces trois malades. Mais dès à présent la coïncidence des indications fournies par l'auscultation et l'exploration thermométrique nous a paru bonne à noter.

HOPITAL DU MIDI. — M. Charles Mauriac.

Des syphilides (1).

VII

Il faut toujours avoir présente à l'esprit la possibilité de ces coïncidences sur lesquelles je reviendrai au sujet de chaque syphilide. Elles compliquent la question du diagnostic et le rendent quelquefois impossible. — Cependant, en analysant minutieusement toutes les circonstances présentes ou passées des dermatopathies sur lesquelles on doit porter un jugement, on arrive presque toujours à déterminer leur véritable provenance. Les éléments du diagnostic des syphilodermies se trouvent dans la séméiotique générale que je vous en ai tracée. Qu'il me suffise ici de vous énumérer leurs principaux caractères : indolence, aphlegmasie, couleur, chronicité, polymorphisme, éruptions variées et d'âges différents dans la même poussée ; lieux d'élection ou topographie spécifique : commissures labiales, ailes du nez, région frontale à la naissance des cheveux, cuir chevelu, langue, isthme du gosier, ongles, région génito-anale ; particularités de forme et d'évolution, etc., etc. Enfin les coïncidences de lésions manifestement syphilitiques sur d'autres organes que la peau ou les muqueuses peuvent éclairer d'une lumière décisive le diagnostic dans les cas équivoques, obscurs ou compliqués. — Quant au pronostic général, pour l'instituer sur des bases solides, on prendra surtout en considération : 1° la forme, le nombre, le volume et les tendances de chaque élément générateur : tache érythémateuse, papule, tubercule, gomme ; 2° leur association et dans cette association la nature et le processus de l'élément qui prédomine ; 3° l'âge de la diathèse, c'est-à-dire la période de son évolution générale à laquelle apparaît telle ou telle espèce de syphilodermie ; 4° la régularité ou l'irrégularité chronologiques des éruptions : ainsi les syphilides d'ordre tertiaire ulcéro-tuberculeuses qui se manifestent exceptionnellement aussitôt après le chancre sont douées d'une malignité que n'ont pas ces mêmes syphilides quand elles apparaissent dans la saison qui leur est propre, c'est-à-dire dans la phase tertiaire ; 5° l'intervalle des poussées et leur intensité croissante ou décroissante à mesure qu'elles se succèdent ; 6° la localisation, les récidives sur place atténuées ou aggravées, la diffusion ou la concentration des lésions, l'importance topographique ou fonctionnelle des organes atteints, etc. Voilà quelles sont les principales circonstances dont il faut tenir compte dans le pronostic.

Une première question se présente au sujet du traitement et je ne veux pas l'éluder, quoiqu'il ne soit pas ordinaire, en syphiliographie, qu'on la pose et qu'on la résolve. Faut-il traiter les syphilides exanthématiques? Je n'entends point, par là, les entourer de soins hygiéniques convenables et propres à faciliter ou à hâter leur guérison spontanée, ni écarter les causes susceptibles de les aggraver ou de les perpétuer, etc. Tout cela est élémentaire et d'une évidence qui exclut toute discussion. Je veux dire : faut-il administrer les spécifiques que nous possédons contre elles, à doses assez élevées pour les interrompre brusquement dans leur processus, les juguler pour ainsi dire et en faire justice le plus promptement possible? On a comparé les premières poussées érythémateuses des syphilides à celles d'un exanthème fébrile virulent et je vous ai dit que cette analogie n'était pas dépourvue de tout fondement. Eh bien, supposez que vous fussiez en possession d'un spécifique puissant contre la variole, la rougeole ou la scarlatine ; oseriez-vous l'employer pour arrêter, en pleine crise réactionnelle, l'une de ces pyrexies dans ses manifestations tégumentaires? Ne craindriez-vous pas de placer les malades dans l'imminence d'un danger prochain ou éloigné en jetant ainsi le trouble dans l'ordre évolutif? Garantiriez-vous que ce travail d'élimination, de dépuration qui se fait à la surface de la peau et des muqueuses ne va pas se porter ailleurs si vous l'interrompez dans ses opérations salutaires? Ne voit-on pas des enfants, dont l'éruption, pour une cause ou pour une autre, n'a pas pu atteindre la plénitude de son efflorescence, tomber dans la cachexie ou passer d'une maladie aiguë et accidentelle à une maladie constitutionnelle et chronique qui a pris naissance dans les germes momentanément avortés de la pyrexie dermique?... C'est ici que l'analogie entre les fièvres éruptives et la syphilis, légitime sur certains points, se trouve en défaut ou du moins n'est pas rigoureusement exacte. Et en effet, une fièvre virulente est une intoxication accidentelle qui n'a point de tendance à devenir permanente et qui, par cela même, suscite une synergie réactionnelle d'autant plus puissante qu'elle doit être de moindre durée. Malgré qu'un ordre parfait préside à l'évolution dans les formes régulières de ces sortes de fièvres, les fonctions organiques sont trop fortement surexcitées pour rester en état d'équilibre stable. Aussi les rétrocessions, les délitescences dangereuses peuvent-elles survenir, et quand la détermination cutanée s'évanouit, le mouvement morbide qui la produisait se déplace et va s'effectuer sur un organe interne. En est-il ainsi pour la syphilis? Non. Sans doute, dans les formes généralisées et aiguës de ses premières poussées, elle manifeste bien quelque velléité de réaction fébrile ; mais quelle insignifiance dans cette tentative, quand on la compare aux effets tenaces, prolongés, et toujours sur la récidive, ici ou là, à un moment ou à un autre, des syphilodermies de la phase virulente ! Je crois donc qu'en attaquant ces syphilodermies, en les faisant disparaître, à n'importe quelle date de leur évolution, en les guérissant ou en les prévenant, on améliore la situation générale des malades bien loin de l'aggraver. On a dit que les manifestations viscérales de la syphilis devenaient plus communes depuis que les manifestations cutanées diminuaient de nombre et de gravité. Cette assertion est-elle bien exacte? N'est-il pas plus naturel de croire que si les viscéropathies spécifiques sont plus fréquentes, c'est que l'on sait mieux les découvrir et les reconnaître? — Le balancement morbide entre les déterminations cutanées et les déterminations internes de la syphilis, est loin d'être aussi bien établi que dans les pyrexies exanthématiques ou même que dans les accidents propres à la dartre et surtout au rhumatisme et à la goutte. — A cet égard la scrofule et la syphilis se ressemblent ; elles sont plus fixes, moins mobiles que les autres maladies constitutionnelles dans leurs déterminations cutanées et muqueuses.

---

(1) Fin. — Voir le numéro du 20 juillet 1882.

Il est très-utile de traiter les dermatopathies précoces de la syphilis; mais est-ce indispensable? Ici encore je répondrai négativement. Les formes érythémateuses superficielles et généralisées, telles que les roséoles rubéolique, maculeuse ou papuleuse, tendent à guérir spontanément. Il n'est donc pas nécessaire de recourir à un traitement énergique pour les faire disparaître. Quand on l'administre en pareille occurrence, on vise plus les manifestations ultérieures que la détermination actuelle. Cette spontanéité curative est moins prononcée sur les muqueuses que sur la peau. Les plaques muqueuses contemporaines de la roséole sont beaucoup plus tenaces; c'est qu'elles appartiennent à l'ordre papuleux. Or les syphilides papuleuses exigent, elles, une médication spécifique vigoureusement conduite, et encore ne suffit-elle pas toujours pour en venir facilement à bout. Plus on avance dans la diathèse et plus ses manifestations réclament l'emploi des spécifiques. Dans les formes ecthymateuses, tuberculeuses et gommeuses, ils sont impérieusement indiqués. Le mercure, sous tous ses modes d'administration, possède une vertu curative qui trouve son application dans le premier groupe des syphilides, c'est-à-dire dans les formes érythémateuses et papuleuses. Sans doute, il agit aussi sur celles du deuxième groupe ulcéro-gommeux, mais avec moins de promptitude et d'efficacité. Pour les combattre il faut avoir recours à l'iodure de potassium seul ou combiné avec l'hydrargyre. Souvent, mais pas toujours, on obtient des résultats merveilleux de l'emploi des spécifiques dans le traitement des syphilodermies. N'ayez pas cependant une foi trop absolue dans leur infaillibilité. Il faut pour le développement de leurs vertus curatives (je ne parle point de leurs vertus préventives) que l'organisme ne se montre pas réfractaire, qu'il consente, et qu'il ne leur fournisse pas un terrain trop inerte ou trop épuisé pour y laisser germer et grandir l'action thérapeutique. En pareil cas, et vous verrez que cette éventualité n'est pas rare dans les syphilodermies malignes précoces, ou dans les tardives et les cachectiques, la tâche du médecin ne doit pas être de gorger à saturation son malade de mercure et d'iodure de potassium, mais de relever ses forces, de donner un peu de résistance et d'énergie à son organisme et de le rendre apte, s'il le peut, à se laisser impressionner par l'intervention spécifique de façon à en développer et à en féconder les effets curatifs.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 26 juillet 1882. — Présidence de M. L. Labbé.

COMMUNICATIONS

Kystes de l'ovaire, injections iodées, ovariotomie. — M. Boinet répond aux accusations qui ont été portées contre les injections iodées dans le traitement des kystes de l'ovaire. Parmi les objections, dit-il, qui ont été mises en avant, il en est une qui est basée sur les difficultés du diagnostic des diverses variétés de kystes ovariques. Ce diagnostic n'est pas difficile. Tout d'abord la distinction entre les kystes multiloculaires et les kystes uniloculaires est très-aisée, et pour ne parler que des derniers, il est facile de distinguer entre elles leurs diverses variétés. En effet, les kystes uniloculaires présentent plusieurs variétés qui sont: 1° les kystes séreux, dont le liquide est citrin, clair, verdâtre, analogue à celui de l'ascite, kystes faciles à diagnostiquer; 2° les kystes dont le contenu est albumineux, filant, épais, également faciles à reconnaître même avant la ponction; 3° les kystes purulents, tout aussi aisés à reconnaître, non-seulement par la palpation, mais aussi par les antécédents de la malade; 4° les kystes hématiques, dont le diagnostic n'offre pas non plus de sérieuses difficultés; 5° les kystes hydatiques ou paraovariens présentant de leur côté des caractères distinctifs. Chacune de ces variétés peut généralement être diagnostiquée avant même la ponction. Celle-ci, d'ailleurs, dans les cas où le diagnostic reste douteux, permet de l'éclairer d'une façon absolue en faisant connaître la couleur, la consistance, la nature du liquide, et permet conséquemment de poser les indications pour le traitement. Ces indications sont les suivantes:

Le kyste à contenu séreux est dans les conditions où l'injection iodée est le plus efficace. Le kyste à contenu filant, épais, albumineux ne guérit pas par l'injection iodée et exige l'ovariotomie; le kyste purulent est également de ceux qui ne peuvent guérir que par l'ovariotomie; le kyste hématique doit être traité par l'injection iodée. Quant à la dernière variété, au kyste paraovarien, il peut guérir après une seule ponction; mais c'est là une exception. Si la ponction seule ne suffit pas, il faut recourir à l'injection iodée, bien plutôt qu'à l'ovariotomie. Ces kystes paraovariens, d'ailleurs extrêmement rares, ne sont pas des kystes hydatiques proprement dits. Le liquide ne contient pas de crochets ni d'échinocoques. il ne ressemble pas à celui des kystes hydatiques du foie. On peut les rencontrer aussi bien chez les enfants ou chez l'homme que chez la femme.

On a dit que l'injection iodée était une méthode dangereuse. J'ai fait jusqu'à vingt et vingt-cinq injections iodées dans le même kyste, sans avoir jamais eu d'accidents. Après une étude approfondie de la question, je suis arrivé à distinguer les kystes pouvant guérir par l'injection iodée de ceux contre lesquels cette injection est impuissante. Parmi ces derniers se trouve en première ligne le cancer. Je me rappelle une malade à laquelle j'avais fait sans succès plusieurs injections iodées: je me décidai à lui pratiquer l'ovariotomie et j'envoyai la pièce à M. Robin, qui put y constater la présence d'éléments cancéreux. En effet, la malade succomba deux ans après l'opération à un cancer généralisé. Quand l'injection iodée ne réussit pas, il y a une cause particulière qui oblige à recourir à l'ovariotomie. En général, l'injection iodée réussit dans les kystes uniloculaires séreux à contenu citrin.

On a accusé l'iode de causer l'inflammation des tissus au contact desquels il est porté. C'est là une erreur. L'iode agit comme modificateur, comme substitutif et non comme agent inflammatoire. Il arrête la fermentation putride. Mélangé à du pus de mauvaise nature, il en fait du pus de bonne nature. C'est, en un mot, un puissant antiseptique.

M. Boinet rappelle ici les principales propriétés de l'iode qu'il a fait connaître dans ses travaux et le défend contre les accusations dont il a été l'objet. Puis, revenant aux kystes de l'ovaire, et à leur traitement, il cherche à bien poser les indications et les contre-indications de l'ovariotomie, juge la valeur de cette opération, et termine en exprimant le regret que, jusqu'ici, en France, on n'ait pas fait de statistiques complètes des cas d'ovariotomies.

Il a, sur ce sujet, consulté M. Spencer Wells qui a pratiqué, aujourd'hui, 1,072 ovariotomies, dont il donne les succès et les insuccès. Sur les 72 dernières il n'a perdu que quatre malades. Il est regrettable, dit-il en terminant, que des statistiques semblables n'aient pas été faites en France.

Extraction d'un tube à drainage tombé dans la cavité thoracique. — M. Duboué (de Pau) communique une observation dans laquelle il s'agit de l'extraction d'un tube à drainage tombé accidentellement dans la cavité thoracique, dans un cas de pyo-pneumo-thorax ancien, avec persistance d'une fistule thoracique. Ce tube a pu être extrait à l'aide d'une anse de caoutchouc introduite à plusieurs reprises, une quinzaine de fois environ, dans la cavité thoracique.

Élongation des nerfs. — M. Le Fort communique l'observation d'un chasseur ayant reçu un coup de feu dans le bras gauche. Aussitôt le coup reçu, il se produisit une paralysie subite de ce bras, paralysie siégeant sur les parties animées par le nerf mé-

dian. Quatre mois après l'accident, la paralysie persistait, les mouvements communiqués étaient extrêmement douloureux ; il y avait une atrophie des muscles de la main. Sur le trajet du nerf médian, on sentait un point induré sur une longueur de 3 centimètres. M. Le Fort mit ce nerf à découvert, le trouva volumineux, induré, disséqua tout le tissu de nouvelle formation qui l'entourait, constata qu'il n'y avait pas de grains de plomb et pratiqua ensuite l'élongation du nerf. Les douleurs persistèrent les jours qui suivirent, mais en changeant de caractères. Peu à peu elles diminuèrent et finirent par disparaître. La paralysie diminua sous l'influence des courants faradiques.

PRÉSENTATIONS D'INSTRUMENTS

M. GUYON présente, de la part de M. Delaissement (de Saint-Quentin) un nouveau trocart pour passer des tubes à drainage. (Sera publié.)

M. ROBIN (de Lyon) présente un appareil destiné à pratiquer l'ostéoclasie pour le traitement du *genu valgum* des adultes. — Voir plus haut. (Sera publié.)

M. POULET (de Lyon) présente un instrument destiné à pratiquer la dilatation du col de l'utérus à l'aide d'une poche des eaux artificielle. (Comm. : M. Polaillon.)

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

De la thrombose veineuse dans les tumeurs fibreuses de l'utérus (1), par M. le docteur Henri Bastard, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Les tumeurs fibreuses de l'utérus peuvent s'accompagner, à un moment donné de leur évolution, de thrombose veineuse. Cette thrombose siège, non dans tous les cas, mais le plus souvent au membre inférieur gauche. Elle peut être rattachée à deux causes : la première, la principale, est l'état d'anémie dans lequel sont plongés les malades ; la seconde, qui, le plus souvent, n'est qu'adjuvante, est la compression que peut exercer la tumeur sur les veines iliaques. Sans avoir la signification fatale qu'elle a dans les affections cancéreuses, son pronostic est néanmoins très-grave à cause de la fréquence de sa terminaison par embolie pulmonaire.

Étude clinique sur l'absinthisme chronique (2), par M. le docteur Léon Gautier, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Sous l'inspiration de son maître, M. Lancereaux, M. le docteur Gautier vient d'étudier avec soin l'absinthisme chronique. On jugera de la valeur de ce travail par les conclusions dans lesquelles l'auteur résume ses recherches.

L'abus habituel de l'absinthe détermine une série de désordres dont les uns sont semblables à ceux de l'alcoolisme ordinaire, tandis que les autres en diffèrent soit comme degré, soit comme nature. Paris et l'Algérie sont les deux centres où se contracte presque exclusivement l'habitude de l'absinthe, au moins pour ce qui est des malades de l'hôpital.

Tous les symptômes de l'absinthisme relèvent directement ou indirectement du système nerveux. Le caractère des absinthiques est remarquable par son impressionnabilité, par la succession ou le mélange de l'irritabilité et de la tristesse. Les rêves de ces malades sont analogues à ceux des alcooliques, plus effrayants peut-être encore ; les hallucinations de la vue et de l'ouïe sont beaucoup plus fréquentes dans l'absinthisme. Le délire absinthique ne diffère pas du délire alcoolique, comme lui il ne survient qu'à l'occasion d'une cause déterminante (affection intercurrente, émotion vive, abus excessif produisant un épisode aigu).

Les symptômes les plus caractéristiques de l'absinthisme sont des phénomènes douloureux, soit spontanés, soit provoqués. L'hyperalgésie occupe particulièrement les extrémités, la région ovarienne, le rachis. Plus souvent que l'alcoolisme, l'absinthisme détermine un affaiblissement des membres pouvant aller jusqu'à une véritable paralysie. Les troubles sensitifs et moteurs des extrémités sont remarquables par leur symétrie et leur marche ascendante vers la racine des membres. Les convulsions généralisées sont un symptôme de l'absinthisme aigu ; on ne les observe dans l'absinthisme chronique que sous l'influence d'un épisode aigu ou à la suite du développement d'une lésion cérébrale. Les troubles digestifs sont analogues à ceux de l'alcoolisme, mais moins prononcés. Les désirs et la puissance génitale sont chez l'homme très-rapidement et profondément compromis par l'abus de l'absinthe. Chez la femme, elle paraît rendre la ménopause plus précoce et disposer à l'avortement et à la mort des enfants en bas âge.

Les absinthiques meurent presque fatalement de tuberculose pulmonaire ; il est absolument exceptionnel de les voir arriver à soixante ans. Les lésions cadavériques de l'absinthisme peuvent actuellement être distinguées de celles de l'alcoolisme ; elles sont caractérisées également par un état de vieillesse anticipée de tous les organes. Dans aucune autopsie, il n'existait de cirrhose hépatique ni d'athérome artériel.

(1) In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, A. Coccoz.
(2) In-8°. Prix : 3 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Jeudi dernier, un grand nombre d'habitants de Neuilly-sur-Seine venaient accompagner à sa dernière demeure l'un des médecins les plus distingués et les plus sympathiques de la commune, M. le docteur Variot, mort des suites de la diphthérie contractée dans l'exercice de sa profession.

Au bord de la tombe, plusieurs discours ont été prononcés. M. le docteur Damaschino, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Laennec, a rappelé brièvement en termes émus le passé et les mérites de celui que la médecine vient de perdre. M. le député Boisset, M. le docteur Legrand, M. Corra, rédacteur de l'*Événement*, et un sous-lieutenant du 39e de ligne, au nom de l'armée à laquelle Variot avait autrefois appartenu comme médecin militaire, etc., ont, tour à tour, fait l'éloge du défunt et compati à la douleur de la jeune veuve et du petit orphelin qu'une mort prématurée prive de son affection. L'horrible diphthérie contre laquelle le docteur Variot a lutté durant dix jours a été contractée au chevet d'un jeune malade qui, grâce à ses soins, est aujourd'hui complètement rétabli. Son nom viendra s'ajouter à la liste déjà trop nombreuse des victimes du devoir.

— Nous apprenons aussi à regret la mort de M. le docteur Simon (François), décédé à Paris, à l'âge de soixante-dix-huit ans.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les concours du clinicat médical et du clinicat chirurgical viennent de se terminer. Sont nommés dans l'ordre suivant :

Clinicat médical. — Chefs de clinique titulaires : 1er M. le docteur Brissaud ; 2e M. le docteur Gaucher ; chefs de clinique adjoints : 1er M. le docteur Faisans ; 2e M. le docteur Juhel-Rénoy.

Clinicat chirurgical. — Chefs de clinique titulaires : 1er M. le docteur Paul Segond ; 2e M. le docteur Bazy ; chefs de clinique adjoints : 1er M. le docteur Petit (Charles) ; 2e M. le docteur Jullien.

— Au nombre des agrégés, dont nous avons donné la liste dans notre numéro du 20 de ce mois, et qui sont appelés à suppléer, pendant les vacances, MM. les professeurs de clinique médicale et

chirurgicale dans leur service hospitalier, nous devons ajouter les noms suivants :

Hôtel-Dieu : M. Richelot remplacera M. le professeur Richet; M. Joffroy remplacera M. le professeur Germain Sée.

Charité : M. Landouzy remplacera M. le professeur Hardy.

Pitié : M. Lancereaux remplacera M. le professeur Lasègue.

Les suppléants de MM. les professeurs Potain, Panas et Ball ne sont pas encore désignés.

— Le concours pour les bourses de doctorat, ouvert le 20 de ce mois s'est terminé le 26; les questions suivantes ont été données :

1° *Élèves ayant quatre inscriptions.* — *a.* Physique : Chaleur spécifique des corps solides et des corps liquides; *b.* Chimie : Le mercure et ses principaux composés; *c.* Histoire naturelle : Le sarcopte de la gale, les rubiacés à ipécacuanha.

2° *Élèves ayant huit inscriptions.* — Anatomie descriptive : L'os maxillaire inférieur; l'articulation temporo-maxillaire; les muscles élévateurs et déducteurs de la mâchoire inférieure.

3° *Élèves ayant douze inscriptions.* — *a.* Anatomie et histologie : L'intestin grêle; *b.* Physiologie : La digestion intestinale.

4° *Élèves ayant seize inscriptions.* — *a.* Pathologie interne : Diagnostic et anatomie pathologique de la méningite tuberculeuse; *b.* Pathologie externe : La hernie ombilicale.

— Le concours du clinicat des maladies des enfants s'est terminé ce matin, vendredi 28 juillet 1882, par la nomination de M. Leroux comme chef de clinique titulaire et M. Variot (G.), — le frère de notre regretté confrère, dont les obsèques ont eu lieu avant-hier, — comme chef de clinique adjoint.

— La première des deux épreuves définitives du concours pour la nomination à deux places de médecin du bureau central s'est terminée mercredi soir. Le sujet de la composition écrite a été : *Kyste hydatique du foie, symptômes, anatomie pathologique, diagnostic et traitement.*

— Un de nos correspondants de Rio-de-Janeiro nous annonçait, il y a quelques mois, que l'état sanitaire était excellent au Brésil, qu'il n'y avait pas et qu'il n'y aurait pas, cette année, de fièvre jaune au Brésil.

Par prudence, nous avions supprimé cette dernière affirmation un peu risquée. Mais les évènements donnent raison à notre honorable correspondant. Il n'y a pas eu, cette année, de fièvre jaune au Brésil; bien plus, on n'a signalé aucun cas de cette maladie ni aux Antilles, ni au Sénégal.

— La Société protectrice de l'Enfance de Lyon met au concours la question suivante : *Hygiène et prophylaxie des affections de l'intestin chez les enfants du premier âge* (*diarrhée, dysenterie, choléra infantile*).

Une médaille d'or sera décernée par la Société, dans la séance publique de mars 1883, au meilleur mémoire qui lui sera envoyé sur ce sujet. Les mémoires devront être adressés *franco* avant le 31 janvier 1883, à M. le docteur Léon Rieux, secrétaire général, rue Bourbon, 40, à Lyon. Ils porteront en tête une épigraphe, qui sera répétée sous un pli cacheté et renfermant le nom et l'adresse de l'auteur. Conformément aux usages académiques, les mémoires envoyés ne seront pas rendus.

La Société se réserve, si elle le juge convenable, et avec l'assentiment de l'auteur, d'imprimer elle-même, *à ses frais*, le mémoire couronné.

— L'excursion géologique dirigée par M. Stanislas Meunier et que nous avons annoncée dans un précédent numéro, aura lieu, conformément à l'itinéraire suivant, aux environs d'Autun et dans le Bourbonnais. Le rendez-vous est à Paris, à la gare de Lyon, le jeudi 3 août 1882, à cinq heures quarante-cinq minutes du soir.

Première journée, jeudi 3 août : De Paris à Autun.

Deuxième journée, vendredi 4 août : Environs d'Autun.

Troisième journée, samedi 5 août : Muse et Montieu.

Quatrième journée, dimanche 6 août : Le Creusot ou le Mont Beuvray.

Cinquième journée, lundi 7 août : Moulins et Commentry.

Sixième journée, mardi 8 août : Le terrain houiller de Commentry.

Septième journée, mercredi 9 août : Néris, son établissement thermal et ses sources.

Huitième journée, jeudi 10 août : Saint-Éloi et Menat. Départ pour Paris; arrivée le vendredi 11 août au matin.

— *Avis.* — Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Fragments de chirurgie antiseptique, par le docteur Jules Bœckel, chirurgien des hôpitaux civils de Strasbourg. 1 vol. in-8°. — Prix : 12 francs. — Paris, Germer Baillière et Cie.

Les névralgies, leurs formes et leur traitement, par le professeur Vanlair, 2e édition. 1 vol. in-8° avec figures dans le texte. — Prix : 8 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Les maladies de l'oreille chez l'enfant, par le professeur Treceloch, traduit de l'allemand par le docteur Delstanche. 1 vol. in-8°, avec 7 figures dant le texte. — Prix : 5 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Étude sur les granulations de Pacchioni, suivie d'une note sur les moyens de communication de la circulation veineuse intra-crânienne avec l'extérieur du crâne, par le docteur Charles Labbé, aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris. Grand in-8° avec 6 planches. — Prix : 3 fr. 50. — O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 13194.

N° 88. — MARDI 1er AOUT 1882. 55e ANNÉE. MARDI 1er AOUT 1882. — N° 88.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........ 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

COUR D'ASSISES DES VOSGES.

Affaire Martiné.

Le 23 juin dernier, la ville d'Épinal (Vosges) a été mise en émoi à propos d'une affaire judiciaire qui avait surexcité l'attention publique depuis près d'un an.

Le 7 juillet 1881, une fille de vingt-deux ans, Ernestine Martiné, succombait rapidement, sans que rien dans son état de santé eût pu expliquer sa mort subite.

Deux ans auparavant, le frère de la jeune personne, Charles Martiné, mourait à peu près dans les mêmes conditions, après avoir contracté une assurance sur la vie dont le bénéfice devait revenir à son frère, Édouard Martiné, après son décès.

En 1872 déjà, un nommé Arnoux avait fait une opération du même genre, pour 20,000 francs, valeur qui fut réduite plus tard, faute de paiements de primes, et dont Édouard Martiné touchait le montant après la mort de l'assuré.

Édouard Martiné, dont la position obérée était connue depuis plusieurs années, se chargeait donc de faire contracter à des tiers des assurances sur la vie dont il payait les primes et dont les capitaux, reversibles sur sa tête en cas de prédécès des assurés, devaient lui servir à remettre ses affaires en état.

Il est accusé d'avoir fait mourir sa nièce Ernestine.

Appelés à éclairer le parquet d'Épinal sur cette mort subite, les experts chimistes ont conclu à un empoisonnement par la strychnine.

L'estomac et le cerveau de la victime renfermaient cet alcaloïde en proportion notable. Le poids de strychnine extraite de l'estomac était de 0g,85 : quantité suffisante pour faire périr dix-sept personnes, en admettant que la dose moyenne toxique soit de 0g,05, comme l'indiquent les ouvrages les plus autorisés.

La substance possède absolument la même forme cristalline que la strychnine des laboratoires.

Elle jouit de propriétés chimiques identiques à celles de la strychnine pure, et présente toutes les réactions physiologiques de cette base.

Le même alcaloïde a été extrait du cerveau. Nous l'avons injecté à un lapin, qui est mort peu de temps après l'opération, en présentant tous les signes caractéristiques de l'empoisonnement par la strychnine. Le lendemain, après la mort de l'animal, nous avons soumis ses viscères à l'action de véhicules appropriés, et nous en avons extrait de la strychnine nettement caractérisée par ses propriétés physiques et chimiques. Nous avons administré la solution à des grenouilles, par voie hypodermique, et nous avons remarqué chez elles les effets tétaniques les mieux accentués.

De l'ensemble de ces faits, nous avons conclu à un empoisonnement par la strychnine.

Les preuves pour la constatation de la nature du poison étaient d'une évidence si frappante, que le jury chargé de prononcer son verdict à la fin des débats n'a pas hésité d'affirmer la culpabilité de l'auteur du crime.

La défense, usant de son droit, s'était fait renseigner sur la valeur de nos opérations et de nos résultats, par un confrère qui est venu déposer contre nous à l'audience.

Elle a conclu non-seulement à l'insuffisance de nos démonstrations, mais encore et surtout à la confusion de la prétendue strychnine extraite des organes de la victime avec une substance d'une tout autre nature, une ptomaïne, qui se serait produite dans le cadavre pendant la putréfaction.

Ces contestations ont amené nécessairement une discussion qui n'a pas été sans valeur, et qui a été reproduite partiellement dans les journaux. Désireux de la faire connaître au public médical, et principalement à vos lecteurs, nous venons vous prier de vouloir bien nous accorder l'hospitalité de votre estimable journal.

Au dire de la défense, les experts chimistes auraient eu le tort d'inventer un procédé spécial, au lieu de suivre la méthode classique employée dans des analyses de cette nature ; en second lieu, ils se seraient trompés du tout au tout, en confondant la ptomaïne cadavérique avec de la strychnine.

Nous allons montrer tout d'abord que notre procédé opératoire n'était pas en défaut.

En effet, après avoir reconnu, à l'aide de la méthode de Stas, que les viscères à examiner contenaient de la strychnine, nous avons employé la méthode de Draggendorf, pour extraire l'alcaloïde contenu dans le restant de l'estomac que nous avions réservé à dessein pour cette seconde opération.

Au lieu d'épuiser les solutions aqueuses acides, par le pétrole, la benzine, le chloroforme et l'alcool amylique, et de traiter plus tard les solutions alcalinisées par l'ammoniaque à l'aide des mêmes dissolvants et dans le même ordre, nous avons préféré modifier la méthode générale et l'approprier à nos besoins. Ce changement consistait uniquement à épuiser les solutions acides par la benzine, à les neutraliser ensuite par l'ammoniaque pour en extraire finalement la strychnine à l'aide du chloroforme. Comme la solubilité de la base dans ce dernier véhicule est de douze à quatorze fois plus grande que dans le premier, la modification indiquée ci-dessus semblait s'imposer à nous tout naturellement.

Ce point ne supporte donc pas la moindre critique.

On a dit en second lieu que le cadavre de la victime renfermait des ptomaïnes au lieu de strychnine et que, en raison de la similitude des propriétés physiques et chimiques de ces substances avec

celles des alcaloïdes, et surtout de la grande analogie de leurs effets physiologiques, nos conclusions étaient inexactes et auraient dû, tout au moins, être très-réservées.

Nous ferons remarquer ici qu'avant de formuler la conclusion de nos expériences d'une manière aussi catégorique, nous n'avons pas négligé la plus grande circonspection dans la mission délicate qui nous avait été confiée, et que nous nous sommes attachés scrupuleusement à l'observation des faits.

Nous avions recherché les publications les plus récentes relatives à l'étude des ptomaïnes, à leur origine, à celle de leurs propriétés physiques et chimiques et de leurs réactions physiologiques.

Or il résulte de cette étude qu'il n'existe jusqu'à présent aucune ptomaïne nettement cristallisée dont la forme puisse se confondre avec celle de la strychnine. De tous les auteurs, en effet, qui se sont occupés de cette question, il n'y en a aucun qui ait observé une forme parfaitement définie, car autrement il n'aurait pas manqué de la retracer en la copiant sur une préparation microscopique, soit à l'aide de la chambre claire ou de tout autre moyen.

M. Gautier vient de présenter à l'Académie de médecine un nouveau travail sur les ptomaïnes, dans lequel il fait connaître l'existence de carbonates, de chlorhydrates et de chloroplatinates cristallisés de ces bases, sans indiquer toutefois la forme cristalline des bases elles-mêmes.

Or comme nous avons obtenu, dans le cas qui nous occupe, une substance parfaitement cristallisée, dont les formes très-nettes sont identiques à celles de la strychnine pure, nous en concluons que cette matière n'est pas une ptomaïne.

La masse considérable de cristaux extraits de l'estomac ne pourait d'ailleurs pas se rapporter à une ptomaïne formée au bout de huit jours.

Des expériences directes, faites sur des restes cadavériques conservés dans nos laboratoires depuis plus de six mois à un an, et soumis par conséquent aux phénomènes de putréfaction très-avancée, ne nous ont fourni qu'une quantité très-faible de ptomaïne, comparée à la quantité de matière que nous avions extraite de notre résidu ammoniacal à l'aide du chloroforme.

Au point de vue de son caractère chimique spécial, la strychnine que nous avons obtenue n'était pas à confondre avec une ptomaïne; car la substance cristalline donne une magnifique teinte bleue violacée en présence de l'acide sulfurique additionné de bichromate de potasse.

Les ptomaïnes brutes, au contraire, telles qu'on les obtient par l'extraction à l'aide de la benzine ou du chloroforme, se colorent en brun ou en brun noir, quelquefois en terre de Sienne avec pointe de jaune. MM. Boutmy et Brouardel mentionnent en outre une coloration verte; mais celle-ci pourrait fort bien résulter de l'action du réactif sur quelque matière autre qu'une ptomaïne.

Ainsi donc, sous le rapport des caractères chimiques, point de confusion entre la strychnine et la ptomaïne.

Notre résidu chloroformique jouissait de la propriété de réduire le cyanure rouge en présence du chlorure ferrique; il renfermait par conséquent une ptomaïne, mais le bleu de Prusse formé était en quantité trop faible pour qu'on eût pu l'attribuer à la substance qui souillait les cristaux.

En comparant en dernier lieu les réactions physiologiques des ptomaïnes avec celles de la base extraite des organes de la victime, on obtient des différences encore plus tranchées que les précédentes, qui ne permettent plus d'élever aucun doute sur la nature de la substance trouvée.

L'alcaloïde provenant du résidu chloroformique produit chez les grenouilles et le lapin, après injection hypodermique, une excitation des centres nerveux, d'où résultent des mouvements tétaniques des extrémités. Ces mouvements se reproduisent par intermittence, sans cause connue, mais surtout, et d'une manière très-accentuée, toutes les fois que l'animal est soumis à une excitation quelconque.

Il n'en est pas de même quand on injecte les ptomaïnes à des doses égales à celles de la strychnine. Les centres des organes respiratoires sont affectés en premier lieu: la respiration se ralentit, il se produit une forte dyspnée, et bientôt après tous les muscles du tronc et des extrémités se paralysent, l'animal ne répond à aucune excitation extérieure. Il s'affaisse et reste complètement inerte.

Nous ajouterons en plus que le sang des grenouilles empoisonnées par les ptomaïnes est complètement noir, tandis qu'il est rutilant à la suite de l'intoxication par la strychnine; c'est ce que nous avions toujours observé à la suite des injections hypodermiques de la substance extraite de l'estomac et du cerveau de la victime.

Nos expériences physiologiques concordent donc entièrement avec nos réactions physiques et chimiques. Elles nous autorisent, d'une façon absolue, à attribuer le cas de mort subite que nous avions à examiner à un empoisonnement par la strychnine.

Drs Schlagdenhauffen et Garnier
Professeurs agrégés à la Faculté de médecine de Nancy.

HOPITAL NECKER. — M. Potain.

Ictère simple, effets de la rétention de la bile.

Il y a quinze jours, je traitais devant vous, à l'occasion de deux malades du service, des causes de l'ictère biliaire. Aujourd'hui, je reprends cette question de l'ictère pour vous parler des effets de la rétention de la bile, c'est-à-dire de la coloration des tissus et des sécrétions, des troubles digestifs, circulatoires et nerveux.

1° *Coloration.* — Tous les tissus de l'économie peuvent être imprégnés de bile à des degrés variables, mais les tissus conjonctifs le sont à un plus haut degré, notamment la peau, tandis que le cerveau, les nerfs et les muscles le sont très-peu.

L'intensité de la coloration varie aussi de la teinte soufrée au jaune d'or, — ce qui a fait donner le nom de *morbus aureus, morbus regius* à l'ictère, — et même au jaune brun foncé, parfois même au verdâtre chez les malades atteints d'ictère chronique. Les parties de la peau les plus minces, comme le pourtour des lèvres, les paupières, etc., sont celles qui sont le plus facilement et le plus promptement colorées. Cette coloration est quelquefois rapide; elle est lente le plus souvent, et les cas de coloration, pour ainsi dire instantanée, comme dans l'ictère spasmodique, sont des faits exceptionnels.

La coloration brune a quelquefois été tellement foncée qu'elle simulait au premier abord la maladie d'Addison. Mais l'ictère simple s'en distingue par la généralisation de la teinte brune à toute la surface du corps, tandis que dans la maladie bronzée les parties surtout atteintes sont celles qui sont exposées à l'action de l'air.

Cette coloration dépend du degré et de la durée de l'obstruction des voies biliaires. C'est ainsi que si un calcul produit une obstruction de courte durée, la peau peut n'avoir pas eu le temps de se colorer. Aussi la teinte ictérique de la peau n'a-t-elle pas une bien grande importance; elle nous indique la chronicité du mal, ce que nous saurait dire tout aussi bien le malade, ainsi que l'intensité de l'obstruction. Enfin elle est plus désobligeante que réellement laide, pour celui dont les téguments sont ainsi colorés.

Elle atteint aussi les muqueuses, et, par une circonstance singulière, la face supérieure de la langue échappe à la coloration par la bile, et présente au contraire une surface d'un blanc éclatant. Ceci paraîtrait en contradiction avec ce

que l'on appelait autrefois l'enduit bilieux de la langue, si l'on ne savait que la bile n'y entre absolument pour rien. La blancheur éclatante des cellules épithéliales de la langue tient à leur disposition arborescente et à leur desquamation rapide qui laisse voir la langue toute couverte d'une forêt d'arbrisseaux, dont les surfaces lisses revêtent un aspect blanc et brillant sous l'influence de la lumière.

Chez les malades dont la langue est sèche ou recouverte d'un enduit jaunâtre, la disposition arborescente des cellules ne se termine pas en pointe aiguë mais bien en pointe mousse, et les lamelles épithéliales se recouvrent de matières granuleuses, d'amas de vibrions et de sels déposés par la salive.

Tous les mucus, nasal, bronchique, intestinal, voire même le mucus de la vésicule du fiel, lorsque celle-ci ne contient plus de bile, en raison de l'obstruction des voies, restent blancs. Il en est de même des larmes et de la salive, qui ne sont jamais colorées à moins d'inflammation de la bouche ou d'intoxication mercurielle. Le lait se colore quelquefois en jaune, mais sa teinte n'est jamais bien intense. Les sérosités sont toujours très-jaunes, qu'elles soient articulaires, pleurales, péricardiques ou ascitiques. Les exsudats inflammatoires se colorent également avec la plus grande facilité; c'est ainsi que, dans le cas de pneumonie concomitante de l'ictère, les crachats deviennent jaunes, verdâtres, coloration qui peut persister quelques jours encore après que l'ictère a disparu.

La sueur se colore aussi très-facilement par la bile, et quelquefois même plus que les autres sécrétions; mais on a assez rarement l'occasion de le constater, les ictériques transpirant ordinairement très-peu. Néanmoins, Andral cite, dans sa *Clinique*, l'observation d'un homme qui s'aperçut, pour la première fois, qu'il était jaune en s'épongeant le front baigné de sueur.

Quant aux urines, c'est là surtout que l'on retrouve la matière colorante de la bile, car elles sont sa voie d'élimination la plus importante. L'ictère n'est pas la seule cause de la coloration des urines; la fièvre et l'hémaphéisme les colorent aussi, mais différemment; quelques substances médicamenteuses, telles que la rhubarbe, la santonine, produisent le même effet. Aussi est-il bien important de reconnaître la cause, l'origine de cette coloration. Le meilleur moyen de reconnaître la présence de la bile dans l'urine est d'avoir recours aux réactifs chimiques, comme l'acide nitrique contenant un peu d'acide hypoazotique qui fait passer successivement l'urine par toutes les teintes de l'arc-en-ciel.

La coloration des urines n'affecte pas toujours la même intensité. C'est ainsi que, laissées quelque temps à l'air, leur coloration se modifie et l'acide nitrique ne donne presque rien. Dans d'autres cas, les urines, examinées aussitôt qu'elles ont été rendues, ne donnent rien, et l'on n'obtient quelques résultats par l'acide nitrique qu'au bout de plusieurs heures. Dans le premier cas cela tient à ce que la matière colorante a été altérée par l'oxygène de l'air; dans le second cas, cela résulte de la présence de matières chromogènes empêchant la matière colorante de se dégager avant un certain temps.

Sans nous occuper ici des acides biliaires que l'on peut déceler par les réactifs chimiques, nous disons seulement que les urines renferment aussi des résines biliaires qui sont précipitées par l'acide nitrique et dissoutes par l'alcool ou l'éther. Enfin, on trouve également des lamelles d'épithélium et des cylindres provenant de l'organe rénal, ainsi que des dépôts de pigment du rein lui-même qui s'imprègne aussi de la matière colorante de la bile. Le dernier fait a été parfaitement démontré par des autopsies. Ceci est très-important, car le sort des ictériques dépend de la manière dont les reins fonctionnent pour une élimination plus ou moins rapide de la bile; vous voyez par là la valeur pronostique qui peut résulter de l'observation des urines. Bien que l'on n'ait rien à faire pour modifier le passage de la bile à travers l'organe rénal, il importe de favoriser avec certaines précautions cette élimination, non par des diurétiques puissants, mais bien plutôt par des boissons abondantes, par des eaux très-peu minéralisées, qui ne puissent pas fatiguer le rein.

2° *Troubles digestifs.* — Ils sont dus tout d'abord à l'absence de la bile dans les organes où elle se déverse normalement, à la dose d'un litre environ par vingt-quatre heures. Lorsque le passage de la bile se trouve interrompu, il survient très-rapidement de la dyspepsie, de l'inappétence, une certaine amertume de la bouche et de la constipation. Une autre conséquence de cette interruption de l'écoulement biliaire dans les voies digestives, c'est le défaut d'émulsionnement des matières grasses, d'où résulte une diminution dans leur absorption, telle parfois que ces matières passent presque en totalité dans les garde-robes. Du reste, un fait curieux, en rapport avec cette absence d'émulsionnement, c'est la répulsion instinctive que les ictériques éprouvent pour les corps gras.

Nous avons eu dans le service, l'an dernier, une femme dont les selles étaient presque exclusivement composées de matières grasses. Ce que voyant, je lui prescrivis immédiatement de la pancréatine, et dans les trois jours, ces matières disparaissaient et les selles redevenaient normales.

Un autre effet remarquable de la bile, c'est de mettre obstacle à la fermentation, d'avoir, pour ainsi dire, une action antiseptique; de là, l'acidité des garde-robes, si les malades font usage d'une nourriture surtout végétale; de là, aussi, une fétidité très-grande des matières dans le cas d'une alimentation animale. C'est alors que l'on a conseillé l'usage de la bile de bœuf, épaisse, prise à la dose de cinquante à soixante centigrammes, mais trois heures seulement après chaque repas, afin de laisser à la digestion gastrique le temps de se faire et aux aliments de parvenir dans le duodénum.

Troubles circulatoires. — Ces troubles sont caractérisés par un ralentissement du pouls, qui peut descendre jusqu'à quarante et même vingt pulsations par minute. La respiration se ralentit en même temps. Le pouls présente une faible tension, les artères radiales sont molles, dépressibles. Ce ralentissement, qui dépend d'une insuffisance des systoles cardiaques, ne présente rien de grave en soi; il est le résultat du passage, non de la matière colorante de la bile dans le sang, mais des acides biliaires, ainsi que cela a été démontré par les expériences de MM. Ritter et Feltz (de Nancy).

Quant au souffle que l'on constate quelquefois et qui se produit au niveau de la valvule tricuspide, il est le résultat, non pas de l'ictère lui-même, mais de la maladie du foie qui l'a provoqué, tel que calculs biliaires, catarrhe des voies biliaires, etc.

Des hémorrhagies sont quelquefois la conséquence de l'ictère; peu graves ordinairement, comme l'épistaxis, elles

peuvent acquérir une grande intensité lorsqu'elles proviennent de l'intestin et de l'estomac, où elles sont le résultat d'un obstacle à la circulation de la veine-porte. Enfin, ces hémorrhagies peuvent se généraliser, se produire à la fois par plusieurs voies : la peau (*purpura hemorrhagica*), l'estomac, l'intestin, les bronches, etc.; mais alors nous en arrivons à l'ictère grave, dont je n'ai pas à vous parler ici, le but de cette seconde leçon, comme celui de la première, étant l'ictère simple.

Troubles du système nerveux. — Ce sont : 1° une certaine amertume produite par les acides biliaires sur les papilles de la langue; 2° la xanthopsie ou la vision jaune, phénomène rare, il est vrai, car Franck ne l'a constaté que cinq fois sur mille ictériques. Pour moi, ce phénomène est tellement rare qu'il en est presque douteux. Mais les troubles visuels que l'on rencontre plus fréquemment sont de l'amblyopie. Du reste, je n'insiste pas non plus sur ce fait; 3° un prurit plus ou moins douloureux, qui n'est nullement en rapport avec l'intensité de l'ictère, qui en marque généralement le début et cesse assez souvent lorsque l'ictère s'est développé. Cependant, on l'a vu persister quelquefois, non-seulement pendant toute la durée de la maladie, mais encore plusieurs mois après la guérison; 4° outre le prurit, il se produit encore parfois de l'urticaire, en plaques plus ou moins étendues, notamment chez les sujets rhumatisants; 5° du xanthelasma, c'est-à-dire l'apparition de plaques d'un jaune pâle sur la peau, plaques dont le siège le plus ordinaire se trouve aux paupières, à la face palmaire des mains et des doigts et quelquefois aussi sur les lèvres. Le xanthelasma peut revêtir deux formes différentes, l'une tout à fait plate, c'est le *xanthelasma plana*, l'autre saillante ou *xanthelasma tuberosa*.

Dans le premier cas, la peau, sans épaississement au niveau de ces plaques, est seulement plus pâle et plus jaune que d'habitude; elle peut être aussi plus ridée, surtout aux plis des doigts. Ce phénomène est constitué par une infiltration graisseuse superficielle du derme.

Dans le xanthelasma tuberosa, au contraire, il y a prolifération conjonctive, et l'infiltration graisseuse n'est que secondaire. La saillie des plaques est plus ou moins considérable et ressemble quelquefois à celle d'un véritable molluscum.

Les autres troubles nerveux que l'ictère simple peut entraîner sont : une adynamie plus ou moins profonde, une dépression morale quelquefois très-grande, de l'hypochondrie, une tristesse excessive, la perte des forces, l'amaigrissement, l'insomnie, une céphalalgie intense, des vertiges même, et l'ictère peut alors devenir menaçant.

Du reste, il faut bien le dire, il n'y a pas, en réalité, de petit ictère, car pour peu que la maladie dure quelque temps, elle est toujours susceptible de se transformer en ictère grave, c'est-à-dire en une affection dont la guérison est chose exceptionnelle.

Les ictériques sont donc dans un état d'équilibre instable, et le médecin doit avoir pour but constant, dans son traitement, de ménager le foie, d'éviter à tout prix de l'exciter, sous peine d'entraîner la forme grave. C'est ainsi qu'il doit rejeter les drastiques puissants, qu'il lui faut préserver également le rein de toute irritation par des boissons excitantes, qu'il doit garantir ses malades de tout refroidissement, de peur de modifier désavantageusement l'élimination des principes biliaires.

Au contraire, il devra maintenir avec le plus grand soin les fonctions de la peau par des frictions et des bains alcalins.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Verneuil.

Épithélioma ganglionnaire de la gaine du muscle sterno-mastoïdien.

Dans nos conférences journalières, il est plus souvent question de pathologie spéciale ou générale que de thérapeutique chirurgicale, car je suis autant médecin que chirurgien. Mais aujourd'hui, en présence du fait qui doit nous occuper, il s'agit d'être chirurgien et opérateur; cette dernière qualité je la place au second rang, accordant la première, place au chirurgien pathologiste. Néanmoins, je le répète, il est certains moments dans la carrière où il faut savoir être opérateur pour mener à bien l'œuvre chirurgicale à entreprendre.

Il s'agit aujourd'hui d'une entreprise opératoire devant laquelle j'ai quelque peu hésité, me trouvant en face d'une tumeur grave dans une région de l'économie des plus périlleuses.

Notre malade est un homme âgé d'une quarantaine d'années, ayant toujours joui d'une bonne santé jusque dans ces derniers temps. Il est sans aucun antécédent syphilitique ou autre; il est seulement un peu rhumatisant.

Le mal dont il est actuellement atteint a débuté, en apparence du moins, il y a quatre mois, par une tumeur de la bourse séreuse anté-thyroïdienne, par une tuméfaction de la gaine du muscle sterno-cléido-mastoïdien, laquelle a augmenté peu à peu. Indolente dès les premiers temps, elle est encore peu douloureuse aujourd'hui. Elle est apparue sans cause connue. Elle a été soignée tout d'abord par un de nos anciens élèves, ancien interne des hôpitaux, et médecin fort instruit. Mais tous les moyens employés, toutes les pommades appliquées, sont restés sans résultat, et le mal a pris tout à coup et en très peu de temps un tel accroissement, qu'il y a dix-sept jours, lorsque cet homme est venu chez moi me consulter, la tuméfaction, aujourd'hui considérable, était encore toute petite.

Actuellement, il existe deux tumeurs, l'une ulcérée, l'autre en voie de ramollissement.

Au premier moment, j'hésitai entre quelque accident tertiaire, quelque gomme du muscle sterno-mastoïdien et un néoplasme à marche rapide. Depuis lors la maladie a fait de tels progrès, que le doute n'est plus permis et que sa nature néoplasique est aussi évidente que possible; ce n'est pas un syphilôme ulcéré.

De plus, il s'est développé deux fongus végétants affectant le caractère d'épithélioma ulcéré d'origine ganglionnaire. Mais d'où peuvent venir ces ganglions, si ce n'est, d'après leur siège, de la gaine du muscle sterno-mastoïdien? Ici se place une autre question : Quel peut-être le point de départ d'un pareil engorgement épithélial? car il faut qu'il y ait quelque part un néoplasme primitif. Malgré toutes nos recherches et l'intérêt qui s'y rattache, nous ne l'avons pas trouvé. Cela est d'autant plus fâcheux que je suis obligé, dans l'opération que je vais entreprendre, d'extirper le muscle sterno-cléido-mastoïdien pour atteindre les ganglions profonds logés dans sa gaine. Ces différents ganglions se trouvant en relations avec la grappe des ganglions carotidiens

et ceux-ci avec celle des ganglions médiastins, de là la possibilité de rencontrer de distance en distance une série de ganglions atteints par la néoplasie épithéliomateuse.

Voilà pourquoi il eût été important de trouver le point de départ de la maladie, afin de la poursuivre jusqu'à son origine. Aussi ne suis-je nullement rassuré, et il m'arriverait d'être obligé de faire reporter le malade à son lit avec une opération incomplète, en ce sens qu'il resterait encore des ganglions malades inaccessibles, que je n'en serais nullement surpris.

Je vous ai dit qu'il me fallait extirper le muscle sterno-mastoïdien en raison des ganglions qui se confondent avec lui; de plus, comme la peau se trouve atteinte par les deux fongus, le fond de la plaie que nous allons faire se trouvera constituée par la gaine des vaisseaux carotidiens, gaine dans laquelle je vais être forcé de pénétrer aussi pour enlever les ganglions malades. Ce que je crains encore de rencontrer, ce n'est pas l'adhérence de quelques ganglions avec les artères carotides, mais bien avec les veines, comme je l'ai déjà vu quelquefois. C'est ainsi que, dans ma carrière chirurgicale, j'ai été forcé trois fois d'extirper un segment de la veine jugulaire interne après ligature posée à ses deux extrémités.

Cette extirpation de la jugulaire n'est pas très-grave en elle-même, et je l'ai faite chaque fois sans accident, imputable du moins au temps opératoire. Une seule fois, j'ai vu, après cette double ligature et le segment laissé dans la plaie, survenir des accidents cérébraux particuliers résultant d'une thrombose de la veine propagée aux sinus latéraux et d'une méningo-encéphalite consécutive du côté correspondant à la ligature de la veine jugulaire.

Si j'attaque la gaine des vaisseaux, comme cela paraît probable, et si je suis forcé de lier la veine jugulaire, j'aurai maille à partir avec la carotide, que je serai forcé de dénuder largement.

Je me suis autrefois expliqué à plusieurs reprises sur l'intérêt qui s'attache à la dénudation des artères, question qui a été traitée sous mon inspiration, il y a dix ou onze ans environ, dans la thèse d'un de mes anciens élèves, M. Delbarre. Cette opération n'a qu'une médiocre importance au point de vue du pronostic, quel que soit le calibre des artères sur lesquelles on la pratique, pourvu, bien entendu, que le malade n'ait point de fièvre, et qu'il ne se développe aucune inflammation un peu violente de la plaie. Elle n'offre non plus aucun danger sérieux, à la condition expresse que la dénudation ne soit pas complète, qu'elle n'ait pas cette exactitude rigoureuse avec laquelle on la fait à l'amphithéâtre pour une préparation anatomique; car, dans ce cas, nous courrions le risque de quelque hémorrhagie secondaire qui deviendrait le point de départ de complications générales graves. Il faut donc, tout en pratiquant cette dénudation, avoir le soin de conserver au vaisseau une couche de tissu conjonctif d'une certaine épaisseur. Un fait très-curieux, c'est que cette opération terminée, l'artère bat encore pendant un certain temps, elle semble se rétracter peu à peu, se couvre de granulations et bientôt elle ne bat plus. Que devient-elle alors? Nous l'ignorons complètement jusqu'à ce jour.

Dans la région que nous allons explorer chirurgicalement, il y a aussi des organes nerveux dont la présence nécessitera certaines précautions : c'est d'abord le pneumogastrique que nous devons éviter de comprimer, de lier ou de léser d'une façon quelconque ; c'est ensuite le grand sympathique, mais sa situation, le long de la colonne vertébrale, nous permet d'espérer que nous n'irons pas jusqu'à lui.

Nous allons donc avoir à dénuder les trois carotides. Après pareille opération sur la peau, le muscle, les ganglions et les vaisseaux, il ne nous sera pas possible de tenter une réunion de la plaie, et nous devrons faire un pansement à plat, en y ajoutant certaines précautions qui m'ont déjà plusieurs fois très-bien réussi, notamment la semaine dernière, chez une femme à laquelle nous avons enlevé une tumeur ulcérée du sein. Je veux parler du badigeonnage de la plaie avec l'acide chromique, qui est un agent très-puissant pour détruire les matières putrides qui se trouvent sur les surfaces ulcérées. Grâce à cette destruction énergique aucune inoculation directe n'est à redouter ; c'est ce que j'appellerai l'antiseptie préventive. Chez la femme dont je vous parle, ce procédé nous a si bien réussi, qu'elle n'a pas eu la moindre fièvre, que nous n'avons constaté aucune élévation de température.

Nous allons donc avoir recours également ici à l'acide chromique et d'autant plus volontiers que la région qui nous occupe ne permet guère l'emploi des pulvérisations antiseptiques.

Je vais donc, comme opération, commencer : 1° par circonscrire la surface à attaquer par le thermocautère; 2° mettre à nu les deux insertions inférieures du sterno-mastoïdien; 3° soulever le muscle en relevant ses deux chefs et renverser la tumeur de bas en haut et de dedans en dehors pour aller à la recherche de la gaine des vaisseaux carotidiens; 4° lier, s'il est nécessaire, la veine jugulaire interne d'abord du côté du cœur, afin aussi de parer, indépendamment de toute hémorrhagie, à cet accident d'autant plus redoutable qu'elle est peu éloignée du cou, je veux parler de l'introduction de l'air dans les veines qui foudroierait brusquement notre malade; la lier ensuite à son bout supérieur, ligatures nécessaires avant toute section du vaisseau. Dès que je serai parvenu à obtenir deux bonnes ligatures, je pourrai, avec une certaine sécurité, disséquer ma tumeur.

Pendant le cours de cette opération, je repousse absolument tout instrument tranchant; je ne me servirai que du thermocautère, de mes doigts, de mes ongles et de la sonde cannelée, afin d'éviter la moindre piqûre des artères, qui donnerait lieu à une hémorrhagie.

DES EFFETS PRODUITS PAR L'ARRACHEMENT

DU NERF PHRÉNIQUE ET PAR LA RÉGÉNÉRATION DE CE NERF

Par MM. les docteurs A. HÉNOCQUE et ÉLOY.

Les premiers résultats des recherches entreprises par MM. Hénocque et Éloy sur les fonctions du nerf phrénique, ont été exposés dans la dernière séance de la Société de biologie (22 juillet 1882).

Sur des animaux d'espèces diverses, chats, chiens, lapins, cobayes et singes, MM. Hénocque et Éloy ont arraché soit un seul, soit les deux nerfs phréniques, et ont constaté des effets, les uns immédiats, les autres consécutifs.

Les *effets immédiats* de l'arrachement sont une altération du rhythme respiratoire. Les contractions des muscles inspirateurs deviennent plus vives; la poitrine se dilate encore du côté opéré et on observe des mouvements du diaphragme pendant quelques instants. Les traces graphiques en donnent la preuve manifeste.

Après un temps variable, on constate la cessation des contractions du côté opéré, et que l'élévation de la paroi thoracique se

produit seulement par l'action des muscles intercostaux inférieurs et probablement de quelques muscles élévateurs accessoires.

La mort rapide est rarement le résultat immédiat de ces lésions; aussi, chez les animaux qui survivent, on peut observer les *effets consécutifs*. Après quelques jours, la cage thoracique est immobilisée du côté opéré et cette immobilisation est plus marquée chez le chien et le singe que chez le cobaye et le chat, dont les types respiratoires sont différents. Le nombre des mouvements respiratoires est plus grand chez ces derniers animaux. Néanmoins, cette immobilisation n'est pas absolue et on a pu, après six jours, obtenir des tracés respiratoires très-faibles, mais dont les ondulations correspondaient à l'expiration.

Les *effets lointains* correspondent à la période de séparation et de régénération des nerfs. Or MM. Hénocque et Éloy ont pu, à des intervalles de deux, quatre et six mois, examiner les animaux qui ont survécu à cet arrachement, et constater que la courbe respiratoire du côté opéré devenait peu à peu semblable à celle du côté normal. Toutefois, l'intensité des mouvements restait toujours moindre, bien que le rhythme fût redevenu normal.

La régénération se produit par la formation d'un plexus nerveux cicatriciel, dans lequel la racine supérieure du phrénique forme un cordon grisâtre plus volumineux que la racine du côté non opéré. Le diaphragme ne paraît pas altéré chez les animaux qui ont vécu longtemps après l'opération. Mais cinq jours après cette dernière, il paraissait atteint de lésions trophiques.

Enfin, phénomène remarquable, les muscles intercostaux inférieurs du côté opéré, et en particulier ceux des sixième, septième, huitième et neuvième espaces, sont hypertrophiés. Cette hypertrophie établit l'existence d'une véritable suppléance fonctionnelle de la moitié du diaphragme animée par le nerf coupé. Cette suppléance assure donc le rétablissement des mouvements respiratoires de ce côté, et persiste encore après la régénération du nerf.

Les contractions rhythmiques, persistantes pendant les moments qui suivent la section du phrénique, ne doivent pas étonner ceux qui, après M. Brown-Séquard et M. Vulpian, ont pu, après la mort, observer la constance de ces mouvements.

Les recherches, dont MM. Hénocque et Éloy font connaître les premiers résultats, ont été fort poursuivies au Collège de France, dans le laboratoire de M. Brown-Séquard.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1882.

273. M. Diéterlin. De l'accouchement naturel chez les primipares. — 274. M. De Meymar. Phlegmon diffus. — 275. M. Sartre. Traitement des abcès chauds par l'incision limitée avec injections d'alcool. — 276. M. Vuillamier. De l'épilepsie hémiplégique infantile. — 277. M. Joubert. Contribution à l'étude des plaies compliquées de hernies musculaires. — 278. M. Galibert. Contribution à l'étude du traitement des ruptures traumatiques de la portion bulbaire de l'urèthre. — 279. M. Héon. De la névralgie circonflexe. — 280. M. Samanos. Rechutes du rhumatisme articulaire aigu après le traitement par le salicylate de soude. — 281. M. Broquière. Considérations sur les attaques apoplectiformes et épileptiformes de la paralysie générale. — 282. M. Mathieu. Des démangeaisons considérées comme symptômes du mal de Bright. — 283. M. Lebrun. Contribution à l'étude de la sclérose pulmonaire dans certaines lésions cardiaques. — 284. M. Nolais. Études sur les pleurésies hémorrhagiques. — 285. M. Dedet. Contribution à l'étude du purpura hémorrhagique des pays chauds, et de ses rapports avec l'intoxication palustre. — 286. M. Billon. Étude clinique sur les accès de fièvre palustre survenant après l'accouchement. — 287. M. Colowitch. Étude clinique de la paralysie générale chez la femme. — 288. M. Loverdo. Des fractures du plancher de l'orbite siégeant surtout au niveau du trou sous-orbitaire. — 289. M. Blanchard. Observations de mal perforant indiquant le début d'une affection spinale. — 290. M. Beaudet. Contribution à l'étude de la gangrène des membres dans les affections cardiaques. — 291. M. Garraud. Etude sur le diagnostic des prétendues fausses grossesses. — 292. M. M. Fraisse. Étude sur la disjonction de la symphyse pubienne dans l'accouchement.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Une commission, composée de MM. Bouchardat, Hillairet et Pasteur, vient, sur l'invitation du Conseil d'hygiène publique et de salubrité de la Seine, de rédiger l'avis suivant relatif aux précautions à prendre contre les affections charbonneuses :

« Les ouvriers qui travaillent dans les boucheries, tanneries, mégisseries, ceux qui manipulent les laines, les peaux fraîches ou les peaux sèches venant des pays étrangers, les cornes, les poils, sont exposés à prendre le charbon, lorsque les viandes, les peaux, les laines, etc., proviennent d'animaux atteints de cette affection.

La maladie se manifeste aux mains, au cou, au visage, aux paupières, par une enflure avec ou sans point apparent d'inoculation au centre de l'enflure. Celle-ci augmente peu à peu de volume. Elle se termine le plus souvent par la mort. Tant que l'enflure est à son début, le développement ultérieur du mal peut être conjuré.

Ordinairement la personne contaminée ne donne aucune attention à l'enflure et croit être à l'abri de tout danger. C'est une fausse sécurité pour tous ceux qui sont dans les conditions de travail que nous avons rappelées en commençant. Chaque année, Paris compte plusieurs morts des suites de la terrible maladie, morts qui auraient pu être prévenues facilement.

Les cas de mort sont dus généralement à l'ignorance du danger. Les personnes intéressées négligent de recourir tout de suite aux conseils d'un homme de l'art. Elles ne se décident à se rendre à l'hôpital ou chez un médecin à leur portée qu'après une aggravation du mal, et alors que toute médication ou opération est devenue inutile.

En conséquence, l'administration invite tous les ouvriers des catégories précitées à donner la plus grande attention aux moindres enflures, démangeaisons persistantes et œdèmes, et les engage expressément à se rendre sans retard, dès qu'ils en constatent la présence, chez un médecin qu'ils informeront de la nature de leur profession et de leur crainte d'un danger possible, parce que les matières qu'ils manipulent peuvent être souillées du parasite charbonneux ou de ses germes. Le médecin sera juge de ce qu'il y aura à faire. »

— Par arrêté en date du 20 juillet 1882, l'arrêté du 10 août 1877, qui permet aux étudiants de prendre, dans certaines conditions, la première inscription au trimestre d'avril, est et demeure rapporté.

Conformément aux dispositions du statut du 9 avril 1825 et du règlement du 28 décembre 1880, les étudiants en droit, en médecine et en pharmacie ne peuvent, en aucun cas, commencer leur scolarité après le 15 janvier. Aucune dispense ne sera accordée.

Le ministre peut, pour des motifs graves, après avis des Facultés et Écoles et sur le rapport des recteurs, accorder l'autorisation de prendre cumulativement les deux premières inscriptions au deuxième trimestre.

— *Distinctions honorifiques.* — Sont nommés officiers d'académie :

MM. Malassez, directeur-adjoint du laboratoire d'histologie au Collège de France ; Boulart, préparateur d'anatomie au Muséum d'histoire naturelle ; Poirier, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle ; Becquerel, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle ; le docteur Besnier, médecin du Collège Rollin ; Grévin, commis au secrétariat de la Faculté de médecine de Paris.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le service de la bibliothèque est organisé de la manière suivante pendant les vacances :

Du lundi 7 au lundi 14 août 1882, la bibliothèque restera fermée ; du 15 août au 15 octobre inclusivement elle sera ouverte trois fois par semaine, les mardis, jeudis et samedis, de midi à quatre heures. Il n'y aura pas de service du soir.

— Les prix de fin d'année de la Faculté de médecine de Bordeaux sont décernés, pour 1882, aux élèves dont les noms suivent :

Première année. — Pas de prix ; mention honorable : M. Lalanne.

Deuxième année. — Prix : M. Conil.

Troisième année. — Prix : M. Ferrier ; mention honorable : M. Mesmard.

Quatrième année. — Prix : M. Maubrac.

De plus, le prix du Conseil général est décerné à M. Maubrac, élève de quatrième année.

— La délibération récente du Conseil municipal de Marseille touchant la création, dans cette ville, d'une Faculté des sciences, vient d'être ratifiée par le ministre de l'instruction publique.

— *Société médicale d'Amiens.* — Le concours ouvert en 1881 sur la question de l'*Angine de poitrine* s'est terminé par la proclamation de M. le docteur Charles Liégeois, de Bainville-aux-Saules (Vosges), pour la médaille d'or, et de M. le docteur Trépant, de Nesle, pour la mention honorable.

Question mise au concours pour l'année 1882 : *De la Grenouillette.*

Question mise au concours pour l'année 1883 : *De l'Inversion utérine.*

Les mémoires présentant les formes académiques habituelles doivent être envoyés au secrétaire, avant le 1er avril 1883, pour la première question, et le 1er avril 1884, pour la dernière.

Nélaton, éléments de pathologie chirurgicale, 2e édition complètement remaniée, tome V, revu par le docteur DESPRÈS, agrégé de la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux. Ce volume traite des affections de la poitrine, de l'abdomen, de l'anus et du rectum, et de la région sacro-coccygienne. 1 fort vol., grand in-8°, avec 61 figures intercalées dans le texte. — Prix : 14 francs. — Paris, Germer Baillière et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 13204.

N° 89. — JEUDI 3 AOUT 1882. 55e ANNÉE. JEUDI 3 AOUT 1882. — N° 89.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE SOLENNELLE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La séance de distribution des prix de l'Académie de médecine a eu lieu, presque à l'improviste, devant une douzaine de dames, à peu près autant d'académiciens et un très-grand nombre de fauteuils vides.

La salle était décorée avec goût à l'aide de fleurs et de feuillages ; mais on n'espère plus entendre M. Béclard, et la foule ne vient plus.

Dans son rapport général sur les prix, M. Bergeron s'est encore plaint des commissions, toujours en retard ; il a résumé leurs rapports partiels et dit quelques mots sur les membres de l'Académie morts cette année. Puis M. le président Legouest a lu la liste des récompenses décernées et le programme des questions posées pour les concours de l'année prochaine.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. HARDY.

Méningo-encéphalite franche aiguë chez un sujet tuberculeux.

J'aurais voulu vous exposer aujourd'hui les différentes théories de l'urémie, et faire devant vous quelques expériences à ce sujet sur des lapins, mais nous avons perdu dans la nuit de lundi à mardi un malade dont il me paraît important de vous parler dès maintenant, en vous en présentant les pièces anatomo-pathologiques. L'observation est intéressante à plusieurs points de vue.

Il y a onze jours entrait dans notre service un homme de trente et un ans, fumiste, et très-certainement adonné à des habitudes alcooliques. C'est le malade que vous avez vu couché au lit n° 17 de la salle Saint-Charles.

Ses antécédents nous sont à peine connus ; il est arrivé ici dans une sorte de délire, et les gens qui l'ont conduit à l'hôpital n'ont donné que des renseignements absolument insignifiants. Tout ce que nous avons pu savoir, c'est qu'il était malade depuis trois jours, au moment où il est entré à la Charité; que, couché le soir comme d'habitude, il s'était réveillé le matin avec une céphalalgie intense, et pouvant à peine parler.

Le soir de son arrivée ici, à la visite, il ne répondait que des mots incohérents, confus, ou des sons inintelligibles *peupeu, peu peupeupeu*, et c'était tout ce que nous en pouvions tirer ; non pas qu'il n'entendît pas ou ne comprît pas ce que nous lui disions, mais il y avait chez lui ce que l'on appelle de l'aphasie.

En même temps, on constatait de la faiblesse et des phénomènes de contracture dans le membre supérieur droit, tandis que, d'autre part, la fièvre était assez intense, le pouls marquait 120 battements par minute et la température s'élevait à 40 degrés.

Lorsque, le lendemain matin, nous avons examiné, à notre tour, cet individu, nous avons observé les mêmes phénomènes fébriles, — 120 pulsations et 40 degrés, — de plus le bras droit, soulevé et abandonné à lui-même, retombait inerte, paralysé et contracturé tout à la fois au niveau de l'articulation du coude, à laquelle on ne pouvait imprimer aucun mouvement. De plus encore, la figure était animée, fébrile, les joues rouges, les yeux brillants, mais les pupilles ne présentaient aucune inégalité, rien de particulier. La respiration était gênée, accélérée, entrecoupée, incomplète, difficile à entendre en raison de la faible dilatation de la poitrine, la cage thoracique se mouvait avec peine, enfin l'oreille percevait cependant quelques râles sibilants.

Ces phénomènes ont continué les jours suivants ; le malade est tombé dans des alternatives de somnolence, de coma et d'excitation. Par moments, il s'agitait dans son lit, se levait même et voulait marcher dans la salle. En un mot, il était en proie à un délire de mouvement et d'action, mais non de paroles.

Trois jours plus tard, il a présenté un phénomène tout particulier ; tout à coup, vers midi et demi, il a été pris d'une attaque d'éclampsie, il a perdu connaissance, a eu des mouvements convulsifs, prononcés surtout dans le membre supérieur droit, tandis que la face était alternativement pâle et colorée. Une demi-heure après, il tombait dans un coma profond.

Le lendemain, même état, alternatives de coma et d'excitation, dilatation à peine marquée des pupilles, qui restaient encore contractiles à la lumière.

Enfin, six jours après son entrée à l'hôpital, vers quatre heures du soir, les accidents ont acquis une intensité plus

grande, la température s'est élevée assez brusquement à 42 degrés 5 dixièmes, température extrême, température d'agonie, et le malade succombait dans la nuit.

Le diagnostic que nous avions porté était celui d'une affection cérébrale, localisée dans la partie gauche de l'encéphale, d'après la parésie du membre supérieur droit, et, d'après les phénomènes d'aphasie bien constatés, devant siéger plus particulièrement dans la troisième circonvolution frontale ou circonvolution de Broca, siégeant aussi, selon toutes probabilités, dans la circonvolution frontale ascendante et peut-être aussi dans la circonvolution pariétale ascendante. Quant aux accidents convulsifs, ils nous indiquaient encore un certain degré de compression et d'irritation cérébrales.

Mais à quelle lésion bien caractérisée devions-nous rattacher tout cet ensemble de faits constatés pendant la vie? à un ramollissement, à quelque affection extérieure du cerveau?

Nous avons cru, d'après les phénomènes que nous avions observés, pouvoir diagnostiquer plutôt une méningite qu'une affection de la substance cérébrale, et en raison de quelques-uns d'entre eux, nous avons pensé à une inflammation concomitante de la substance corticale sous-jacente, en un mot à une méningo-encéphalite. à une inflammation de la partie antérieure gauche du cerveau et des méninges. La terminaison même de la maladie en huit ou dix jours, avec persistance de la fièvre pendant toute sa durée, sans ralentissement ni irrégularité du pouls, plaidaient également en faveur d'une méningo-encéphalite franche, simple, aiguë, et non d'une méningite tuberculeuse dont, en réalité, il ne présentait guère qu'un seul symptôme, — symptôme commun, du reste, aux deux maladies, — c'est-à-dire un décubitus en zigzag ou en chien de fusil.

— L'autopsie vient de nous montrer les lésions suivantes. Nous trouvons tout d'abord sous les méninges les traces d'un épanchement fibrineux, purulent; nous trouvons aussi de petites granulations le long de l'artère sylvienne ; enfin, disséminées partout dans les méninges, à droite comme à gauche, l'on constate la présence de petites granulations tuberculeuses. Dans la poitrine, nous apercevons des cavernes pulmonaires, lesquelles, en raison d'une respiration incomplète, n'avaient pas pu être reconnues pendant la vie.

En résumé, nous n'avons pas affaire ici à une méningite tuberculeuse ; la maladie n'en a présenté ni la durée ni les phénomènes caractéristiques (ralentissement et irrégularité du pouls, abaissement de la température) ; nous nous trouvons, en réalité, en présence d'une méningite franche, simple, aiguë, qui s'est développée chez un sujet déjà tuberculeux depuis un temps plus ou moins long. Il en est de ce fait comme des pneumonies qui surviennent accidentellement chez des individus primitivement tuberculeux.

Si donc l'on voulait appliquer la qualification de tuberculeuse à la méningite de notre malade, ce ne pourrait être qu'au nom de l'anatomie pathologique, et non des phénomènes cliniques que nous avons observés.

Il s'agit donc bien ici d'une méningo-encéphalite simple, cliniquement parlant. Je dois ajouter que les méninges sont complètement adhérentes à la substance cérébrale, au niveau surtout de la circonvolution de Broca.

HOTEL-DIEU DE MARSEILLE.

Luxation latérale de la phalangine sur la phalange de l'annulaire droit.

Par M. E. Pluyette, interne des hôpitaux.

Le 17 avril 1882, à neuf heures du soir, se présente, à l'Hôtel-Dieu de Marseille, X..., commis en écriture, âgé d'une vingtaine d'années. Il raconte qu'un instant auparavant, en voulant monter sur un trottoir, son pied a glissé et il est tombé sur le sol; l'instinct de la préservation a dû lui faire projeter les mains en avant, mais il ne peut fournir aucun renseignement sur la manière dont celles-ci étaient placées quand elles ont heurté le trottoir. A l'appui de son dire, je constate, avec mon collègue J. Boy, interne des hôpitaux, que sa main et ses vêtements sont couverts de boue.

Après un lavage nécessaire, on constate une déformation tellement spéciale de l'annulaire droit, qu'il est impossible de ne pas y reconnaître une luxation latérale. La phalangine est luxée sur la phalange et forme un angle de 130 degrés en dedans : en effet, l'extrémité de l'annulaire est déjetée vers l'auriculaire ; de ce côté, on ne sent pas le rebord de la cavité glénoïde de la phalangine, qui est situé entre les deux condyles de la phalange ; du côté externe, au contraire, le rebord glénoïdien est très-accessible. En réalité, ce serait une semi-luxation, les surfaces articulaires étant encore en contact sur un point, mais on sait que c'est à ce genre de déformation que Follin donne le nom de luxation complète. Je dois ajouter que tous les mouvements sont impossibles, qu'il existe une douleur légère et qu'il n'y a pas trace de fractures.

La réduction fut très-facile ; une légère pression exercée sur le condyle externe suffit, avant même qu'on eût pu opérer une traction sur l'extrémité du doigt. Avec du diachylon replié, on lui fit une petite attelle maintenue par des bandelettes du même sparadrap. Le malade ne souffrait plus depuis la réduction. Nous lui recommandâmes de venir nous revoir s'il lui arrivait quelque chose. Nous ne l'avons plus revu.

L'intérêt de cette observation est tout entier dans sa rareté; en effet, à notre connaissance, c'est le cinquième cas publié. Un appartient à Follin, les trois autres à Malgaigne. Une de ces dernières observations ressemble en partie à la nôtre. Il s'agissait également d'une luxation latérale interne de la phalangine de l'annulaire, mais elle en diffère en ce qu'elle présentait un mouvement de rotation tel que sa face palmaire regardait le dos du médius.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance solennelle du 1er août 1882. — Présidence de M. Legouest.

RAPPORT

Prix de 1881. — **M. BERGERON** donne lecture du rapport général sur les prix décernés en 1881.

Ont été proclamés lauréats de l'Académie pour 1881 :

Prix de l'Académie. — Un seul mémoire a concouru. Il n'y a pas lieu à décerner le prix.

Prix Portal. — Question : *État de l'utérus et de ses annexes dans la fièvre puerpérale.* — Ce prix était de la valeur de 1,200 francs. Un mémoire a concouru. L'Académie décerne le prix à son auteur, M. le docteur A. Mayor, chef du laboratoire d'histologie à l'amphithéâtre des hôpitaux de Paris.

Prix Bernard de Civrieux. — Question : *Des accidents épileptiformes dans l'hystérie.* — Ce prix était de la valeur de 1,500 francs. Deux mémoires ont concouru. L'Académie décerne le prix à M. le

docteur Ballet (Louis-Gilbert), médecin de Paris, auteur du mémoire inscrit sous le n° 2.

Prix Capuron. — Question : *Indications et contre-indications de l'usage des eaux minérales, des bains de mer et de l'hydrothérapie pendant la grossesse.* — Ce prix était de la valeur de 2,000 francs. Quatre mémoires ont concouru. L'Académie décerne le prix à M. le docteur Belugou (Alphonse), médecin aux bains de La Malou, auteur du mémoire inscrit sous le n° 2. — Elle accorde des mentions honorables à M. le docteur Caulet, médecin inspecteur des eaux minérales de Saint-Sauveur, auteur du mémoire inscrit sous le n° 3, et à M. le docteur Queirel, chirurgien de la Maternité, à Marseille, auteur du mémoire inscrit sous le n° 4.

Prix Barbier. — Ce prix devait être décerné à celui qui aurait découvert des moyens complets de guérison pour des maladies reconnues le plus souvent incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra-morbus (extrait du testament). Des encouragements pouvaient être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seraient le plus rapprochés. Ce prix était de la valeur de 6,000 francs. Cinq ouvrages ou mémoires ont concouru. L'Académie décerne le prix à M. Toussaint, professeur de physiologie à l'école vétérinaire de Toulouse, pour ses travaux sur le charbon, le choléra des poules et la septicémie expérimentale aiguë, inscrits sous le n° 4.

Prix Ernest Godard. — Il n'y a pas lieu à décerner le prix.

Prix Desportes. — Ce prix devait être décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique. Des récompenses pouvaient être accordées à l'auteur ou aux auteurs des travaux de même nature. Il était de la valeur de 2,000 francs. Six ouvrages ou mémoires ont concouru. — L'Académie ne décerne pas de prix, mais elle accorde, à titre de récompense : 1° 500 fr. à M. le docteur Vidal (Émile), de Paris, pour son travail intitulé : *Traitement du prolapsus rectal par les injections hypodermiques d'ergotine,* inscrit sous le n° 4 ; 2° 500 francs à M. le docteur Campardon, pour son *Mémoire sur l'emploi thérapeutique de deux plantes indigènes,* inscrit sous le n° 5.

Prix Henri Buignet. — Ce prix, qui est de la valeur de 1,500 francs, doit être décerné tous les ans à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales. Il n'était pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés ; étaient seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers, et les traductions. Trois ouvrages ou mémoires ont concouru. — L'Académie décerne le prix à M. le docteur Badal, de Bordeaux, pour son travail intitulé : *Leçons d'ophthalmologie,* inscrit sous le n° 1. Elle accorde une mention honorable à M. le docteur Vincent, de Guéret (Creuse), pour son mémoire inscrit sous le n° 2.

Prix Daudet. — Il n'y a pas lieu à décerner le prix.

Prix Amussat. — Ce prix devait être décerné à l'auteur du travail, ou des recherches basées simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation, qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale. Il était de la valeur de 2,000 francs. Quatre ouvrages ou mémoires ont concouru. — L'Académie décerne le prix ainsi qu'il suit : 1° un prix de 1,200 francs à M. le docteur Lucas-Championnière, pour son ouvrage : *Sur la trépanation du crâne,* inscrit sous le n° 2 ; 2° un prix de 800 francs, à M. le docteur Toussaint (Henri), pour son *Mémoire sur l'anatomie de l'artère pideuse et sur ses anévrysmes,* inscrit sous le n° 1. Elle accorde une mention honorable à M. le docteur Larger, de Maisons-Laffitte.

Prix Lefèvre. — Ce prix devait être décerné au meilleur ouvrage contre la mélancolie. Il était de la valeur de 2,500 francs. Deux mémoires ont concouru. — L'Académie décerne un prix de 1,500 francs à M. le docteur Liénard, de Sedan, auteur du mémoire inscrit sous le n° 2. Elle accorde, en outre, une récompense de 1,000 francs à M. le docteur Émile Duponchel, médecin aide-major de première classe, au 18e escadron du train, à Bordeaux, pour le mémoire inscrit sous le n° 1.

Prix d'Argenteuil. — Ce prix, qui est sexennal, devait être décerné à l'auteur du perfectionnement le plus notable apporté aux moyens curatifs des rétrécissements du canal de l'urètre pendant cette sixième période (1876 à 1881), ou subsidiairement à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté durant ces six ans au traitement des autres maladies des voies urinaires. Ce prix était de la valeur de 10,000 francs. Cinq concurrents se sont présentés. — L'Académie partage le prix, ainsi qu'il suit : 1° 6,000 francs à M. le docteur J. Bigelow, de Boston (Amérique), auteur du travail inscrit sous le n° 2, intitulé : *Cure et prophylaxie des rétrécissements de l'urètre par la dilatation urodyname;* 2° 4,000 francs à M. le docteur Th. Anger, auteur des travaux inscrits sous le n° 4 : *Nouveaux instruments pour faire la taille avec le thermocautère. — Hypospadias péno-scrotal.*

Prix Saint-Lager. — Il n'y a pas eu de concurrents.

Prix Alfaro. — *Note déposée par le fondateur :* « J'offre à l'Académie la somme de 2,000 francs, pour la fondation d'un prix à accorder au meilleur mémoire sur la question suivante : « Rechercher par quels moyens on pourrait, dans les asiles publics et privés destinés aux maladies mentales, faire une plus large part au traitement moral et augmenter les moyens d'action. Indiquer surtout les inconvénients d'un isolement rigoureux dans les affections mélancoliques. S'appuyer sur des faits assez nombreux et bien constatés par la science. » Un mémoire a été envoyé pour ce concours. L'Académie décerne le prix à son auteur, M. le docteur Lagardelle.

Prix Saint-Paul. — Six ouvrages ou mémoires ont été présentés pour ce concours. Aucun d'eux n'a été jugé digne de récompense.

Fondation Auguste Monbinne. — M. Auguste Monbinne a légué à l'Académie une rente de 1,500 francs, destinée à subventionner, par une allocation annuelle (ou biennale de préférence), des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire. Dans le cas où le fonds Monbinne n'aurait pas à recevoir la susdite destination, l'Académie pourra en employer le montant soit comme fonds d'encouragement, soit comme fonds d'assistance, à son appréciation et suivant ses besoins. — Il n'y a pas eu lieu de décerner le prix.

Prix de la commission de l'hygiène de l'enfance. — Question : *Faire connaître par des appréciations précises le rôle que peut jouer dans la pathologie infantile le travail de la première dentition.* La valeur de ce prix était de 1,000 francs. Deux mémoires ont concouru. — L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde : 1° des médailles d'argent à MM. les docteurs Lavergne, médecin des Enfants-Assistés du département de l'Allier, et Sagnier, médecin à la Grand'Combe (Gard) ; 2° des médailles de bronze à MM. les docteurs Juventin, de Beaurepaire ; Ory, sous-inspecteur des Enfants-Assistés du département de la Loire ; Pippingskold, de Helsingfors (Finlande).

Médailles accordées a MM. les médecins des épidémies. — L'Académie a proposé, et M. le Ministre du commerce a bien voulu accorder, pour le service des épidémies en 1880 :

1° *Une médaille d'or* à M. le docteur Daga, médecin principal de première classe, pour son *Rapport sur la fièvre typhoïde qui a régné à Nancy en* 1879.

2° *Rappel de médaille d'or* à M. le docteur Pilat, de Lille, *Rapport sur les épidémies du département du Nord. Observation de cowpox régénéré.*

3° *Médailles d'argent* à M. le docteur Amat (Louis), aide-major de première classe, *Recherches statistiques sur la ville de Cette;* M. le docteur Aufrun, *Histoire de l'épidémie de suette miliaire à Saint-Pierre-d'Oléron ;* M. le docteur Aron, médecin-major au 19e de ligne, *Histoire de la fièvre typhoïde au château de Brest ;*

M. le docteur Bos, d'Aurillac, *Compte-rendu des épidémies de l'arrondissement et de la ville d'Aurillac ;* M. le docteur Fournier, de Soissons, *Rapport sur les épidémies de l'arrondissement de Soissons ;* M. le docteur Vignes, de Tarbes, *Rapport sur les épidémies du premier arrondissement des Hautes-Pyrénées ;* M. le docteur Pennetier, de Rouen, *Rapport sur les épidémies de l'arrondissement de Rouen ;* M. le docteur Mignot, de Chantelle (Allier), *Épidémie de l'arrondissement de Gannat ;* M. le docteur Paris, de Versailles, *Rapport général sur les épidémies de Seine-et-Oise ;* M. le docteur Perroud, de Lyon, *Rapport général sur les épidémies de l'arrondissement de Lyon.*

4° *Rappel de médailles d'argent à* M. le docteur Barbrau, de Rochefort ; M. le docteur Benoist, de Guingamp (deuxième rappel); M. le docteur Daniel, de Brest (troisième rappel) ; M. le docteur Pestel, à Saint-Chartier ; M. le docteur Ch. Viry, médecin-major à Aumale ; M. le docteur Geraud, médecin-aide-major au 31e d'artillerie, au Mans ; M. le docteur Prestat, de Pontoise ; M. le docteur Manouvriez, de Valenciennes (deuxième rappel).

5° *Médailles de bronze à* M. le docteur Bardy, de Belfort, *Épidémies de Belfort ;* M. le docteur Bodélio, de Lorient, *Épidémies de Lorient, dans un rapport au docteur Mauricet, de Vannes ;* M. le docteur Briouval, *Épidémie de suette au château d'Oléron ;* M. le docteur Decool, *Épidémie de l'arrondissement de Hazebrouck ;* M. le docteur Delacour, *Épidémies de l'arrondissement de Quimperlé ;* M. le docteur Giustiniani, *Épidémie de variole, arrondissement d'Ajaccio ;* M. le docteur Guibert, *Épidémies du département des Côtes-du-Nord, arrondissement de Saint-Brieuc ;* M. le docteur Jablonski, *Épidémies de l'arrondissement de Poitiers ;* M. le docteur Diard, *Épidémies de l'arrondissement de Rambouillet ;* M. le docteur Durand, de Marseillau (Hérault) ; M. le docteur Mantel (de Saint-Omer) ; M. le docteur Rousseau, de Vouziers ; M. le docteur Malichecq, de Mont-de-Marsan).

Médailles accordées a MM. les médecins-inspecteurs des eaux minérales. — L'Académie a proposé, et M. le Ministre du commerce a bien voulu accorder, pour le service des eaux minérales, pendant l'année 1879 :

1° *Médaille d'or à* M. le docteur Caulet, médecin-inspecteur, à Saint-Sauveur (Hautes-Pyrénées). M. le docteur Caulet est du nombre des anciens internes en médecine des hôpitaux de Paris, qui accomplissent avec zèle leurs fonctions d'inspecteur des eaux minérales.

2° *Médailles d'argent à* M. le docteur Billout, médecin-inspecteur depuis seize ans, à Saint-Gervais (Haute-Savoie), *Rapports nombreux et importants sur l'établissement et les eaux de cette station ;* M. le docteur Bordes-Pagès, médecin-inspecteur à Aulus (Ariège), *Rapport sur l'heureuse influence de ces eaux dans les syphilis secondaires et tertiaires ;* M. le docteur Achille Bouyer, médecin-inspecteur, à Cauterets, *Mémoire important et très-étudié sur les inhalations sulfureuses à Cauterets.*

3° *Rappel de médailles d'argent à* M. le docteur Cazalis, *Série de rapports intéressants et distingués sur les eaux de Challes (Savoie) ;* M. le docteur Collin, médecin-inspecteur, à Saint-Honoré (Nièvre), *Rapport consciencieux sur les indications des eaux de sa station ;* M. le docteur Japhet, médecin-inspecteur, à Enghien, *Mémoire très-complet sur les différentes indications des eaux d'Enghien.*

4° *Médaille de bronze à* M. le docteur Batbedat, inspecteur depuis vingt-sept ans, *Fait un rapport chaque année sur les eaux de Gamarde et de Préchacq (Landes) ;* M. le docteur Boudet, à Châteauneuf, *Rapport complet sur l'établissement et les eaux de Châteauneuf-les-Bains (Puy-de-Dôme) ;* M. le docteur Bourgarel, à Pierrefonds (Oise), *Mémoire intéressant et consciencieux sur les indications précises des eaux de Pierrefonds ;* M. le docteur Coignard, médecin-inspecteur, à Cusset (Allier), *Travaux originaux et intéressants sur les eaux alcalines ;* M. le docteur Dupourqué, Salines de Béarn (Basses-Pyrénées), *Rapport sur les indications de cette station ;* M. le docteur Longuet, médecin-aide-major au 2e spahis, *Travail intéressant sur les eaux thermales des environs de Lalla-Marinia (département d'Oran) ;* M. le docteur Regnault (Bourbon-l'Archambault), travail intéressant sous ce titre : *De l'emploi des eaux de Bourbon-l'Archambault dans diverses diathèses (scrofules, rachitis, chlorose, rhumatisme et syphilis) ;* M. le docteur Ernest Renard, *Rapport très-complet sur l'hôpital thermal d'Hammam R'hira (Algérie).*

Prix et médailles accordées a MM. les médecins vaccinateurs pour le service de la vaccine en 1880. — L'Académie a proposé, et M. le ministre du commerce a bien voulu accorder :

1° *Un prix de 1,500 francs à partager entre* M. le docteur Géraud, Louis, médecin aide-major de première classe, au 31e régiment d'artillerie, travail important sur *la Vaccination et la revaccination obligatoires en Allemagne et en France.* A déjà obtenu deux médailles d'or, l'une en 1876, l'autre en 1878 ; M. le docteur Perret (Félix), de Rennes, professeur à l'École de médecine, médecin de la Maternité, conservateur du vaccin. A, depuis six ou sept ans, entretenu à Rennes, tous les samedis, un service permanent de vaccination. Le très-court mémoire qu'il a encore adressé cette année à l'Académie de médecine est plein de faits intéressants, qui suggèrent à notre distingué confrère des réflexions on ne peut plus judicieuses. A déjà obtenu une médaille d'or en 1877 ; M. le docteur Weill (Jacob), médecin major de première classe au 3e régiment d'artillerie, à Châlons-sur-Marne, pour son mémoire intitulé, *Considérations pratiques sur les revaccinations,* dans lequel il montre qu'on peut utiliser le vaccin d'adultes *vaccinés ou revaccinés avec succès.* Ce travail fait suite à un autre, sur le même sujet, adressé à l'Académie l'année précédente.

Rappels. — M. le docteur Antony, médecin aide-major de première classe au 25e régiment d'artillerie, à Châlons-sur-Marne. — Prix de 500 francs en 1879 ; Mme Subra, veuve Borie, sage-femme à Alger, pour la persistance de son soin à propager la vaccine. — Prix 500 francs en 1877.

2° *Des médailles d'or à* M. le docteur Aubert, médecin major de deuxième classe au 28e régiment d'infanterie. Pour son compte-rendu des *Vaccinations et revaccinations faites aux 70e et 28e régiments de ligne.* Recommande dans l'ordre suivant les différentes sources de vaccin : 1° le vaccin d'enfant ; 2° le vaccin d'adulte ; 3° le vaccin de génisse ; M. le docteur Boivin, ancien interne distingué des hôpitaux de Paris, médecin du bureau de bienfaisance du dixième arrondissement. Pour son intéressant rapport et pour le dévouement dont il fait preuve dans les fonctions gratuites qu'il remplit si honorablement. Envoie chaque année un rapport semblable ; M. le docteur Longet (E.), médecin major de première classe au 93e régiment d'infanterie, à la Roche-sur-Yon. Pour son travail sur les *Résultats comparatifs des vaccinations et des revaccinations au moyen du vaccin de génisse et du vaccin humain.* Documents précieux pour juger la valeur relative des différents modes de revaccination ; M. le docteur Schmidt, médecin major de première classe au 64e de ligne. Pour son mémoire intitulé : *Nouvelles considérations sur les revaccinations faites en 1880-81.* Ce travail fait suite à un autre sur le même sujet adressé l'année précédente à l'Académie. A surtout pour but l'utilisation du vaccin d'adulte.

3° D'accorder les cent médailles d'argent aux médecins et aux sages-femmes dont les noms suivent et qui se sont fait remarquer, les uns par le grand nombre de vaccinations qu'ils ont pratiquées, les autres par les observations ou mémoires qu'ils ont adressés à l'Académie : M. Adhéran, à Annonay ; Mme Albussac, à Sauveterre ; MM. Alison, à Baccarat ; Artance, à Clermont-Ferrand ; Augé, à Saint-Sernin ; Mme Astrue, à Fournels ; MM. Baillez, à Harnes ; Bancel, à Toul ; Bar (Henri), médecin-major de deuxième classe au 10e de ligne, à Auxonne ; Barbarin, à Briançon ; Mme Batisse, à Langeac ; Mlle Bauduin, à Vannes ; M. Bazin, à Saint-Brice ; Mme Belette, à Lubersac ; M. Benoît (Léopold), à Apt ; Mme Berthonieux, à Vitry ; MM. Besnier, neuvième arrondissement de Paris ; Bertrand (Léopold), à Elbeuf ; Beurnier, à Montbéliard ; Mme Bezard, à Château-Thierry ; Mlle Bisson, à Lisieux ; MM. Bosc, à Ajaccio ; Bucquoy, médecin-major au 100e de ligne, à Perpignan ; Chalmeilles, à Gourdon ; Cazaban, à Bedeille ; Champreux, à Cintrey ; Chebrou, à Niort ; Mmes veuve Damemme, à Saint-Lô ; Dard, à Troyes ; M. Dégos, à Mugron ; Mmes Desplanques, à Tourcoing ; veuve Deverdun, à Auxerre ; Dominique, à Saint-Julien ; Dreux, à

Mézières; Dumoulin, à Messey-sur-Grosne; MM. Dufour, à Esperaza; Dupérié, à Agen; Mlle Dupré, à Luz; MM. Faure-Lacaussade, médecin aide-major de première classe du service des Hôpitaux militaires, à Zemmorah; De Fleury, à Angoulême; Mme Forino, à Gentilly; MM. Fréry, à Belfort; Galangau, à Arles-sur-Tech; Genoud, à Thonon; Geschwind, médecin-major au 6e bataillon de chasseurs, à Romorantin; Gonnet, à Bois-d'Oingt; Gravier, à Modane; Grinda, à Nice; Guillemaud, à Louhans; Mmes Helin, à Châtellerault; veuve Hély, à Montereau; veuve Henner, à Mayenne; M. Héraud, à Bourg-d'Oisans; Mmes Hiérard, à Chartres; Laforest, à Mareuil, MM. Lannes, à Nailloux; Laroche, à Montignac; Mmes Larraye, à Cabannes; Laudren, à Lorient; M. Laurens, à Nyons; Mme Le Bloaz, à Rostrenen; M. Leca, à Coggià; Mmes Leclerc, à Alençon; Léger, à Charost; Lelarge, à Loches; MM. Lelièvre fils, à Pipriac; Mahélin, à Bernaville; Mmes Malmezac, à Aurillac; Miedzychwska, à Castres; Missard, à Épinal; M. Moaligou, à Quimperlé; Mlle Naizin, à Vannes; Mme Noiller, à Limoges; M. Pagny, médecin aide-major de 1re classe à l'Hôpital militaire, à La Calle; Mme Papi, à Saint-Mihiel; M. Pattriti, à Brignoles; Mme Pelissier, à Nîmes; M. Petit, à Longeau; Mme veuve Pernelle, à Lonlay-l'Abbaye; MM. Phalippou, à Lodève; Rebulet, à Bourg-Théroulde; Mme Riboux, à Romorantin; MM. Richard, médecin aide-major au 60e de ligne, à Besançon; Rivairol, à Montauban; Rondeau, à Aigurande; Mme Rossignol, à l'Aiguillon-sur-Mer; Mlle Rousseau, à Châteauneuf-sur-Loire; Mme Roussel, à Saumur; MM. Sagnier, à la Grand'Combe; Saulgeot, à Beaune; Mme Saulnier, à Melleray; MM. Silve (Paul), à Digne; Sortais, à Blain; Souloumiac, à Saint-Genen-Malifaux; Mme Trotignon, à Châteauroux; MM. Vantalon, médecin de 1re classe de la marine, en Cochinchine; Velten, à Versailles; Mme Viannet, à Verjon; MM. Vignes, à Miélan; Villard, à Guéret.

Prix proposés pour l'année 1883. — PRIX DE L'ACADÉMIE. — Question : Déterminer la valeur clinique des procédés antiseptiques dans la pratique chirurgicale. — Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE BARON PORTAL. — Question : Le tubercule est-il de nature parasitaire? — Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

PRIX FONDÉ PAR Mme BERNARD DE CIVRIEUX. — Question : Paralysies et contractures hystériques. — Ce prix sera de la valeur de 2,000 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR CAPURON. — Question : De l'influence des bains de mer sur la scrofule des enfants. — Ce prix sera de la valeur de 2,000 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE BARON BARBIER. — (Voyez plus haut les conditions du concours.) — Ce prix sera de la valeur de 2,000 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR GODARD. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur la pathologie externe. — Il sera de la valeur de 2,000 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR DESPORTES. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique. — Des récompenses pourront, en outre, être accordées à l'auteur ou aux auteurs de travaux de même nature. — Il sera de la valeur de 1,500 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. HENRI BUIGNET. — Ce prix, qui est de la valeur de 1,500 francs, sera décerné tous les ans à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales. — Il ne sera pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers, et les traductions. — Le prix ne sera pas partagé; si, une année, aucun ouvrage ou mémoire n'était jugé digne du prix, la somme de 1,500 francs serait reportée sur l'année suivante, et, dans ce cas, la somme de 3,000 francs pourrait être partagée en deux prix de 1,500 francs chacun.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR DAUDET. — Question : Du lymphadénome. — Ce prix sera de la valeur de 1,500 francs.

PRIX DE L'HYGIÈNE DE L'ENFANCE. — Question : Faire connaître par des observations précises le rôle que peut jouer, dans la pathologie infantile, le travail de la première dentition. — Ce prix sera de la valeur de 2,000 francs.

PRIX FONDÉ PAR Mme VERNOIS. — Ce prix qui est unique et annuel, sera décerné au meilleur travail sur l'hygiène. — Il sera de la valeur de 800 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR AMUSSAT. — Ce prix, sera décerné à l'auteur du meilleur travail, ou des recherches basées simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation, qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale. — Il sera de la valeur de 2,000 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR STANSKI. — Ce prix, qui est bisannuel, sera décerné à celui qui aura démontré le mieux l'existence ou la non-existence de la contagion miasmatique, par infection ou par contagion à distance. — Si l'Académie de médecine ne trouvait pas un travail sous ce rapport digne de cette récompense, elle l'accordera à celui qui, dans le courant de ces deux années précédentes, aura le mieux éclairé une question quelconque relative à la contagion dans les maladies incontestablement contagieuses, c'est-à-dire inoculables (extrait du testament). — Il sera de la valeur de 1,000 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR HUGUIER. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit, ou imprimé en France, sur les maladies des femmes, et plus spécialement sur le traitement chirurgical de ces affections (non compris les accouchements). — Il n'est pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés; seront seuls exclus les ouvrages faits par les étrangers, et les traductions. — Ce prix ne sera pas partagé. — Il sera de la valeur de 3,000 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR SAINT-LAGER. — Extrait de la lettre du fondateur : « Je propose à l'Académie de médecine une somme de 1,500 francs pour la fondation d'un prix de pareille somme, destiné à récompenser l'expérimentateur qui aura produit la tumeur thyroïdienne à la suite de l'administration, aux animaux, de substances extraites des eaux ou des terrains des pays à endémie goîtreuse. » — Le prix ne devra être donné que lorsque les expériences auront été répétées avec succès par la commission académique.

PRIX FONDÉ PAR M. ET Mme SAINT-PAUL. — M. et Mme Victor Saint-Paul ont offert à l'Académie une somme de 25,000 francs, pour la fondation d'un prix de pareille somme, qui serait décerné à la personne, sans distinction de nationalité ni de profession, qui aurait, la première, trouvé un remède reconnu par l'Académie comme efficace et souverain contre la *diphthérite*. — Jusqu'à la découverte de ce remède, les arrérages de la rente à provenir de cette donation seront consacrés à un prix d'encouragement, qui sera décerné tous les deux ans, par l'Académie, aux personnes dont les travaux et les recherches sur la diphthérite lui auront paru mériter cette récompense.

FONDATION AUGUSTE MONBINNE. — M. Auguste Monbinne a légué à l'Académie une rente de 1,500 francs, destinée « à subventionner, par une allocation annuelle (ou biennale de préférence), des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire. Dans le cas où le fonds Monbinne n'aurait pas à recevoir la susdite destination, l'Académie pourra en employer le montant soit comme fonds d'encouragement, soit comme fonds d'assistance, à son appréciation et suivant ses besoins. »

Les mémoires et les ouvrages pour les prix à décerner en 1883 devront être envoyés à l'Académie avant le 1er juillet de l'année 1883. Ils devront être écrits en français ou en latin, et accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les noms et adresses des auteurs.

Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement sera, par ce seul fait, exclu du concours. Les concurrents aux prix fondés par MM. Godard, Barbier, Huguier, Desportes, Buignet, Amussat, Vernois, Saint-Paul et Stanski, pouvant adresser à l'Académie des travaux manuscrits ou *imprimés*, sont exceptés de cette dernière disposition.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 29 juillet 1882. — Présidence de M. Laborde.

COMMUNICATIONS

Argas de Perse. — **M. MÉGNIN**, tant en son nom qu'en celui de M. le professeur Laboulbène, présente un mémoire de M. le docteur Tholozan, médecin du shah, sur les argas de Perse.

On se rappelle qu'au moyen d'un certain nombre de ces arachnides, envoyés il y a quatre ans par M. Tholozan à M. Laboulbène, et dont plusieurs vivent encore à l'heure qu'il est, bien qu'ils soient à jeun depuis leur arrivée en France, des expériences furent instituées dont il fut rendu compte à la Société de Biologie, expériences qui démontrèrent que les piqûres des argas de Perse soit sur des lapins soit sur l'homme, n'étaient suivies d'aucun accident grave. M. Tholozan avouait il y a quatre ans n'être nullement fixé sur les dangers de ces piqûres, qu'on regarde cependant, dans le pays d'origine de ces parasites, comme causant des accidents terribles et quelquefois la mort. Aujourd'hui M. Tholozan admet le danger de ces piqûres et apporte à l'appui de cette opinion plusieurs observations d'accidents arrivés à des officiers austro-hongrois voyageant en Perse dans des localités infestées d'argas, accidents caractérisés par des phlébites, de la fièvre, du délire, de l'anorexie, etc., etc. MM. Laboulbène et Mégnin font les plus expresses réserves relativement à cette action nocive des argas, et ils basent ces réserves sur leurs expériences d'abord, puis sur ce que l'insecte incriminé n'a jamais été pris sur le fait, c'est-à-dire saisi sur le point piqué et bien déterminé spécifiquement; ensuite sur ce que les accidents en question ne se sont montrés qu'une quinzaine de jours après la piqûre, et enfin sur ce que nos argas indigènes et les inodes, leurs voisins zoologiques, ne produisent rien d'analogue à ce dont on accuse les argas de Perse.

Pustule vaccinale. — **M. STRAUSS** soumet quelques préparations histologiques de la pustule vaccinale du veau, depuis le premier jour de l'inoculation jusqu'au huitième. On voit dans certaines places des amas de micrococcus, et dans le voisinage des traînées qui indiquent probablement la diffusion par les voies lymphatiques. — Des expériences semblables ont été faites sur le lapin, le cochon d'Inde, etc., et le seront, si possible, sur l'homme.

De l'audition dans les écoles. — **M. GELLÉ** a fait de nombreuses expériences sur l'audition dans les écoles, et le résultat de ses recherches, qui n'est rien moins que satisfaisant, accuse une proportion de 20 à 25 cas de faiblesse notable de l'audition pour 100 élèves de huit à dix-huit ans.

Microtome. — **M. HENNEGUY** présente un nouveau microtome dont l'avantage consiste principalement à pouvoir mesurer la hauteur des coupes histologiques.

Trois cas de crétinisme sporadique. — **MM. BOURNEVILLE** et **GILLES DE LA TOURETTE** présentent trois malades ou plutôt trois sujets des plus intéressants, offrant au plus haut degré et de prime abord la physionomie du crétin, bien qu'ils soient tous les trois originaires de Paris.

Le premier, âgé de dix-sept ans, est né à Charenton-le-Pont. Son père était alcoolique : les grands-parents des deux côtés étaient cancéreux : le père et la mère étaient en outre consanguins. Il mesure $1^m,11$ et est porteur d'un goître volumineux congénital, ce qui, suivant Esquirol, serait la véritable caractéristique du crétin. Les deux testicules sont descendus, mais ils sont petits et accompagnés d'une double hernie inguinale. L'intelligence est ultra-rudimentaire : à peine le malade articule-t-il deux ou trois monosyllabes : néanmoins les sensations affectives sont assez prononcées.

Le deuxième est âgé de vingt-quatre ans, pèse 31 kil. et ne mesure que $1^m,22$; le père était alcoolique, la mère tuberculeuse; il a une sœur et un frère bien portants et bien conformés, comme l'étaient les parents, qui étaient de Paris et dont on nous montre les photographies. Il est né à terme, mais il n'a marché qu'à quatre ans. S'il est un peu plus intelligent que le précédent, il n'est pas moins vrai que son état mental laisse beaucoup à désirer. Cependant il a une certaine conscience de sa dignité : demande à passer dans le service des hommes et refuse d'apprendre à lire couramment, disant qu'à son âge on peut se passer de pareilles choses et qu'avant tout il faut gagner sa vie : aussi s'emploie-t-il avec ardeur à l'essuyage de la vaisselle : profession lucrative qui lui rapporte 50 centimes par mois, ce dont il est fort fier. Ce qu'il importe de remarquer, c'est que chez lui le tégument externe présente, au niveau du thorax, des signes non douteux de cachexie pachydermique encore peu développée, mais datant déjà de plusieurs années.

Le troisième malade, âgé de vingt-deux ans, est un type complet de cette dernière affection : il ne mesure que $1^m,02$ et présente un aspect des plus caractéristiques : toute la peau ne forme plus qu'un vaste bourrelet, les joues sont flasques, la lèvre inférieure est épaisse et pendante : on ne peut s'empêcher de penser en le regardant au malade que M. Ball a présenté dernièrement à l'Académie de médecine et qui, si nous en jugeons par la description qu'il en a donnée dans l'*Encéphale* et par la photographie y annexée, rappelle traits pour traits ce troisième malade, dont l'intelligence est encore plus obtuse que celle des deux autres, mais qui cependant daigne encore sourire de la façon la plus disgracieuse.

Ces trois malades, sans hérédité certaine de goître ou de crétinisme, et dont deux sont atteints de cachexie pachydermique, donnent à penser que cette dernière affection englobera bientôt presque tous les cas de crétinisme dit sporadique non héréditaire. La plupart de ceux-ci, sinon tous, ont du reste été publiés avant 1873, époque à laquelle Gull donnait à cette maladie le nom d'*état crétinoïde*, spécifiant ainsi les ressemblances. Les deux cas de Fersus, les deux cas de M. Delasiauve, le cas rapporté par M. Desmaisons, catégorisés sous le titre de crétinisme sporadique, doivent être contrôlés à nouveau : et pour éviter toute erreur d'interprétation, on devrait réserver le nom de crétins aux seuls individus chez lesquels l'influence du milieu atmosphérique ou de l'hérédité si, tant est que celle-ci existe, en dehors du milieu, serait indiscutable.

La séance est levée.

CORRESPONDANCE

Monsieur et très-honoré confrère,

Nous venons de lire dans le dernier numéro de votre intéressant journal un article, de M. le professeur Gosselin, sur les fractures de la diaphyse du fémur, et le traitement qu'il convient de leur appliquer.

Frappé de l'insuffisance des moyens classiques jusqu'alors employés, il donne la préférence à l'appareil de M. Hennequin, comme remplissant mieux, par une extension continue, automatique, les indications anatomo-physiologiques de la lésion.

Nous sommes certes bien de son avis, et les résultats, déjà nombreux et remarquables, que nous avons obtenus confirment, en tous points, ce qu'enseigne le savant professeur.

Mais cet appareil si recommandé, est-ce bien M. Hennequin qui l'a inventé? Nous ne le pensons pas. Non, ce système de délégation a été employé par nous, et pour la première fois, en 1863, à l'hô-

pital militaire de Neuf-Brisach, et l'observation détaillée en fut publiée alors par la *Gazette des hôpitaux* (numéro 20).

Depuis cette époque, plusieurs faits identiques, et dont le même journal a rendu compte, sont venus prouver l'excellence de la méthode.

Nous nous félicitions donc de notre appareil, qui donnait de si beaux résultats, et qui avait attiré l'attention de M. l'inspecteur médical, et des professeurs de Strasbourg ; mais notre satisfaction ne fut pas de longue durée, car, voilà qu'un chirurgien, M. Hennequin, présente à l'Académie des sciences (1869) un mémoire couronné par la Faculté de médecine, sur l'*Allongement du fémur dans le traitement de ses fractures*, et obtient le prix Barbier pour avoir retrouvé un appareil nouveau (*Gazette des hôpitaux*, avril 1875).

J'avoue que cet allongement diminuait un peu les modestes prétentions de mon invention : non-seulement il n'y avait plus de raccourcissement, mais on avait dépassé le but; et si Sédillot, rapporteur, n'avait pas interposé l'autorité de son expérience, on ne sait au juste jusqu'où cet écartèlement pouvait allonger le membre.

Voilà donc la priorité de notre appareil bien établie (1863-1869), c'est-à-dire qu'il fonctionnait depuis six ans, alors que celui de M. Hennequin n'était pas encore né.

Plusieurs fois, dans ce journal, nous avons réclamé; aujourd'hui encore, nous le revendiquons comme nôtre, laissant volontiers à son père putatif, comme consolation, la couronne académique qui lui a été décernée pour avoir trouvé un appareil de notre invention.

Veuillez agréer, Monsieur le directeur, l'expression de nos sentiments dévoués et confraternels.

Docteur E. SONRIER.

Poussay, 24 juillet 1882.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1882.

293. M. LESDOS. Contribution à l'étude de l'hémothorax d'origine traumatique. — 294. M. MARGERY. Localisations pulmonaires dans le rhumatisme aigu. — 295. M. DELCROIX. De la tétanie. — 296. M. MALHERBE. Valeur diagnostique et pronostique des rapports du pouls et de la température dans la fièvre typhoïde. — 297. M. BORDÈS-PAGÈS. Les lésions des bourses séreuses sous-cutanées et tendineuses dans la syphilis secondaire. — 298. M. MARCELIN. Essai sur les causes, le pronostic et le traitement du raccourcissement dans les fractures obliques du fémur. — 299. M. BONJEAN. Des plaques muqueuses du larynx. — 300. M. LANGLOIS. Des diverses hémorrhagies consécutives aux lésions des centres nerveux. — 301. M. JANOT. De la diphthérie à Paris. — 302. M. MÉNAGER. De la mortalité et de la morbidité du premier âge et du moyen de les combattre. — 303. M. HAMEAU. De la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne par le thermo-cautère. — 304. M. BOUSSAC. Contribution à l'étude des hernies diaphragmatiques d'origine traumatique et de leur traitement. — 305. M. MARTIN. Traitement des kystes synoviaux tendineux du poignet et de la paume de la main par la méthode antiseptique. — 306. M. RÉTIF. De l'insufflation d'air dans l'oreille moyenne. — 307. M. DRUILLET. Contribution à l'étude des ruptures traumatiques de l'intestin sans solution de continuité des parois abdominales. — 308. M. DÉCAMP. De l'atrophie dentaire produite par la syphilis héréditaire chez l'enfant. —309. M. ERNAULT. Des conditions étiologiques de la pathologie de la race nègre. — 310. M. LUQUET. Les altérations musculaires se rattachant à la fièvre typhoïde. — 311. M. HARANGER. Endocardite congénitale du cœur gauche. — 312. M. COUDRIN. Contribution à l'étude du pneumothorax. — 313. M. PARMILLEUX. Névralgie vulvo-vaginale. — 314. M. DENIAU. De la pilocarpine ; son action ; son emploi dans la thérapeutique oculaire. — 315. M. NIEUSSENS. De la dégénérescence graisseuse du cœur. — 316. M. ROME. La pleurotomie et le traitement rationnel de la pleurésie purulente. — 317. M. LAPORTE. Réflexions cliniques sur trente-quatre cas de fièvres typhoïdes. — 318. M. AUQUIER. Contribution à l'étude du diagnostic de l'anévrysme de la crosse de l'aorte. — 319. M. GRIVEAU. Étude clinique et pathogénique sur l'ascite dite idiopathique et en particulier sur l'ascite des jeunes filles. — 320. M. RIU. Étude expérimentale et clinique sur les nerfs pneumo-gastriques.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 31 juillet 1882, ont été promus ou nommés dans le corps de santé de la marine :

Au grade de pharmacien en chef : M. Doué;

Au grade de pharmacien principal : M. Simon ;

Au grade d'aide médecin titulaire : M. Vigne.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le concours pour la nomination à une place de chef de clinique des maladies mentales vient de se terminer par la nomination de M. Vallon, comme chef de clinique titulaire, et de M. Rueff, comme chef de clinique adjoint.

— Le concours pour la nomination à deux places de médecin du bureau central s'est terminé mardi soir par la nomination de MM. Tapret et Barth.

Le concours a été des plus remarquables et les deux candidats suivants, MM. Letulle et Chauffard, sont arrivés *ex æquo* avec le même nombre de points.

— *Avis.* — Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons de clinique thérapeutique professées à l'hôpital Saint-Antoine, par le docteur DUJARDIN-BEAUMETZ, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, recueillies par le docteur Eug. CARPENTIER-MÉRICOURT et revues par l'auteur. Deuxième série, troisième fascicule : *Traitement des maladies de la plèvre, du larynx et du pharynx.* — 1 vol. grand in-8° de 230 pages. — Prix : 4 francs. — Les *Leçons de clinique thérapeutique* forment actuellement 2 forts volumes gr. in-8° de 800 pages chacun, avec fig. dans le texte et planches chromo-lith. hors texte. Prix des deux vol. : 32 fr. Le tome II ou 2e série se vend séparément : 16 francs. — Paris, O. Doin.

Cours de pathologie expérimentale. Leçons sur l'action physiologique des substances toxiques et médicamenteuses, par M. le professeur A. VULPIAN (de l'Institut). 2e fascicule. 1 vol. in-8° carré de 250 pages. — Prix : 5 francs. Le volume complet, format in-8° compact de 700 pages, prix : 13 francs. — Paris, O. Doin.

Recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur les affections cutanées d'origine nerveuse, par le docteur H. LELOIR. 1 vol. in-8° de 220 pages, avec 4 planches et plusieurs figures intercalées dans le texte. — Prix : 5 francs. — Paris, Delahaye et E. Lecrosnier.

La mère et l'enfant dans les races humaines, par le docteur A. CORRE, professeur agrégé de l'École de médecine navale de Brest. 1 vol. in-18 de 300 pages, avec figures dans le texte. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 13214.

N° 90. — SAMEDI 5 AOUT 1882. 55e ANNÉE. SAMEDI 5 AOUT 1882. — N° 90.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Les hautes températures et les phlegmons diffus.

La haute température au milieu de laquelle vivent habituellement certains ouvriers, tels que ceux qui travaillent dans les raffineries de sucre, ne les prédisposerait-elle pas à des affections phlegmoneuses souvent graves, diffuses, avec tendance à la gangrène ?

M. Polaillon s'est posé cette question à propos d'un malade qui se trouve dans son service à la Pitié, salle Broca, n° 44.

Cet homme, âgé de quarante ans et jusqu'alors d'une très-bonne santé, était entré pour la première fois, dans le mois de juillet dernier, comme manœuvre dans une raffinerie, où on l'employait au transport des pains de sucre.

Il portait ces pains sur les épaules, sur chacune desquelles il eut bientôt des excoriations étendues. Ces excoriations devinrent à gauche le point de départ d'une lymphangite qui motiva l'entrée du malade à l'hôpital, le 24 juillet.

A cette date, toute la région pectorale du côté gauche était le siège d'une rougeur érysipélateuse avec empâtement, mais sans foyer purulent distinct. Sur le bras et l'avant-bras droits il existait des bulles de pemphygus disséminées. Les deux épaules présentaient des plaies croûteuses. Dès le lendemain, la fluctuation était évidente dans tout l'espace occupé la veille par la lymphangite. Un phlegmon diffus s'était produit dans la région du grand pectoral, qu'il débordait même, et il pénétrait jusque dans l'aisselle.

On donna d'abord issue au pus par une incison dans l'aisselle ; puis, comme des plaques gangréneuses s'étaient produites vers le milieu de la région pectorale occupée par le phlegmon diffus, on fit une contre-ouverture au moyen du thermo-cautère vers le centre de cette escharre et on y fit passer un drain.

Cependant le jour suivant l'escharre s'était étendue ; elle avait atteint toute la peau qui recouvrait le grand pectoral et même au-delà, dépassant en haut la clavicule, en dedans le sternum, etc. En se détachant, cette escharre, qui, sur certains points, intéresse l'aponévrose et même les fibres musculaires, a laissé tout l'ensemble du pectoral à nu.

En même temps le dos est devenu le siège d'un vaste érysipèle, qui progresse par poussées. A chacune de ces poussées correspond une élévation momentanée de la température, qui monte alors jusqu'au-delà de 40°, pour retomber dans les intervalles à 38° et quelques dixièmes.

Un pansement phéniqué appliqué avec soin et des couches de ouate superposées empêchent le contact de l'air sur la large plaie thoracique.

L'état général reste assez bon. Le malade n'a pas de répugnance pour les aliments et il digère ce qu'on lui fait prendre, tel que potages, œufs, etc.

Chez lui, comme chez d'autres ouvriers qui, venant de raffineries, ont présenté des phlegmons diffus plus ou moins graves, on a cherché, mais en vain, la présence du sucre dans les urines.

Aucun d'entre eux n'était diabétique ; et si réellement il se confirme que chez cette classe d'ouvriers les phlegmons soient plus fréquents et plus graves, question actuellement à l'étude, on n'en pourra incriminer que la haute température, de 40 à 50 degrés, au milieu de laquelle ils travaillent.

L'état mental des hystériques.

Dans notre dernière Revue clinique, nous avons vu comment M. Luys explique l'impressionnabilité excessive, l'émotivité sans limite qui se rencontre chez certains malades atteints d'hémiplégie par lésion cérébrale.

Suivant lui, ce serait le résultat de la suppression d'une action inhibitoire. Certaines régions du cerveau seraient chargées de modérer et de régler les impressions reçues, comme leurs manifestations : et la lésion porterait là.

Il y a, « dans ces cas, dit-il, une sorte d'abolition momentanée de l'action des régions modératrices, ou des centres d'arrêt psychiques, en vertu de laquelle les forces automatiques, subordonnées d'habitude, se développent avec d'autant plus d'entrain que la puissance coercitive a été détruite par un traumatisme. »

Il existerait donc un centre de *personnalité psychique*, centre qui se trouverait affecté dans l'hémiplégie émotive et dont la suppression fonctionnelle se traduirait soit,

comme chez les malades dont nous avons parlé, par une disposition larmoyante, soit, comme dans un type différent que M. Luys a également décrit, par une irritabilité, une turbulence, une agitation incessantes. « Il n'est pas rare, ajoute-t-il, d'en voir, en proie à un véritable accès d'excitation maniaque, avoir de fausses conceptions, du délire de persécution, et même faire des tentatives de suicide. »

Comme les travaux les plus récents ont mis en lumière les grandes ressemblances de la contracture dans l'hémiplégie et dans l'hystérie, l'exagération des réflexes qui la précède dans les deux cas, l'effet semblable d'un traumatisme pour la faire paraître, l'attitude identique des membres chez la plupart, etc., il nous a paru intéressant de rapprocher de cette théorie sur l'état mental d'une certaine classe d'hémiplégiques, la théorie, en apparence fort analogue, qui vient d'être émise en dernier lieu sur l'état mental des hystériques.

« Les hystériques ne savent pas, elles ne peuvent pas, elles ne veulent pas vouloir. » Telle est la formule adoptée par M. Huchard pour faire comprendre leur caractère et leur délire même.

C'est à cette formule qu'il veut rattacher toutes les données des auteurs, reproduites par lui dans un article spécial et personnel de la nouvelle édition du *Traité des névroses d'Axenfeld*, sur la mobilité d'humeur, l'esprit d'opposition, de contradiction, de controverse, et les autres traits dominants du singulier état cérébral dans lequel se trouvent le plus souvent les malades atteintes de cette névrose.

« Les hystériques s'agitent et les passions les mènent, dit-il à ce propos..... Toutes les diverses modalités de leur caractère, de leur état mental, que nous avons énumérées et que nous avons cherché à étudier, peuvent presque se résumer par ces mots : *elles ne savent pas, elles ne peuvent pas, elles ne veulent pas vouloir*. C'est bien, en effet, parce que leur volonté est toujours chancelante ou défaillante, c'est parce qu'elle est sans cesse dans un état d'équilibre instable, c'est parce qu'elle tourne au moindre vent comme la girouette sur nos toits, c'est pour toutes ces raisons que les hystériques ont cette mobilité, cette inconstance et cette mutabilité dans leurs désirs, dans leurs idées ou dans leurs affections. C'est encore pour la même cause qu'elles manquent de franchise, etc. »

Nous n'irons pas plus loin dans cette citation, car c'en est assez pour faire connaître l'idée mère de M. Huchard et la manière dont il l'applique à tous les faits d'observation.

Ce serait donc la volonté, la mise en œuvre du libre arbitre qui manquerait chez les hystériques et qu'il y faudrait faire reparaître pour les guérir. « Pour une raison ou pour une autre, dit M. Huchard, cette volonté renaît-elle dans leur esprit et des guérisons dites *miraculeuses* peuvent survenir. » Et après avoir rappelé des faits de guérison subite, tels que celui d'une malade immobilisée depuis des années par une contracture, et qui tout à coup se met à marcher à l'annonce d'un incendie, etc., il ajoute comme conclusion : « Tous ces faits n'en sont pas moins intéressants, parce qu'ils démontrent l'influence salutaire de la volonté sur la disparition d'un grand nombre d'accidents hystériques, et l'importance qu'on doit lui attacher au point de vue de la conduite thérapeutique à tenir. »

Nous ne nous arrêterons pas au côté purement philosophique de cette théorie, à ce qu'elle peut avoir de séduisant pour les gens du monde, satisfaits de voir expliquer les phénomènes si bizarres observés chez les hystériques par « l'impuissance de la volonté à refréner les passions » chez elles, heureux surtout de se figurer que par un effort de volonté une hystérique, s'il s'en rencontre dans leur famille, peut se trouver tout à coup guérie dès qu'elle en aura le désir.

Mais à un point de vue purement médical, il y a lieu de se demander si le réveil de la volonté est réellement ce qui effectue les guérisons dites miraculeuses. Quant à nous, nous ne le croyons pas.

Dans les cas mêmes où M. Huchard voit l'effet direct de la volonté qui se ranime, nous voyons le résultat, subi et non voulu, d'une dérivation puissante. La volonté ne serait pour rien dans la réaction qui guérit.

En d'autres termes, nous ne croyons pas qu'au point de vue de la personnalité psychique et de la fonction volitive, l'hystérique paralysée ou contracturée, etc., se trouve forcément dans des conditions autres que l'hystérique qui a guéri de sa paralysie ou de sa contracture.

Les troubles des fonctions sensitives ou motrices nous semblent chez elles indépendants des troubles des fonctions morales ou intellectuelles, sauf le cas de simulation, qui est loin d'être le plus fréquent.

Nous admettons qu'il y a de part et d'autre inégale répartition de l'action nerveuse et désordre.

Chez les hystériques, à la surface du corps, la sensibilité physique peut être distribuée de la manière la plus irrégulière : et il en est exactement ainsi de la sensibilité morale.

Elles se trouveront excitables jusqu'au délire par certains côtes, comme elles seront, à d'autres moments ou en même temps, hyperesthésiées jusqu'à la douleur la plus vive au moindre contact sur certains points.

Et de même qu'à côté de l'hyperesthésie, l'anesthésie existe chez elles sur d'autres branches nerveuses, de même on les voit rester insensibles à d'autres genres d'impressions qui devraient agir puissamment sur elles, si elles avaient encore l'équilibre de leurs facultés.

C'est la rupture de l'équilibre, et non l'absence de la volonté qui fait le fond de l'hystérie.

Maintenant comment et pourquoi cet équilibre est-il rompu? Pourquoi la sensibilité n'est-elle pas partout ce qu'elle devrait être? Pourquoi augmente-t-elle sur un point, tandis qu'elle diminue sur l'autre?

Pourquoi les diverses facultés intellectuelles et morales n'entrent-elles pas en jeu dans une juste mesure? Pourquo en est-il d'exaltées, tandis que d'autres sont affaiblies?

Pourquoi observe-t-on dans tous ces phénomènes une si grande mobilité?

Toutes ces questions sont parallèles ; mais jusqu'ici elles restent sans réponse qui puisse pleinement satisfaire, car chez la plupart des hystériques l'autopsie ne révèle rien.

Mais la volonté elle-même peut, dans certains cas, être surexcitée au dernier point, hypéresthésie en quelque sorte, alors que l'anesthésie porte sur les facultés affectives ou sur d'autres grandes facultés.

Ces hystériques si habiles, si persévérantes, si tenaces dans un désir assez dépravé pour ne se rapprocher en rien d'une passion proprement dite, sont-elles moins malades que les autres ?

Évidemment non. Et il ne faut pas, entre médecins, se payer de mots. Ajoutons-le, bien des hystériques voudraient guérir ; elles le désirent de tout leur cœur ; et la volonté n'y peut rien.

Coxalgie hystérique guérie par la chloroformisation et les mouvements étendus et forcés pendant l'anesthésie.

A propos d'une jeune malade de son service, chez laquelle les divers signes d'une tumeur blanche de l'articulation sacro-coxale semblent devoir se rattacher à une affection hystérique, M. Polaillon nous a parlé de faits très-curieux de guérison de fausses coxalgies hystériques par l'anesthésie, les mouvements forcés et le massage.

On a journellement recours à l'anesthésie pour établir le diagnostic différentiel entre ces fausses coxalgies et les vraies. En effet, pendant le sommeil chloroformique, les contractures péri-articulaires dues à l'hystérie ne persistent pas si les parties qui en étaient le siège entrent en résolution en même temps que les autres.

Mais, le plus souvent, l'anesthésie une fois dissipée, la contracture se reproduit quand on n'a pas le soin de mettre à profit cette période de résolution pour agir sur le membre et distendre les muscles.

M. Polaillon, dans l'observation qui lui est personnelle, a obtenu un succès complet. Mais ce fait n'est pas isolé dans ses souvenirs, car il en a vu d'autres semblables, particulièrement dans le service du célèbre chirurgien Bonnet, à Lyon.

Voici la note que M. Polaillon a bien voulu nous communiquer sur la malade traitée par lui :

« La nommée Dr... (Marie), âgée de vingt-deux ans, entre le 1er mars 1878 à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Jean, nº 14. Elle porte une affection articulaire de la hanche gauche, qui présente tous les signes d'une coxalgie ; flexion et adduction de la cuisse, ensellure lombaire, raccourcissement apparent, douleurs vives quand on cherche à imprimer des mouvements à la hanche, impossibilité des mouvements spontanés et de la marche. La patiente garde le lit depuis plusieurs semaines et elle fait remonter le commencement de ses douleurs articulaires à plusieurs mois.

Cependant, on ne trouve dans ses antécédents ni rhumatisme ni scrofule. Elle n'est pas amaigrie, et ne sait à quelle cause attribuer sa maladie. Elle est d'un tempérament nerveux, mais ne paraît pas avoir eu de véritables crises d'hystérie.

Comme il est impossible d'établir un diagnostic précis, en raison des souffrances de la malade, nous la soumettons à l'anesthésie par le chloroforme. Nous constatons alors que l'articulation coxo-fémorale gauche est parfaitement mobile dans tous les sens, qu'il n'y a point de craquements articulaires et que toutes les attitudes vicieuses constatées précédemment ont disparu.

Une longue et minutieuse exploration de l'articulation ne nous ayant rien fait découvrir de morbide, nous reconnaissons que nous avons affaire à une *coxalgie hystérique* et que l'immobilité de l'articulation, qui simulait une ankylose, n'avait d'autre cause qu'une contraction des muscles péri-articulaires.

Le lendemain de l'anesthésie, la malade meut sa cuisse librement et sans souffrir. Les jours suivants, elle se lève et peut marcher. Elle se dit guérie et sort de l'hôpital le 14 mars, treize jours après son entrée. Dans notre opinion, cette coxalgie hystérique a été guérie par l'influence de la chloroformisation, d'une part, et, d'autre part, par les manipulations et les mouvements étendus et brusques que nous avons fait subir à l'articulation pendant l'anesthésie. Je n'ai jamais revu cette malade, ce qui peut me faire supposer qu'elle est restée guérie. »

Dans son édition du *Traité des névroses d'Axenfeld*, M. Huchard, dont la bibliographie, malgré de regrettables lacunes, est très-riche, parle longuement de l'hystérie et des divers modes de traitement qui ont été mis en usage contre les contractures, les paralysies, etc., dues à cette cause. Mais nulle part il ne fait mention de l'anesthésie, comme d'un moyen curatif, même accessoire.

Doit-on saigner dans l'apoplexie ?

Si l'influence de la mode sur la pratique médicale était encore à démontrer, il suffirait de rappeler l'histoire de la question des émissions sanguines.

Après en avoir abusé au dernier point, on a cessé complètement d'en user dans tous les cas, surtout depuis les leçons de Trousseau sur l'apoplexie.

Pourtant on commence à revenir sur cette réaction excessive, et les résultats qu'on obtient dans plusieurs services de Paris où l'on ne craint pas de tirer du sang, sont de nature à encourager.

Par exemple, dans le service de M. le professeur Vulpian, on emploie beaucoup les sangsues et les ventouses scarifiées contre les diverses phlegmasies. C'est la base du traitement des péritonites, etc., et généralement on s'en trouve assez bien.

M. le professeur Peter fait aussi usage de la saignée, particulièrement dans l'apoplexie, s'écartant pleinement en cela des enseignements de Trousseau.

Trousseau a voulu rattacher l'apoplexie à l'épilepsie, et c'est pourquoi il interdisait toute émission sanguine au moment de l'attaque.

Mais, dans les cas les plus fréquents, l'apoplexie rentre plutôt dans les congestions hémorrhagiques, qu'une saignée arrête souvent.

Et ce n'est pas uniquement par la déplétion des vaisseaux qu'en pareil cas la saignée peut agir ; car il peut suffire d'ouvrir la veine et d'en laisser sortir quelques grammes de sang pour arrêter une hémorrhagie qui se prolongeait depuis des heures.

Je me rappelle, notamment, avoir vu cet effet subit chez un jeune homme qui avait été pris d'hémoptysie à la suite d'une suette miliaire, et qui depuis un jour entier ne cessait pas de cracher du sang. Une saignée très-minime réussit dans ce cas, après l'essai infructueux de nombreux moyens hémostatiques.

On est donc pleinement autorisé à saigner dans l'apoplexie, comme on le faisait avant Trousseau. On peut saigner d'abord au moment de l'attaque avec l'espoir de la modérer ; et plus tard encore, suivant M. Peter, on peut saigner avec avantage pour faciliter la résorption du caillot formé, et modérer la congestion périphérique. Aussi, dernièrement, M. Peter fit-il saigner largement un individu d'une soixantaine d'années, frappé d'apoplexie depuis la veille, et hémiplégique du côté gauche.

Quant aux attaques éclamptiformes des apoplectiques, aussi bien que celles des femmes en couches, elles demandent la saignée, suivant M. Peter. La présence de l'albumine dans l'urine n'est pas en pareil cas un obstacle ; au contraire ; après la saignée, on voit souvent la proportion d'albumine diminuer très-notablement, sans doute par suite d'une décongestion des reins. C'est ce qui s'était produit, par exemple, chez un malade de M. Peter, qui, quelques heures après une attaque d'apoplexie, avait été pris d'acci-

dents éclamptiformes ; l'urine était alors très-chargée d'albumine. On le saigna, ce qui fit cesser la crise d'éclampsie; et à partir de ce moment, l'urine fut trouvée de moins en moins albumineuse.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. DESPRÈS.

I. Verrues de la plante du pied. — II. Direction des sutures métalliques.

(Leçon recueillie par MM. BOUICLI et LADROITTE, internes.)

I. Je désire vous entretenir aujourd'hui d'une affection dont les livres classiques font à peine mention, et pour laquelle vous serez souvent consultés. Je veux attirer votre attention sur les verrues de la plante du pied, lésions légères en apparence, mais qui, dans certains cas, peuvent tellement faire souffrir les malades, qu'ils demanderont avec instance de les en débarrasser. Pour mieux graver les faits dans votre esprit, permettez-moi de vous raconter brièvement l'histoire d'une malade qui s'est présentée ces jours derniers à notre consultation à l'hôpital. Il s'agit d'une femme qui portait sur la peau du talon de son pied gauche une petite verrue, aplatie, du volume d'un petit pois ; la lésion était extrêmement douloureuse et gênait beaucoup la marche. Son aspect extérieur ne présentait rien de particulier et se rapprochait, à peu de chose près, de toutes les autres verrues, qui, comme vous le savez, se développent en grand nombre surtout sur la face palmaire de la main et des doigts. La gêne qu'elle occasionnait était telle que la malade nous demandait de l'en guérir à tout prix.

Quel est donc le traitement qui convient le mieux à ce genre d'affection ? On a préconisé dans ce but l'ablation de la petite tumeur. Si cette pratique paraît satisfaisante au premier abord, elle ne met cependant pas à l'abri de la récidive ; d'autres ont conseillé de détruire le mal par l'application locale d'agents caustiques plus ou moins appropriés.

Quant à moi, voilà ma façon de faire dans les différents cas que j'ai eu l'occasion d'observer, et qui m'a toujours réussi jusqu'à présent. J'ai appliqué sur la verrue de notre malade gros comme un petit pois de pâte de Vienne ; j'ai laissé le caustique en place pendant une demi-heure, temps nécessaire pour que son action s'exerce assez profondément, après quoi j'ai enlevé le tout et posé sur la petite eschare un petit pansement au diachylon.

Une seule cautérisation a suffi, et dans l'espace de quinze jours il s'est formé une cicatrice suffisamment forte pour supporter le poids du corps pendant la marche et, qui plus est, elle n'est nullement douloureuse, comme on aurait pu le penser *à priori*.

Mais, pour compléter vos connaissances là-dessus, je dois ajouter que les verrues de la plante du pied sont généralement nombreuses ; aussi est-il nécessaire, pour obtenir une guérison complète, d'attaquer les petites tumeurs une à une et de ne pas se borner à détruire la plus grosse. Dans d'autres cas les verrues sont plus ou moins saillantes, plus ou moins cornées; pour en obtenir la cure radicale il faut, avant d'appliquer le caustique, les ébarber et les faire saigner légèrement.

Sachez enfin que, dans certaines circonstances, la petite tumeur peut récidiver, et alors on est obligé de revenir à plusieurs reprises sur les cautérisations.

Pour terminer, je vous dirai qu'avant de tenter le traitement il faut bien vous convaincre s'il s'agit d'une verrue. En effet, gardez-vous bien de confondre cette dernière affection avec le durillon provoqué par un simple frottement traumatique de la chaussure.

Pour arriver au diagnostic, vous n'aurez qu'à abraser la partie cornée de la verrue ; vous verrez alors une surface pointillée entourée d'une auréole brunâtre, due à l'hypertrophie du derme autour des papilles végétantes qui constituent la verrue : rien ne resssemble à ces verrues.

II. Depuis que l'on pratique des sutures métalliques avec les fils d'argent, on a constaté nombre de fois que les fils laissés en place plus de vingt-quatre heures coupaient les tissus. Il se passait là ce qui se passe pour la suture entortillée : toutes les fois, en effet, que l'on laisse l'épingle plus de vingt-quatre en place, elle coupe. Depuis un an nous avons fait trois sutures métalliques pour des opérations pratiquées sur les lèvres, et vous avez vu des réunions immédiates en trois jours sans traces de section des tissus par les sutures métalliques.

Vous avez pu remarquer que cela tenait à la pratique que j'ai suivie, et qui est ma ligne de conduite depuis que je me sers des fils métalliques, c'est-à-dire depuis que je fais de la chirurgie.

D'abord, je serre très-fortement les points de suture, en ayant soin de ne jamais placer la torsion des deux chefs du fil sur la plaie même. Le lendemain je sectionne les fils près de la torsion ; le fil se détend un peu sans changer de courbure, et un écartement se produit ; les tissus cessent d'être étranglés tout en restant maintenus par l'élasticité du fil, qui serre encore assez les lèvres de la plaie l'une contre l'autre. Les points d'entrée et de sortie des fils ne rougissent point, les lèvres de la plaie pas davantage, et la réparation s'effectue alors rapidement.

Le troisième jour nous enlevons les fils, qui sortent alors avec une grande facilité.

Lorsqu'il y a une large perte de substance, comme cela était le cas chez le malade, qui était atteint d'un cancroïde de la commissure et à qui nous avons enlevé la commissure et une partie de la joue, les lambeaux réunis sont fortement tirés et l'on pourrait croire que les sutures doivent être laissées intactes longtemps. Vous avez pu voir par vous-mêmes qu'il n'en est rien : la suture dirigée comme je viens de vous le dire a donné tout le succès désirable.

CLINIQUE DES MALADIES DE LA BOUCHE.
M. MAGITOT.

Contribution à l'histoire des opérations préliminaires. — Hétérotopie dans la voûte palatine d'une canine permanente, chez une femme de vingt-cinq ans ; carie de cette dent ; accidents nécessitant son extraction ; suppression temporaire d'une prémolaire permanente pour permettre l'application des instruments; avulsion de la canine; réimplantation de la première; guérison.

(Observation recueillie par M. le docteur DUNOGIER.)

Depuis les travaux du professeur Verneuil et la thèse de M. Kirmisson (1), son élève, on désigne sous le nom d'*opérations préliminaires* celles qui, portant sur des parties généralement saines,

(1) *Des opérations préliminaires en général.* Thèse de Paris, 1879.

sont pratiquées en vue de rendre possibles ou de faciliter les opérations principales.

Envisagées de la sorte, ces opérations ont le plus souvent pour but de créer une voie de passage afin d'atteindre un organe affecté, inaccessible par les moyens ordinaires.

Parmi les exemples de ce genre, nous citerons : la résection du maxillaire pour l'extirpation d'un polype naso-pharyngien ; l'extraction des dents pour l'ouverture d'un kyste de la mâchoire ou d'un abcès du sinus ; leur ablation temporaire (greffe par restitution) pour permettre l'avulsion d'une dent voisine, comme le cas rappelé dans la thèse en question (1) et publié par nous dans la *Gazette hebdomadaire* du 3 janvier 1879.

Dans ce dernier exemple, il s'agissait d'un étudiant en médecine qui, depuis quinze mois, présentait dans la région de l'angle de la mâchoire, du côté gauche, des accidents inflammatoires d'une extrême gravité, occasionnés par une anomalie de la dent de sagesse, poussée horizontalement en dehors et dont la couronne était incluse dans l'épaisseur de la joue.

Après quelques tentatives infructueuses d'extraction, nous eûmes l'idée de recourir à l'ablation temporaire de la deuxième molaire et, celle-ci enlevée, il fut possible d'arriver jusqu'à la dent de sagesse.

Ce fait était, jusqu'à présent, le seul de ce genre qui fût publié, lorsque nous eûmes dernièrement l'occasion de faire une nouvelle application de cette méthode ; c'est ce que nous allons rapporter dans l'observation suivante :

Observation. — Mme X..., âgée de vingt-cinq ans, n'avait jamais souffert de lésions dentaires ; sa dentition paraissait complète, quand, il y a environ dix-huit mois, elle vit apparaître à la voûte palatine une saillie dure qui n'était autre que la couronne d'une dent. Celle-ci se développa peu à peu, repoussant l'incisive latérale ainsi que la première prémolaire et donnant lieu à des douleurs obtuses de la région.

Bientôt, cette même dent devint le siège d'une véritable carie, qui nécessita des pansements divers et occasionna des souffrances locales répondant à la carie même, puis des névralgies irradiant à différents points de la face et surtout aux régions temporales, sus et sous-orbitaires.

Au moment où Mme X... vient nous consulter, nous constatons :

1° Que l'arcade dentaire supérieure, loin d'être complète, comme semblait le croire la malade, offre une anomalie consistant dans l'absence de la canine droite, de telle sorte que l'incisive latérale et la première prémolaire se trouvent contiguës ;

2° Que l'incisive latérale est notablement saillante en avant de l'arcade dentaire, et qu'en même temps la première prémolaire a subi une légère déviation en dehors ;

3° Qu'en arrière de cette arcade et au voisinage de ces deux dernières dents, on constate la présence d'un corps dur qui n'est autre que la couronne d'une canine.

Les dimensions considérables qu'offre la canine supérieure gauche, d'ailleurs normale et occupant sa place habituelle, nous laissent supposer quel peut être le volume de son homologue, incluse dans le palais.

Bien que l'éruption de cette dent dans la voûte palatine ait commencé il y a dix-huit mois, la saillie formée par la couronne est tout au plus de deux ou trois millimètres, et la direction de ce sommet indique clairement que la dent est en quelque sorte couchée obliquement dans la voûte, suivant une direction de droite à gauche et d'avant en arrière. De la sorte, la couronne arrive en contact immédiat avec la face interne de la première prémolaire et la face postérieure de l'incisive latérale, contre lesquelles elle vient s'arc-bouter et qu'elle a, ainsi qu'on l'a vu, notablement déviées.

4° Enfin, au sommet de cette dent, se trouve la carie déjà signalée. Cette carie est très-avancée, car le fond de la cavité, ramolli et douloureux, est placé très-au-delà de la surface de niveau de la muqueuse.

(1) Kirmisson. *Loc. cit.*, p. 47.

Dans de telles conditions, nous considérons l'extraction comme formellement indiquée. En effet, les accidents ont, ici, une double origine : l'anomalie subie par cette dent et la carie qui l'a frappée consécutivement.

Ces accidents n'eussent-ils d'ailleurs pour cause que cette dernière lésion, le traitement de celle-ci rencontrerait, suivant nous, trop de difficultés pour être tentée.

Mais l'extraction, ainsi justifiée, trouve, dans l'état des parties, des obstacles qui, au premier abord, semblent insurmontables.

Il est en effet absolument impossible d'introduire sur les côtés de la canine à extraire les mors d'un de ces daviers ou forceps usités pour l'avulsion de cette espèce de dents : tout au plus l'une des branches serait-elle applicable intérieurement, tandis qu'en dehors, les dents en place opposent un obstacle absolu à la pénétration de l'autre branche.

C'est alors que nous avons l'idée d'appliquer la méthode déjà suivie par nous dans le cas rappelé plus haut.

Considérant que c'est surtout la première prémolaire qui met obstacle à l'accès des instruments, nous proposons l'ablation temporaire de cette dernière, espérant, en effet, que, grâce à la place que nous fournira cette opération, nous pourrons saisir la dent palatine.

Ce résultat est pleinement réalisé : l'avulsion de la première prémolaire se fait très-simplement ; la dent est mise dans un linge imbibé d'eau tiède, et la canine peut être saisie assez facilement avec un davier droit et extraite en un seul temps.

Quelques minutes plus tard, la prémolaire est réimplantée et abandonnée à elle-même, la disposition de ses racines permettant son maintien suffisant dans l'alvéole sans le secours de bandage ou d'appareil approprié.

Nous prescrivons, pendant les jours suivants, des compresses de chlorate de potasse sur la région.

Aucune réaction, aucun accident ne se produisent.

La dent réimplantée est, au bout de huit jours, déjà très-solide ; la plaie palatine en voie de cicatrisation, et, après deux semaines, la guérison est complète.

Tel est le nouveau cas d'opération préliminaire pratiquée sur une dent saine, en vue de supprimer l'obstacle qu'elle apporte à l'accès des instruments sur une autre dent placée derrière ou au-dessous d'elle ; mais, opération préliminaire offrant cette particularité, qu'après avoir fourni une voie suffisante au chirurgien, elle se termine par la remise en place de l'organe enlevé, et par conséquent ne laisse à sa suite ni perte de substance ni déformation d'aucune sorte.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 28 juillet 1882. — Présidence de M. Dujardin-Beaumetz

COMMUNICATIONS

Localisation sensorielle. — M. D'Heilly, en son nom et au nom de M. Chantemesse, présente une pièce et une observation qui offrent de l'intérêt au point de vue d'une question très-agitée depuis quelque temps : l'existence de certains centres sensoriels. On sait que des auteurs allemands et anglais ont décrit sous le nom d'aphasie sensorielle (Wernicke), de cécité et surdité des mots (Kussmaul), une forme de l'aphasie qui aurait ses lésions et ses symptômes particuliers. Le malade, avec une conservation à peu près complète de l'intelligence, ne pourrait ni lire ni écrire, il ne comprendrait pas les mots qu'il entend ni ceux qu'il prononce, et n'aurait garde, par conséquent, de s'irriter qu'ils ne répondent pas à sa pensée. La sensibilité générale, la vue et l'ouïe, fonctionneraient normalement, en tant qu'appareils du *sensorium commune*. Comme lésions anatomiques, la circonvolution de Broca serait indemne, il y aurait seulement destruction d'une région de la zone postérieure du cerveau gauche. La voie de sortie, la troisième frontale gauche, est libre ; ce qui est touché,

c'est le réservoir des images commémoratives des mots parlés et écrits.

Voici le cas observé par MM. d'Heilly et Chantemesse. C'est un des plus nets qui aient été publiés au sujet d'une localisation sensorielle.

Une jeune femme tuberculeuse devient subitement aphasique ; elle ne comprend presque plus rien de ce qu'on lui dit, elle ne peut ni lire ni écrire, elle ne prononce que quelques mots sans suite. La vue et l'ouïe, la motilité et la sensibilité générale sont conservées. L'intelligence, chose principale dans le cas particulier, est à peu près complète ; la malade comprend bien les signes qu'on lui fait, se sert très-correctement pour manger et boire, reconnaît une de ses amies qui vient la voir, lui serre la main, et prend part par son rire aux jeux qui se font dans la salle ; elle joue aux cartes et ne se trompe jamais ni sur leur couleur ni sur leur valeur.

A l'autopsie, caillot thrombosique dans la quatrième branche de la sylvienne gauche, ramollissement cortical du territoire tributaire, intéressant la lèvre supérieure de la première circonvolution temporo-sphénoïdale dans sa moitié postérieure, s'étendant sur la moitié inférieure du lobule pariétal inférieur, sur le lobule du pli courbe et la moitié antérieure du pli courbe.

Par la limitation de la lésion et par la netteté des symptômes, les auteurs pensent que ce cas peut-être rangé à côté de ceux qui ont été décrits sous le nom de cécité et surdité des mots.

Angine tuberculeuse guérie par l'iodoforme. — M. GOUGUENHEIM communique l'observation d'une malade qui était atteinte d'une angine ulcéreuse très-étendue. Cette angine présentait tous les caractères de l'angine tuberculeuse dont Isambert, l'un des premiers, a montré plusieurs exemples à la Société, en faisant observer que le pronostic de cette affection était généralement très-grave. L'examen histologique confirma la nature tuberculeuse de cette angine. M. Gouguenheim y appliqua localement de l'iodoforme et en obtint de très-bons effets. La malade fut reprise quelques mois après; nouvelle application d'iodoforme, mais celui-ci n'agit favorablement que quand survint l'ulcération. Jusque-là il resta sans effet. M. Gouguenheim finit par obtenir ainsi la guérison définitive de cette angine tuberculeuse. Cette observation montre l'influence de l'iodoforme comme modificateur puissant des ulcérations tuberculeuses.

M. ZUBER emploie au Val-de-Grâce l'iodoforme en pansements et en obtient les meilleurs effets. Il rappelle que l'iodoforme est, en ce moment, en grande faveur en Allemagne. Kusner déclare que c'est un anti-tuberculeux, et en a précisément retiré les meilleurs effets contre des ulcérations probablement tuberculeuses du pharynx.

M. DAMASCHINO a obtenu la guérison d'une angine tuberculeuse à l'aide d'un traitement local par la teinture d'iode et d'un traitement général par l'iodure de potassium et l'iodure de fer. Cette malade fut reprise une seconde fois, eut un œdème de la glotte qui nécessita la trachéotomie et guérit une seconde fois de son angine tuberculeuse. Elle a succombé deux ans après à la tuberculose pulmonaire dont elle était atteinte.

M. GOUGUENHEIM fait observer que l'iodoforme n'agit favorablement sur les ulcérations tertiaires de la syphilis que quand il est associé au traitement interne.

Transfusion. — M. ROUSSEL fait connaître de nouveaux cas de transfusion (voir *Gazette des hôpitaux*, 1er juillet 1882).

Chylurie. — M. FERRAND communique l'observation d'un jeune nègre, âgé de quinze ans, originaire de Zanzibar, habitant la France depuis dix ans, qui jusqu'au 15 août de l'année dernière jouissait d'une bonne santé habituelle. A cette époque il fut pris de diarrhée, d'entérite avec selles sanguinolentes, et s'aperçut qu'il urinait du sang. Puis ses urines devinrent laiteuses. On trouvait chaque fois au fond du vase un caillot. En même temps ce jeune homme se plaignait d'une sensation de fatigue et présentait un léger mouvement fébrile. L'examen chimique des urines, fait par M. Méhu, montra qu'elles contenaient des matières grasses faiblement émulsionnées, des proportions considérables de fibrine et d'albumine. L'examen microscopique a révélé la présence de globules sanguins, de leucocytes, de granulations graisseuses purulentes et enfin un parasite. Il y a, dans la marche de cette affection, des intermittences très-nettes, des alternatives de retour à l'état normal et de retour des accidents.

M. Ferrand laisse la parole à M. Damaschino, qui donne les renseignements suivants sur ce sujet.

M. DAMASCHINO fait connaître les résultats de l'examen microscopique de l'urine et du sang chez ce malade. Ces recherches histologiques sont d'autant plus intéressantes qu'elles ont été comparées à celles d'un liquide chyliforme extrait d'une hydrocèle par M. Le Dentu et présenté au mois de décembre à la Société de chirurgie. (Voy. *Gazette des hôpitaux*, décembre 1881.)

Dans l'urine de la période hémato-chylurique et chylurique, il existe des filaires en grand nombre. Ces filaires sont morts ; mais dans le sang extrait des capillaires généraux par des piqûres de lancette, on trouve pendant la nuit, et pendant la nuit seulement, ces mêmes filaires vivants.

M. Damaschino indique un procédé facile pour recueillir et colorer ces filaires. Il consiste à faire tomber une ou deux gouttes de sang dans un verre de montre contenant une solution aqueuse de violet de méthyle ; les globules blancs et les filaires sont emprisonnés dans le caillot fibrineux qui se dépose au fond de la capsule de verre ; les hématies en suspension dans le liquide peuvent être décantées deux heures après. En examinant le caillot, on y retrouve les filaires colorées en violet.

Ces larves de filaire (car ce sont des larves, ainsi que l'avait indiqué dès 1873 M. le professeur Robin), sont absolument identiques à celles qui ont été décrites par Wuchens, Lewis, Cobbold, Manson, etc. M. Damaschino les a retrouvées en grand nombre dans le liquide chyliforme de l'hydrocèle opérée par M. Le Dentu; mais il faut avoir soin de les chercher, non pas dans le liquide, mais au milieu des caillots ou adhérentes aux fibres végétales ou aux débris de poils qui flottent souvent dans des liquides recueillis dans des vases non soigneusement nettoyés.

Dans les deux cas, les filaires se présentent avec des caractères semblables. Elles sont de tout point comparables à celles qui existent dans une préparation envoyée par M. le docteur Zancarol (d'Alexandrie), et qui avait été faite par M. le docteur Sonsino (du Caire), suivant le procédé de Manson, en faisant piquer par un moustique un malade atteint de chylurie. Les filaires se retrouvent en grand nombre dans le sang contenu dans l'estomac du culex.

M. Damaschino fait remarquer toute l'importance de ces constatations absolument confirmatives de la théorie parasitaire de l'hémato-chylurie, des liquides chyliformes, de l'éléphantiasis, du craw-craw, et des autres affections des pays chauds, que l'on tend actuellement à attribuer à la filaire du sang humain.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1882.

321. M. WARD-WILLIAM. Manuel opératoire de l'urano-staphylorrhaphie. — 322. M. TOUAILLE DE LARABRIE. Étude sur l'hypertrophie congénitale de la langue. — 323. M. MÉRICAMP. Contribution à l'étude des artropathies syphilitiques tertiaires. — 324. M. NAIS. De la dystocie par procidence des membres inférieurs. — 325. M. LAFOSSE. Essai sur le traitement des synovites tendineuses à grains riziformes de la face antérieure du poignet et de la main. — 326. M. MASSERON. Des kystes hydatiques multiples de la cavité abdominale pelvienne. — 327. M. COMBRET. Des principales méthodes d'administration du mercure par la peau. — 328. M. BRUMAULT DE MONTGARYN. Ostéologie et myologie de la grenouille. — 329. M. HAMON. Alimentation artificielle volontaire chez les phthisiques, à l'aide du tube du docteur Faucher.— 330. M. JOURNET. Étude sur la

fréquence du cancer dans la terminaison de l'intestin grêle. — 331. M. Lacaze. Étude clinique sur le rhumatisme noueux chez les enfants. — 332. M. Ferrand. De la forme dysphagique de la phthisie laryngée. — 333. M. Grenaudier. Contribution à l'étude de l'hémophilie. — 334. M. Julian Numa. Du massage de l'œil dans quelques affections de la cornée et des paupières. — 335. M. Lagelouze. Contribution à l'étude du traitement de la syphilis par les frictions mercurielles. — 336. M. Fesquet. Traitement de l'ulcère simple et de ses complications. — 337. M. Castinel. Quelques considérations sur la réimplantation des dents. — 338. M. Carboué. De l'iridectomie dans la kératite parenchymateuse et la scléro-kératite. — 339. M. Morniche. Contribution à l'étude de l'adénome palatin. — 340. M. Cartier. Abcès périostique de la paroi thoracique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Au moment de mettre sous presse, nous apprenons la mort de l'ancien collaborateur de notre cher maître Trousseau, M. le docteur Pidoux, membre de l'Académie de médecine, médecin honoraire des hôpitaux, ancien médecin-inspecteur des Eaux-Bonnes, commandeur de la Légion d'honneur, etc., etc., décédé, dans sa soixante-quatorzième année, aux Mureaux, près Meulan (Seine-et-Oise).

Les obsèques de notre savant confrère auront lieu à Paris, demain samedi 6 août, à onze heures très-précises, en l'église Sainte-Clotilde. On se réunira à l'église.

— Par décret en date du 5 juillet 1882, M. le docteur Le Juge de Segrais a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par décret en date du 1er août 1882, M. le docteur Ardouin, inspecteur général du conseil sanitaire maritime et quarantenaire à Alexandrie, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par décret en date du 3 août 1882, M. Coutance a été promu au grade de pharmacien en chef dans le corps de santé de la marine.

— *Hôpitaux de Paris. — Concours de l'internat.* — L'ouverture du concours pour les prix de l'externat et la nomination des internes aura lieu le lundi 9 octobre, à midi précis, dans l'amphithéâtre de l'administration, avenue Victoria, 3.

MM. les élèves internes en médecine et en chirurgie de deuxième et de troisième année sont prévenus qu'en exécution du règlement ils sont tous tenus de prendre part au concours des prix, sous peine d'être rayés des cadres des élèves des hôpitaux et hospices.

Les élèves seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le lundi 4 septembre jusqu'au samedi 23 septembre inclusivement.

Concours de l'externat. — L'ouverture du concours pour l'externat aura lieu le mardi 10 octobre, à quatre heures précises, dans l'amphithéâtre de l'administration centrale, avenue Victoria, 3.

Les étudiants qui désireront prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le lundi 4 septembre jusqu'au jeudi 28 du même mois inclusivement.

Avis spécial. — Les candidats qui justifieront de leur engagement volontaire d'un an seront admis, par exception, à subir consécutivement les deux épreuves réglementaires dès l'ouverture du concours.

Les engagés volontaires qui doivent être libres au mois de novembre prochain et qui se seront fait inscrire pour prendre part au concours, seront appelés à subir la première épreuve à partir du jour de leur libération du service militaire.

— Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Goze, médecin principal de l'armée, en retraite, officier de la Légion d'honneur. Entré au service de santé militaire en 1820, il y est resté jusqu'en 1864. Pendant cette longue carrière, Goze s'est montré actif, dévoué à ses devoirs; il a fait de nombreuses campagnes en Belgique, en Italie, en Afrique, avec la plus grande distinction. Pendant plusieurs années, il a dirigé non moins heureusement le service si délicat du lazaret de Marseille, où affluaient en si grand nombre les malades évacués de nos expéditions lointaines. On lui doit aussi des travaux importants sur la situation du service de santé, qui ont eu une influence marquée sur la réorganisation récente et si heureuse du corps des médecins militaires. Bon camarade d'armée, passionné pour le bien du service, dont les intérêts n'ont cessé de le préoccuper jusqu'à sa mort, ami sûr, caractère ferme et bienveillant, Goze laisse les meilleurs souvenirs dans le cœur de tous ceux qui l'ont connu, de tous ceux qui ont servi sous ses ordres, comme dans celui de ses anciens chefs.

— M. le docteur L. Landouzy, agrégé, suppléant le professeur Hardy à la Charité, commencera le mardi 8 août des conférences de clinique médicale qu'il continuera le samedi et le mardi de chaque semaine, à dix heures. Visite tous les jours à neuf heures.

— *Avis.* — Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Ving-cinq années de pratique chirurgicale. Traitement des affections chirurgicales que l'on rencontre le plus fréquemment dans les centres industriels, par le docteur Valère Petit (de Wasmes). In-8° de 132 pages. — Bruxelles, H. Manceaux.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 13214.

N° 91. — MARDI 8 AOUT 1882. 55e ANNÉE. MARDI 8 AOUT 1882. — N° 91.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOPITAL NECKER. — M. POTAIN.

Anévrysme intracardiaque, perforation interventriculaire, tendon aberrant, bruits anomaux.

Nous avons perdu notre malade du n° 40 de la salle Saint-Luc, chez lequel les phénomènes cardiaques par leur bizarrerie nous ont forcé de réserver le diagnostic absolu de la lésion dont il était atteint.

C'était un homme de cinquante-cinq ans, tailleur d'habits, qui avait joui jusque dans ces derniers temps, disait-il, d'une santé parfaite. Les premiers accidents morbides remontaient à trois mois ; ils avaient débuté par des troubles gastriques, un peu de pyrosis, quelques nausées et vomissements survenus sans cause appréciable. Cet homme était parfaitement sobre, sans le moindre penchant à l'alcoolisme.

Quinze jours avant son entrée à l'hôpital, il avait éprouvé ses premiers battements de cœur, ainsi que quelques douleurs dans les jointures. A son arrivée dans nos salles, en l'examinant avec soin, nous constatâmes vers la partie moyenne de la région précordiale un frémissement systolique considérable. Cependant la percussion ne dénotait aucune augmentation de volume du cœur. Quant à l'auscultation, nous entendions un double souffle : le premier, systolique, intense, présentant deux maxima retentissants et rudes, l'un à la base du cœur se propageant faiblement vers l'aorte, l'autre à la pointe. Le deuxième souffle était diastolique, faible, doux, durant pendant la totalité de la diastole. Enfin les battements du cœur étaient au nombre de 112 à 116 par minute.

A côté de ces signes assez embarrassants, indiquant à la fois une insuffisance de la valvule mitrale ainsi qu'un rétrécissement et une insuffisance aortiques, il n'y avait que peu ou point d'hypertrophie cardiaque ; de là nouvel embarras, ces lésions étant de celles qui entraînent le plus avec elles l'hypertrophie du cœur. La seule interprétation possible était que, la lésion étant récente, l'augmentation de volume de l'organe cardiaque n'avait pas encore eu le temps de se produire. Mais, d'autre part, comment expliquer une altération aussi grande des orifices sans phénomènes morbides de grande intensité ? Une autre explication doit forcément intervenir et doit être cherchée soit dans une ulcération de l'endocarde, dans quelque rupture vasculaire, dans quelque destruction valvulaire ou l'existence d'un tendon aberrant.

En étudiant les pièces anatomiques que l'autopsie nous a permis d'avoir sous les yeux, nous trouvons à la base de la cavité ventriculaire droite une cavité secondaire, grande à loger une noix ordinaire, qui s'ouvre par deux petits pertuis, l'un à la partie antérieure, ayant un diamètre de 0m,005 à 0m,006, à bord lisse, un peu tranchant, l'autre situé au fond et en avant du sinus de Valsalva ; cette cavité n'est autre que celle d'un anévrysme de la paroi cardiaque, comparable aux anévrysmes des artères. Il en existe un certain nombre d'observations dans la science ; ordinairement ils occupent la pointe ou la base du cœur dans le voisinage des orifices artériels et surtout vers le septum, là où il n'existe pour ainsi dire pas de fibres musculaires, mais où les parois sont formées en bas par l'accolement des deux séreuses ventriculaires, en haut par l'adossement moins parfait des séreuses auriculaire et ventriculaire.

C'est ainsi que l'anévrysme peut se produire, tantôt sous l'influence d'une endocardite transmise, débutant par une myocardite, la formation d'un abcès renfermant une certaine quantité de pus et de détritus de la cloison musculeuse ou séreuse. Cet abcès, venant à se rompre dans le ventricule, forme une cavité secondaire en communication avec celui-ci, se remplit de sang et donne lieu à ce qu'on pourrait appeler un anévrysme disséquant.

Tantôt, au contraire, la lésion se produira par l'ulcération de la séreuse, sa perforation, l'agrandissement de la cavité, soit que la tumeur fasse saillie vers le ventricule droit ou l'oreillette du même côté, soit que, en décollant peu à peu les deux séreuses, elle s'insinue entre l'oreillette et l'origine de l'aorte et fasse alors saillie à la base du cœur.

Ces tumeurs sont plus ou moins grosses ; rarement au-dessous du volume d'une noisette, elles atteignent parfois celui d'un œuf de pigeon. Elles peuvent se rompre dans la cavité ventriculaire droite ou dans l'oreillette du même côté, ou bien encore soit dans l'aorte, soit dans l'oreillette gauche. Quelquefois ces anévrysmes peuvent se produire en d'autres points du septum vers la partie musculaire ou la valvule gauche. Dans ce cas, l'épaisseur plus grande des

parois entraîne quelques différences dans leur évolution, et leur rupture peut se faire surtout dans l'aorte.

Chez notre malade, la rupture s'est produite à la partie antérieure et moyenne de la valve sigmoïde droite par deux orifices, l'un dans le ventricule, l'autre dans le fond et en avant du sinus de Valsalva.

Mais, ceci dit, il nous reste à établir les rapports entre cet anévrysme et les bruits anomaux que nous percevions à l'auscultation. Ces lésions sont rarement isolées, mais presque toujours on trouve avec elles des altérations des orifices, de plus la variabilité de leur siège entraîne des conséquences également différentes. De là, et en raison même de la diversité des signes cliniques, de grandes difficultés de diagnostic. Aussi faut-il, pour tirer une conclusion des faits que nous observons, rechercher des observations analogues. Celles-ci ne sont pas encore très-nombreuses, malheureusement pour notre instruction.

J'ai trouvé en tout, dans les auteurs que j'ai pu étudier, six observations pouvant nous servir de termes de comparaison. Dans la plupart d'entre elles, on signale l'existence de souffles avec frémissement, mais il est nécessaire d'ajouter que la lésion se compliquait d'insuffisance aortique et de rétrécissement ; donc rien de spécial encore à l'anévrysme. Une observation de Gordon, qui est encore celle qui ressemble le plus à la nôtre, parle d'un bruit de roulement. Dans une observation de Todde on rapporte un souffle systolique doux en même temps qu'un souffle diastolique fort, à la base, mais il existait dans ce cas un canal de communication entre le ventricule et l'aorte, tellement grand que l'on pouvait y faire passer le petit doigt. Chez notre malade, au contraire, ce trajet est extrêmement fin et permet à peine le passage d'un stylet ordinaire.

Nous ne saurions guère, d'après cela, pouvoir lui rapporter le bruit de souffle énorme que nous entendions. Il en est de même pour le frémissement vibratoire qui est assez fréquent dans les cas d'anévrysme de la cloison, tandis que dans les faits semblables au nôtre on ne constatait pas de frémissements.

Enfin, quant à l'hypertrophie dont nous avons constaté l'absence chez notre malade, elle était médiocre ou nulle chez les malades de Todde et de Gordon. Vous voyez combien l'interprétation des bruits morbides que nous avons entendus est difficile, et qu'il nous faut encore aller la chercher dans une autre lésion.

Si nous examinons avec soin la partie postérieure du ventricule gauche, nous apercevons un tendon musculeux, grêle, fin, qui, au lieu de s'implanter à la partie inférieure de la valvule mitrale, va s'insérer en haut sur la cloison, de telle sorte qu'il se trouve situé sur le passage du sang qui l'ébranlait et le faisait vibrer. En 1876, nous avons déjà constaté un fait semblable, fait que nous avions présumé pendant la vie en raison de l'intensité du souffle et des frémissements vibratoires que la main sentait lorsqu'elle était appliquée sur la région précordiale, mais sans aucune propagation ni dans le sens de l'aorte ni du côté de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche. Il existait aussi chez cet individu une insuffisance mitrale, et c'est le défaut de concordance des deux souffles et l'isolement de l'un d'eux qui nous avait mis sur la voie du diagnostic de l'existence d'un tendon aberrant. L'autopsie nous démontra alors que nous avions raison.

Eh bien, chez ce malade qui a succombé il y a deux jours, nous avons donc trouvé aussi la même anomalie, avec cette différence cependant que dans l'observation de 1876 le tendon était plus volumineux et placé en travers.

En résumé, nous avons donc un fait complexe, et il est permis de présumer que la présence d'un tendon aberrant a modifié les bruits anomaux produits par l'anévrysme, c'est-à-dire le souffle diastolique. De même l'intensité du souffle systolique pourrait s'expliquer par les vibrations de la colonne sanguine sous l'influence du même tendon.

Je vous ai dit, en commençant, que notre malade avait succombé ; cette terminaison, plus ou moins rapide, est toujours celle d'un anévrysme de la cloison. La marche en est aiguë s'il s'agit d'un abcès des parois ventriculaires ; la rupture est suivie d'accidents immédiats, soit d'endocardite ulcéreuse avec projection dans la circulation de globules purulents et de détritus : dans ce cas-là même ils sont presque foudroyants ; soit d'asystolie aiguë par une altération subite du muscle cardiaque. La mort survient alors dans l'espace de huit, dix ou quinze jours.

Quant à la marche chronique, elle présente de temps en temps des accidents résultant d'une petite ulcération, des phénomènes d'asystolie qui durent pendant quelques jours et se calment pour quelque temps par le repos. La maladie dans ce cas peut durer pendant des années, présentant de temps à autre des exacerbations caractérisées tantôt par des malaises cardiaques quelque peu analogues à l'angine de poitrine, d'autres fois par des troubles digestifs, lesquels surviennent souvent aussi au début comme chez notre malade.

Du reste chez lui la lésion ne paraissait pas remonter à une époque très-éloignée, bien que ces anévrysmes restent quelquefois longtemps à l'état latent, jusqu'au moment où, sous l'influence d'un effort, d'une excitation quelconque de l'organe cardiaque, les premiers accidents se déclarent. Ici, il paraît assez probable que la maladie a débuté par l'aorte, dont l'état athéromateux est des plus prononcés. L'une des plaques a dû être le point de départ de quelque ulcération et du décollement du septum.

Cet homme est mort très-rapidement dans l'espace de six heures, bien que nous n'ayons trouvé à l'autopsie aucune raison d'une terminaison aussi brusque, pas de congestion ni d'inflammation pulmonaire ou cérébrale, pas d'embolie. Aussi ne sommes-nous nullement édifié sur la façon dont il a succombé ; la seule explication que nous en puissions donner serait dans une asystolie, une interruption de la circulation.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Polaillon.

Abcès du cerveau ; évacuation du pus par le trépan.

Le 18 avril, le docteur Prosper Bernard, médecin à Saint-Mandé, envoyait à la Pitié le nommé M..., pour une affection du crâne. Ce malade fut placé dans mon service, salle Broca, n° 13.

Notre honorable confrère avait en même temps l'obligeance de nous adresser une note sur les phénomènes qu'il avait observés. Je ne puis mieux faire que de rapporter ce qu'il nous écrivait :

« M... est malade depuis vingt jours. Je lui donne des soins depuis une dizaine de jours seulement. Le malade aurait accusé au début une céphalalgie nocturne atroce, de l'insomnie, une *sensation de gonflement et de déformation du crâne* ; et enfin il aurait constaté une légère tuméfaction au niveau de la suture bipariétale, produite par un petit *bouton*. A ma première visite j'ai constaté que le pouls était tombé à 42. Les pupilles étaient dila-

tées. Il y avait de la douleur iliaque à droite et des gargouillements très-marqués ; mais les véritables symptômes typhoïdes étaient absents. J'incline pour une méningo-encéphalite au début.

« Il y a trois jours, le 14 avril, mon attention est attirée par une tuméfaction, large comme un franc, située au niveau de la partie antérieure et droite de la suture sagittale. Elle est molle et donne la sensation d'une collection séro-sanguine ancienne, en voie de résorption, et qui serait située sous l'aponévrose occipito-frontale. Incision. Deux cuillerées à café de pus épais. Un stylet explorateur me révèle une dénudation de l'os. Il pénètre, par son propre poids, à travers un petit pertuis, dans la cavité cranienne, à 4 ou 5 centimètres de profondeur. J'arrête cette dangereuse exploration, et je songe de suite à une nappe de pus enveloppant la dure-mère, à la gravité d'accidents imminents, à l'indication formelle du trépan, à la possibilité de sauver cet homme, s'il en est temps encore. Le bras gauche s'engourdit. La parole, qui était nette hier, s'est sensiblement embrouillée. »

Nous cherchons à compléter les renseignements si importants fournis par le docteur Prosper Bernard, en interrogeant la femme du malade sur la cause probable de son affection. Nous lui demandons, en particulier, si son mari n'a pas fait une chute ou s'il n'a pas reçu quelque coup sur la tête. Mais elle répond à toutes nos questions que la maladie est venue spontanément, sans avoir été causée par un accident quelconque.

M... a quarante ans. Il est couché dans le décubitus dorsal et semble insensible à tout ce qui se passe autour de lui. Il est dans un état de prolapsus voisin de la stupeur. Son intelligence est conservée. Ses réponses sont lentes mais sensées et précises. Sa mémoire est paresseuse, mais intacte. En un mot, toutes les facultés intellectuelles existent ; elles sont seulement affaiblies. La parole est embarrassée et une peu difficile, parce qu'il y a une hémiplégie faciale complète à gauche. Toute la moitié gauche du corps présente aussi une paralysie complète du mouvement. Mais dans ces mêmes régions, la sensibilité persiste à un faible degré, car le malade réagit sous l'influence d'une forte excitation. La contractibilité musculaire est exagérée dans les membres paralysés du mouvement volontaire. Rétention d'urine. Constipation. Pas de vomissements. T. 37°,5. Pouls régulier à 62. Respiration, 20.

Un peu en avant de la suture fronto-pariétale droite, en avant et à droite du bregma, je trouve l'incision faite par le docteur Prosper Bernard. J'en décolle les bords, et j'arrive sur le frontal, qui est à nu, mais qui n'est pas nécrosé. Pas de pus. Dans le fond de la plaie je vois une fissure transversale, rectiligne, à bords très-légèrement déchiquetés et écartés, longue de 13 millimètres environ. Cette solution de continuité du frontal ne ressemble aucunement aux sutures normales du crâne, et est absolument indépendante de celle-ci. Elle se termine nettement à ses deux extrémités, comme si elle avait été produite par un instrument contondant. Malgré les dires de la femme du malade, j'insiste auprès de ce dernier pour savoir s'il n'a pas reçu un coup sur la tête. Mais il répond négativement ; il s'anime et se fâche quand je ne veux pas ajouter foi à ses dénégations. J'ai appris plus tard, par sa sœur et par un de ses amis, qu'avant de tomber malade il avait eu une rixe avec des camarades, et qu'il avait reçu sur la tête un coup à la suite duquel il avait perdu connaissance. Mais pour des raisons inconnues, il avait soigneusement caché cet accident. Ainsi l'origine de la maladie était manifestement un traumatisme du crâne.

Pansement de Lister. Lavement laxatif.

Pendant la nuit du 18 au 19 avril, agitation et paroles incohérentes.

19 *avril*. Prostration plus accusée. Parole très-lente. Les pupilles sont régulières. Pas de trépidation épileptoïde. Pas d'exagération des réflexes.

T. matin 37°4. Pouls 60, irrégulier. Respiration 18. T. soir 37°8.

20 *avril*. Le bras gauche présente de la raideur sans contracture proprement dite. Pas de mouvements convulsifs. La sensibilité n'est abolie nulle part ; elle est moins obtuse du côté paralysé que de l'autre côté.

T. 37°2. P. 80. R. 28. Soir, T. 38°.

21 *avril*. Pansement de la plaie ; très-peu de suppuration.

T. matin 37°. T. soir 37°6.

22 *avril*. Incontinence des matières fécales.

T. matin 37°8. T. soir 38°4.

23 *avril*. État voisin du coma. Entre l'impression sensorielle, tactile ou auditive, et la manifestation de la sensation perçue, il s'écoule un temps considérable, qui n'est pas moins de quinze secondes.

Il me paraît de plus en plus évident que l'hémisphère cérébral droit est comprimé soit part une tumeur, soit par un épanchement, soit par un abcès.

J'ai fait examiner au microscope les petits bourgeons charnus, qui existent dans l'interstice de la solution de continuité du crâne ; on y a trouvé des noyaux embryoplastiques, comme dans les bourgeons charnus de bonne nature, et rien de cancéreux. L'hypothèse d'un cancer du cerveau doit donc être rejetée.

Reste l'hypothèse d'un abcès du cerveau, car il ne peut plus guère être question d'un épanchement sanguin. Depuis que le malade est soumis à mon observation, il ne s'est presque pas écoulé de pus par la fissure osseuse. A l'exemple du docteur Prosper Bernard, j'ai introduit plusieurs fois un stylet jusque dans la cavité crânienne ; et, après chacune de ces explorations, je n'ai pas vu sourdre de pus. La suppuration doit donc exister au-dessous de la dure-mère, dans la substance cérébrale elle-même. L'élévation de la température, surtout vers le soir, et l'augmentation des phénomènes de compression sont des indices que l'abcès tend à augmenter de volume. Il est donc urgent d'essayer d'évacuer le foyer purulent.

Sur l'extrémité droite de la fissure cranienne, j'applique une couronne de trépan de 1 centimètre et demi de diamètre. Ainsi, sur la dure-mère, je rencontre quelques bourgeons charnus, mais pas de pus. La dure-mère ne fait aucune saillie appréciable dans le vide du trépan. Il n'est pas démontré qu'un abcès existe au-dessous du point trépané, et je m'abstiens d'inciser la dure-mère.

T. soir 38°,6.

24 *avril*. La nuit a été très-calme, avec sommeil régulier. Ce matin, les réponses sont moins lentes qu'hier.

Pansement. Il y a une cuillerée à café de pus phlegmoneux sur la plaie ; ce pus vient des lambeaux et de la profondeur. L'examen histologique des bourgeons charnus montre toujours qu'ils sont de bonne nature.

T. matin 37°6. T. soir 38°.

25 *avril*. La prostration est plus grande. Insensibilité complète de la cornée à gauche.

Le pus est sorti en notable quantité par l'ouverture du trépan. Il s'est infiltré entre la dure-mère et le crâne, et paraît venir d'un foyer situé plus à droite.

J'applique immédiatement une seconde couronne de trépan à un centimètre et demi à droite et en dehors de la première. A peine la rondelle osseuse est-elle enlevée, qu'on voit s'écouler en bavant un pus phlegmoneux, très-épais, dont la quantité peut être évaluée à 60 grammes. Le pus sort d'une perforation de la dure-mère, qui se trouve dans le champ de la perte de substance produite par le second trépan. Un stylet introduit par cet orifice pénètre à plusieurs centimètres dans la cavité d'un abcès développé dans la substance même de l'hémisphère droit. Pansement de Lister.

T. m. 37°. Soir 37°6. Pouls à 76 avec quelques intermittences.

26 *avril*. Nous notons que l'intelligence est toujours intacte. Le malade ne parle pas spontanément, mais il répond toujours aux questions qu'on lui adresse. Il ne souffre plus et semble mieux. Il boit avec appétit du lait et du bouillon.

Pansement sous le nuage phéniqué. Comme le pus s'écoule mal, je place un drain en caoutchouc rouge que j'enfonce à trois centimètres de profondeur dans la cavité cranienne, puis je fais un lavage du foyer purulent en y injectant de l'eau phéniquée au 20e.

27 *avril*. L'état général est bien meilleur. La prostration diminue. La face a une expression moins hébétée. L'appétit reparaît. Pansement. Il n'y a pas de suppuration. Le drain est enlevé.

Dans l'après-midi de ce jour, les parents du malade viennent le voir et *exigent* de l'emmener chez eux. Malgré la gravité de son état et malgré toutes les observations des personnes du service sur les dangers de le transporter hors de l'hôpital, M... est placé dans une voiture, et on le ramène à Saint-Mandé.

Le docteur Prosper Bernard est de nouveau appelé à lui donner des soins. Il constate que la plus grande partie de l'hémisphère droit est détruite et que le stylet y pénètre par son propre poids à plus de dix centimètres de profondeur. Il est arrivé ce que nous avions prévu. Le malade s'est affaibli de plus en plus; des eschares se sont formées au sacrum; il est tombé dans le coma et est mort le 5 *mai*.

L'autopsie a été refusée par la famille.

Bien qu'incomplète, cette observation mérite de figurer parmi celles où un abcès du cerveau a été évacué par le trépan. Le drainage et les lavages phéniqués du foyer, combinés avec le pansement de Lister, avaient notablement amélioré l'état local et l'état général du malade. Nous étions fondé à espérer une guérison, lorsque l'entêtement aveugle de ses proches l'a soustrait à nos soins et aux pansements minutieux qui semblaient réussir.

CLINIQUE DE RIO-DE-JANEIRO. — M. Fort.

Anévrysme spontané de la carotide primitive gauche ; ligature de l'artère ; guérison.

José Vicente G..., quarante-deux ans, cafetier, à Rio-de-Janeiro, entré le 13 juin 1881 à la maison de santé de Sainte-Thérèse.

Le malade porte à la partie inférieure gauche du cou une tumeur du volume d'une petite orange. Elle présente tous les symptômes d'un anévrysme, mais le bruit de souffle y fait défaut.

La tumeur est située à la partie interne de la clavicule gauche ; elle soulève le bord interne du sterno-mastoïdien. Elle est aplatie et son diamètre est de 5 centimètres environ. La saillie de la tumeur peut être évaluée à une hauteur de 2 centimètres. Elle masque la partie interne de la clavicule gauche, la fourchette sternale, et atteint presque la clavicule droite. Elle est séparée du bord supérieur du cartilage thyroïde par un intervalle de 5 centimètres.

Le pouls temporal et le pouls facial sont diminués du côté de la tumeur. Le pouls radial est le même des deux côtés. Les régions sus-claviculaire et sous-claviculaire gauches présentent de l'empâtement.

La tumeur est le siège de douleurs spontanées qui se propagent vers l'épaule gauche, surtout en arrière. Une dyspnée très-violente se montre à intervalles irréguliers, principalement la nuit ; elle s'accompagne d'une suffocation extrême qui ne peut être calmée que par des injections hypodermiques de 1 centigramme de chlorhydrate de morphine.

Le cœur et l'aorte sont sains.

Le malade tousse, il expectore des mucosités. Il a maigri. Des râles sous-crépitants existent dans toute l'étendue des poumons. Avant l'apparition de la tumeur, il était traité pour une affection pulmonaire. En présence de ces circonstances, je me pose, sans la résoudre, la question de tuberculisation pulmonaire.

Début. — Le malade affirme qu'il ne s'est aperçu de la présence de la tumeur que depuis le 7 juin, cinq jours avant son entrée. La tumeur fait des progrès tels qu'il réclame instamment, et sans aucun retard, l'opération.

Opération. — Celle-ci est pratiquée le 19 juin, en présence des docteurs Andrade, Thomas Coelho, Poncy, Cunha Pinto, Affredo Guimaraès, Malaquiès, Hilario de Gourca, et d'un certain nombre d'étudiants en médecine. Je lie la carotide primitive gauche, près de sa bifurcation, par la méthode de Brasdor. Le malade étant chloroformé, je fais la ligature par le procédé classique, au moyen d'un fil de catgut n° 4, avec une modification que j'ai cru devoir apporter dans le but de ralentir la circulation cérébrale du même côté avant de la supprimer complètement. Voici comment j'ai procédé : Après avoir passé le fil au-dessous de l'artère, je l'ai serré d'abord modérément, m'assurant que le sang passait dans l'artère en bien moins grande quantité. Au bout de cinq minutes seulement, j'ai fait la constriction complète du vaisseau. Les choses se seraient peut-être passées de la même manière si je n'avais pas fait cette ligature en deux fois, mais il n'est pas possible de l'affirmer.

Suture au fil d'argent. Pansement de Lister très-rigoureux.

Suites. — 19. Le soir de l'opération, rien de particulier. P. 88. T. 37,5. Pouls temporal et pouls facial supprimés du côté de la ligature. Le côté correspondant de la face est sensiblement moins coloré et moins chaud.

20. P. 108. T. 38,5. Le malade a toussé, mais l'oppression et les accès de suffocation ont complètement disparu depuis le moment de l'opération. Le matin, 5 centigrammes d'extrait d'opium ; le soir, une potion avec 20 grammes de sirop de morphine.

21. P. 105. T. 37,8. Transpiration extrêmement abondante. La tumeur n'a subi aucune modification.

22. P. 108. T. 37,5. Rien à noter.

23. P. 96. T. 37,6. Même état.

24. P. 100. T. 37,6. Le malade peut s'asseoir. La plaie se cicatrise. Il se développe un *œdème* considérable dans toute l'étendue du membre supérieur du côté malade. Les battements de la tumeur sont les mêmes. La toux se calme. Depuis le jour de l'opération, le malade a été alimenté avec des bouillons et des potages.

25. P. 96. T. 37,2. La tumeur semble diminuer. L'œdème est stationnaire.

26. P. 98. T. 37,6. La tumeur diminue de hauteur, mais elle paraît s'étendre au côté droit du cou. *Œdème* des pieds et des régions malléolaires.

27. P. 100. T. 37,8. Le malade continue à s'alimenter, il fait quelques pas. La toux n'a pas reparu. L'œdème augmente.

28. P. 98. T. 37,4. L'œdème augmente. La tumeur anévrysmale semble s'étendre davantage à droite.

29,30. P. 100. T. 37,5. La plaie de la ligature est complètement cicatrisée depuis quatre jours. L'œdème augmente, il y a de l'ascite. Le membre supérieur droit et le côté droit de la face s'infiltrent également.

Les *urines* sont normales, le cœur est sain. Cet œdème m'inquiète énormément, je n'en saisis pas le mécanisme. Je le rapporte à un trouble circulatoire occasionné par la portion intra-thoracique de la tumeur. Je sens cependant que la tumeur ne peut expliquer ni l'ascite ni l'œdème des membres inférieurs. C'est un symptôme étrange que je m'applique à noter avec soin.

1er *juillet*. Malgré l'œdème, le malade a passé la journée et la nuit hors de la maison de santé.

2. Même état. La tumeur diminue. La tuméfaction du côté droit du cou diminue également.

Les jours suivants, tout rentre dans l'ordre. Sous l'influence d'une médication diurétique et sudorifique, peut-être spontanément, l'œdème diminue insensiblement, la tumeur s'affaisse de plus en plus.

Le 8 août, je considère le malade comme guéri et je le présente à l'Académie de médecine de Rio-de-Janeiro. Il reprend ses occupations. Pendant un certain temps on pouvait percevoir encore des battements en arrière de la fourchette sternale, mais aujourd'hui, 8 septembre, il ne reste absolument aucune trace fonctionnelle ou physique de la tumeur anévrysmale.

Si l'on consulte l'article *Carotide* du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales,* par le professeur Léon Le Fort, on lit que la ligature de la carotide primitive par la méthode

de Brasdor n'a été pratiquée que neuf fois, huit fois en Europe, une fois à New-York, et que la guérison n'a eu lieu, d'une manière certaine, que trois fois.

Le 5 novembre 1879, M. Delens a pratiqué une opération identique à celle qui fait le sujet de cette observation. La relation de cette opération se trouve dans les *Bulletins de la Société de chirurgie,* t. V, p. 228 et t. VI, p. 229.

Le cas de M. Delens est le quatrième cas de guérison d'un anévrysme carotidien traité par la ligature (méthode de Brasdor), mon malade sera le cinquième, à moins qu'il n'existe quelque cas qui me soit inconnu.

L'opération que j'ai pratiquée pour cet anévrysme a soulevé de nombreuses protestations dans le corps médical de Rio-de-Janeiro. On a prétendu qu'elle avait été faite un certain nombre de fois dans ce pays ; on a prétendu également que la statistique de M. Léon Le Fort est incomplète. Je dois déclarer que tous les cas qu'on m'a cités sont des cas différents, à l'exception d'un seul cependant, dont je ne possède pas la copie. Ce serait un cas de ligature faite, il y a près de quarante ans, par un chirurgien du nom de Bompain. L'observation se trouve dans les *Archives générales de médecine*, année 1847. Nous savons tous avec quels soins M. Le Fort fait ses statistiques ; il compulse toutes les observations et il n'accepte que celles qui lui paraissent authentiques.

Le diagnostic de l'anévrysme carotidien avait été fait par la plupart des médecins qui ont assisté à l'opération.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 2 août 1882. — Présidence de M. Guéniot.

COMMUNICATION

Abcès du cerveau; évacuation du pus par le trépan. — M. **POLAILLON** fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut.)

RAPPORT

Syphilis héréditaire. — M. **LE DENTU** lit un rapport sur un mémoire de M. Ortega (de Buenos-Ayres), relatif à plusieurs cas de syphilis héréditaire, chez plusieurs enfants d'une même famille. Le plus jeune de ces enfants, âgé de trois mois, présente des lésions syphilitiques nombreuses et variées. Sous l'influence de la liqueur de Van Swieten, il est amélioré en moins de cinq mois. Sa petite sœur, âgée de dix-huit mois, présente, dans le même temps, des lésions osseuses du tibia, qui semblent également d'origine syphilitique. Un traitement antisyphilitique est institué et, comme chez le premier enfant, amène en peu de temps la guérison. Un frère âgé de douze ans est atteint également de lésions syphilitiques, portant sur les yeux, sur les os. Ses dents présentent les rainures regardées par Hutchinson comme caractéristiques de la syphilis. L'iodure de potassium a promptement raison de ces accidents. Chez un quatrième enfant, âgé de dix-huit ans, accidents de même nature, même traitement, même succès. Un autre, de quatre ans, est atteint de troubles vagues qui disparaissent de même sous l'influence du traitement spécifique. Enfin, une petite fille est morte d'une bronchite à l'âge de deux mois. La mère a fait deux fausses couches avant de mener une grossesse à terme.

La mère ne porte aucune trace de syphilis. Le père affirme n'avoir jamais eu de chancres, ni aucune lésion spécifique. Faut-il admettre l'influence occulte d'un tiers dans le ménage? Dans une famille aussi féconde, il reste habituellement peu de place pour ce tiers, et, étant connues les mœurs de la femme, M. Ortega croit pouvoir affirmer que le père est bien *quem nuptiæ demonstrant.* Quelle est donc l'origine de la syphilis reconnue chez ces enfants, et surtout d'une façon indiscutable sur le dernier né? Faut-il admettre l'hypothèse d'une syphilis héréditaire transmise tardivement par le père? Il existe plusieurs exemples de ce genre. Aussi est-ce à cette dernière hypothèse que s'arrête M. le Rapporteur, en y apportant toutes les réserves que commande ce fait, dont on ne saurait tirer des lois pathologiques, mais qu'il convient d'enregistrer à titre de document.

M. **DESPRÉS** pense que ces réserves, faites par M. Le Dentu, ne sauraient être trop accusées. En effet, pour lui, le premier enfant seul semble avoir présenté des signes réels de syphilis; encore est-il bien extraordinaire de rencontrer en même temps chez lui des plaques muqueuses et des tubercules cuivrés. Quant aux autres enfants, ils étaient tous atteint de scrofule et non de syphilis, selon M. Després.

M. **MAGITOT** a cru comprendre que l'auteur du mémoire donne parmi les signes rétrospectifs de syphilis héréditaire qu'auraient présentés plusieurs des sujets observés, cette lésion particulière des dents, connue depuis fort longtemps sous le nom d'*érosion.*

Ce signe, dit-il, consiste, comme on sait, dans certaine échancrure du bord libre ou certains sillons, simples ou multiples, que présentent les dents permanentes, et qui, depuis Hutchinson, sont considérés, en effet, par divers auteurs comme caractéristiques de syphilis héréditaire. C'est l'opinion que défend encore aujourd'hui, avec une grande autorité, M. Parrot.

Or à plusieurs reprises et dans diverses circonstances, notamment aux derniers congrès de Reims et de Londres, je me suis élevé contre une telle interprétation. Les arguments que j'ai présentés reposent sur un grand nombre de faits desquels il résulte : 1° que beaucoup de sujets chez lesquels on ne retrouve aucune trace de syphilis héréditaire, présentent cette lésion sous ses différentes formes, à des degrés et des niveaux divers; 2° que des sujets notoirement syphilitiques ne la présentent pas; 3° qu'elle se rencontre invariablement chez les individus qui, dans leur première enfance, ont présenté certains phénomènes morbides ayant essentiellement la forme convulsive (éclampsie); 4° que les diathèses en général, et la syphilis héréditaire en particulier, exercent une action incontestable sur les dents, mais que cette action ne se traduit point par le signe dont il s'agit; l'érosion est dans cas le signe de l'éclampsie, et non de la syphilis; 5° que si un sujet syphilitique présente l'érosion des dents, c'est qu'il a éprouvé à l'âge correspondant à la lésion des phénomènes convulsifs auxquels prédispose d'ailleurs, ainsi qu'on sait, la syphilis héréditaire; 6° qu'enfin, ce prétendu signe de syphilis héréditaire s'observe chez certains animaux domestiques (bœuf) que la syphilis n'atteint pas.

La Société comprendra donc que je n'ai pu laisser passer une telle assertion sans protester à nouveau contre la valeur qu'on cherche à lui attribuer, et je me trouve ainsi en accord parfait avec ceux de mes collègues qui se refusent à regarder comme incontestablement syphilitiques les phénomènes observés chez les enfants dont on nous a tracé l'histoire.

M. **HORTELOUP**, en s'associant aux réserves de M. Le Dentu, fait remarquer que l'ordre d'apparition et l'intensité des lésions syphilitiques observées chez ces enfants sont tout à fait contraires à ce qu'on observe habituellement, le dernier né étant le plus malade, tandis que c'est le contraire qui a lieu ordinairement. Aussi croit-il qu'il faut admettre l'idée d'une infection directe de ce dernier enfant.

M. **VERNEUIL** exprime la même opinion. Pour lui le dernier né a été directement contaminé, et peut-être est-ce lui qui a ensuite communiqué la maladie aux autres. M. Verneuil rappelle, à cette occasion, un cas de syphilis héréditaire tardive observée dans son service, et également bien difficile à expliquer. Le père, en effet, avoue avoir eu la syphilis. Mais, d'autre part, l'enfant, pendant trois ans qu'il est resté en nourrice, a été presque toujours malade. S'agit-il, dans ce cas, d'une syphilis héréditaire ou d'une syphilis acquise?

M. **LE DENTU** se félicite des réserves qu'il a faites et qui sont

unanimement acceptées par ses collègues. Il croit que la syphilis congénitale n'en est encore qu'à la période d'enregistrement des faits.

Ligature de la linguale. — M. FARABEUF lit un travail sur l'historique des deux procédés de ligature de la linguale. C'est à Béclard qu'appartient le procédé ancien, vulgarisé par Blandin et Manec et bien exposé par Malgaigne. Quant au procédé nouveau, c'est à tort qu'il est attribué à Bell et à Wis. C'est probablement par Pyrogof qu'il a été découvert.

Anévrysme artérioso-veineux. — M. RECLUS lit un travail sur le traitement des anévrysmes artérioso-veineux par la méthode sanglante.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Histoire de l'hôpital de Notre-Dame de Pitié de Paris (1612-1882) (1).

Par M. le docteur O. GUILLIER.

IX

LISTE DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DE LA PITIÉ DE 1813 A 1882

Médecins

SERRES (ETIENNE-RENAUD-AUGUSTIN) — Nommé, le 25 septembre 1813, chef d'amphithéâtre d'anatomie à la Pitié. — Inspecteur du service de santé des élèves en 1815. — Resta à cet hôpital jusqu'en 1852, époque à laquelle il donna sa démission.

BALLY. — Nommé médecin en chef le 1er octobre 1822. — Sorti le 12 juillet 1829, pour passer à l'Hôtel-Dieu.

LOUIS. — Nommé médecin *titulaire* le 13 juillet 1829, en remplacement de M. Bally.

CLÉMENT. — Nommé médecin *titulaire* le..... — Sorti le 1er juillet 1853.

PIORRY (PIERRE-ADOLPHE). — Nommé médecin *titulaire* le 1er juillet 1836. — Sorti le 31 décembre 1850, pour passer à la Charité.

GENDRIN (AUGUSTE-NICOLAS). — Nommé médecin *titulaire* le 7 avril 1836. — Nommé médecin honoraire le 31 décembre 1861.

PIEDAGNEL (HONORÉ). — Nommé médecin *titulaire* le 1er janvier 1846. — Sorti le 16 avril 1851, pour passer à l'Hôtel-Dieu.

BOULET. — Nommé *provisoirement* à la Pitié le 6 février 1848, en remplacement de M. Gendrin, *en congé*.

BARTHEZ. — Nommé *provisoirement* à la Pitié le 1er novembre 1848, en remplacement de M. Serres, *en congé*.

BECQUEREL (LOUIS-ALFRED.) — Nommé *provisoirement* à la Pitié le 20 juin 1849, en remplacement de M. Serres, *en congé illimité*. — Sorti le 1er janvier 1852, pour passer titulaire à Sainte-Périne.

BOUCHUT (EUGÈNE). — Nommé *provisoirement* à la Pitié le 2 janvier 1850.

PIDOUX (CLAUDE-FRANÇOIS-HERMANN). — Nommé *provisoirement* à la Pitié le 1er janvier 1851, en remplacement de M. Piorry. — Sorti le 17 février 1851.

(1) Suite. — Voir le numéro du 25 juillet 1882.

REQUIN (ACHILLE-PIERRE). — Nommé médecin *titulaire* le 17 février 1851, en remplacement définitif de M. Piorry. — Sorti le 12 janvier 1852, pour passer à l'Hôtel-Dieu.

HÉRARD (HIPPOLYTE). — Nommé médecin *titulaire* le 26 août 1851, en remplacement de M. Piedagnel.

NONAT (AUGUSTE). — Nommé médecin *titulaire* le 1er octobre 1851. — Sorti le 1er juin 1856, pour passer à l'Hôtel-Dieu.

ARAN (FRANÇOIS). — Nommé *provisoirement* à la Pitié le 1er novembre 1851, en remplacement de M. Clément, *en congé illimité*. — Sorti le 1er juillet 1853.

ROURDON (ALEXIS-HIPPOLYTE). — Nommé médecin *titulaire* le 12 janvier 1852, en remplacement de M. Becquerel. — Sorti le 1er août 1852.

VALLEIX (FRANÇOIS-LOUIS-ISIDORE). — Nommé médecin *titulaire* le 12 janvier 1852, en remplacement de M. Requin. — Décédé le 12 juillet 1855.

GRISOLLE (AUGUSTIN). — Nommé médecin *titulaire* le 1er août 1852, en remplacement de M. Serres. — Sorti le 1er juillet 1853, pour passer à l'Hôtel-Dieu.

MAROTTE (JOSEPH-ADOLPHE). — Nommé médecin *titulaire* le 1er juillet 1853, en remplacement de MM. Clément et Aran. — Sorti le 30 novembre 1873. — Démissionnaire.

GUENEAU DE MUSSY. — Nommé médecin *titulaire* le 1er juillet 1853, en remplacement de Grisolle. — Sorti le 31 octobre 1861, pour passer à l'Hôtel-Dieu.

GERMAIN SÉE. — Nommé *provisoirement* à la Pitié le 1er juillet 1853, en remplacement de M. Gueneau de Mussy, en *congé illimité*.

DELPECH (AUGUSTE-LOUIS-DOMINIQUE). — Nommé *provisoirement* à la Pitié le 20 juillet 1853, en remplacement de M. Valleix, *en congé*.

MOUTARD-MARTIN (EUGÈNE). — Nommé *provisoirement* à la Pitié le 15 août 1853, en remplacement de M. G. Sée, *en congé*.

HILLAIRET (JEAN-BAPTISTE). — Nommé *provisoirement* à la Pitié le 9 mai 1854, en remplacement de M. G. Sée, *en congé*.

BERGERON (ÉTIENNE-JULES). — Nommé *provisoirement* à la Pitié le 16 décembre 1854, en remplacement de M. G. Sée, *en congé*. — Service de M. Gueneau de Mussy. — Sorti le 1er février 1855.

BOUCHER DE LA VILLE JOSSY (PAUL-JOSEPH-FÉLIX). — Nommé *provisoirement* à la Pitié le 1er février 1855, en remplacement de M. Bergeron.

LAURENT (FRÉDÉRIC). — Nommé *provisoirement* à la Pitié le 14 juillet 1855, en remplacement de Valleix.

WOILLEZ (EUGÈNE-JOSEPH). — Nommé *provisoirement* médecin à la Pitié le 14 août 1855, en remplacement de M. Gendrin, *en congé*. — Sorti le 4 septembre 1855.

BECQUEREL (LOUIS-ALFRED). — Nommé médecin *titulaire* de la Pitié le 1er octobre 1855, en remplacement définitif de Valleix, décédé. — Sorti le 1er mai 1862.

BERNUTZ (GUSTAVE-LOUIS-RICHARD). — Nommé médecin *titulaire* le 1er juin 1856, en remplacement de M. Nonat passé à l'Hôtel-Dieu. — Sorti le 1er janvier 1870, pour passer à la Charité.

LAILLER (CHARLES-PHILIPPE). — Nommé *provisoirement* à la Pitié le 1er juin 1856, en remplacement de M. Gueneau de Mussy, *en congé*.

CHARCOT. — Nommé *provisoirement* à la Pitié le 1er avril 1859, en remplacement de M. Gueneau de Mussy, *en congé*. — Sorti le 1er novembre 1859.

POTAIN. — Nommé *provisoirement* à la Pitié le 24 juillet 1859, en remplacement de M. Bernutz, *en congé*. — Sorti le 22 novembre 1859.

MESNET. — Nommé *provisoirement* à la Pitié le 1er août 1859, en remplacement de M. Becquerel, *en congé*. — Sorti le 1er octobre 1859.

VULPIAN. — Nommé *provisoirement* à la Pitié le 1er août 1860, en remplacement de M. Becquerel, *en congé*. — Sorti le 30 septembre 1860.

LORAIN. — Nommé *provisoirement* à la Pitié le 1er août 1860, en remplacement de M. Bernutz, *en congé*. — Sorti le 11 novembre 1860.

CHARCOT. — Nommé *provisoirement* à la Pitié le 20 août 1860, en remplacement de M. Gueneau de Mussy, *en congé*. — Sorti le 30 septembre 1860.

TRIBOULET (François-Édouard). — Nommé *provisoirement* à la Pitié le 28 mai 1861, en remplacement de M. Becquerel, *en congé*. — Sorti le 31 décembre 1861.

GOUPIL (Jean-Ernest). — Nommé *provisoirement* à la Pitié le 9 août 1861, en remplacement de M. Bernutz, *en congé*. — Sorti le 11 novembre 1861.

CHAUFFARD (Paul-Émile). — Nommé *provisoirement* à la Pitié le 20 août 1861, en remplacement de M. Gueneau de Mussy, *en congé*. — Sorti le 10 octobre 1861.

BÉHIER. — Nommé médecin *titulaire* le 1er novembre 1861, en remplacement de M. Gueneau de Mussy, passé à l'Hôtel-Dieu. — Sorti en 1868, pour passer à l'Hôtel-Dieu.

GERMAIN SÉE. — Nommé médecin *titulaire* le 1er janvier 1862, en remplacement de M. Gendrin, nommé médecin honoraire. — Sorti le 31 décembre 1862, pour passer à Beaujon.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Un concours pour une place d'interne titulaire et quatre places d'internes provisoires en pharmacie s'ouvrira le 22 août 1882, à l'hôpital général de Tours.

— M. le docteur Dorveaux, surnuméraire à la bibliothèque de la Faculté de médecine de Nancy, vient d'obtenir le certificat d'aptitude aux fonctions de bibliothécaire dans les bibliothèques universitaires.

— M. le docteur Richelot, professeur agrégé, suppléant M. le professeur Richet, a commencé ses leçons cliniques, à l'Hôtel-Dieu, le samedi 5 août, à dix heures, et les continuera les mardis et vendredis suivants à la même heure.

— M. le docteur Joffroy, professeur agrégé, suppléant M. le professeur G. Sée, commencera ses leçons cliniques, à l'Hôtel-Dieu, le mercredi 9 août, à dix heures, et les continuera les samedis et mercredis suivants à la même heure.

— M. le docteur Terrillon, suppléant, pendant les vacances, M. le professeur Verneuil, à l'hôpital de la Pitié, commencera ses leçons de clinique chirurgicale le samedi 1 août 1882, et les continuera les mardis et samedis suivants.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 13234.

43

Eaux minérales de Vals.

Acidules, Gazeuzes, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre.	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude...	I.480	5.800	5.910	6.040	6.280
— de potasse.	0.040	0.263	0.230	0 263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.021	0.010	0.010	0 029
Chlorure de sodium....	0.060	1.200	1.080	0 100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces,* essentiellement *digestives* Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux:* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie ; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide		
Arséniate »	sesqui-oxyde de fer	
Phosphate »		0.44
Sulfate »		
— de chaux		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

70

Pilules de Blancard,

Approuvées par l'Académie de Médecine.

Participant des propriétés de l'iode et du fer, ces pilules s'emploient contre les *scrofules,* la *phthisie* à son début, la faiblesse de tempérament, ainsi que dans toutes les affections (*pâles couleurs, aménorrhée,* etc.), où il est nécessaire de réagir sur le sang.

Exiger la signature ci-jointe au bas d'une étiquette verte.

Blancard

40, rue Bonaparte.

SE DÉFIER DES CONTREFAÇONS.

134

Contrexéville

(SOURCE DU PAVILLON).

Contre la gravelle, la goutte et les maladies des voies urinaires.

ÉTABLISSEMENT OUVERT DU 15 MAI AU 15 SEPTEMBRE.

Dépôt Central : 29, rue de la Michodière, maison Adam (Paris), où l'on trouve toutes les eaux minérales, et spécialement celles étrangères.

5

Dragées Meynet

D'EXTRAIT DE FOIE DE MORUE.

100 dragées: 3 fr. Plus efficaces que l'huile. Ni dégoût, ni renvois. Notice, échantillons, envois gratis. PARIS. Pharm. 31, r. d'Amsterdam.

46

AFFECTIONS UTÉRINES, CHLOROSE, ANÉMIE, ETC.

Liqueur de Laprade

à l'albuminate de fer

Spécifique de l'irrégularité de la menstruation.

38

Coton iodé préparé par J. THOMAS

pharmacien de 1re classe.

Le Coton iodé est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique, dont on peut graduer les effets à volonté On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hopitaux de Paris : le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc., ont été guéris, sans lésions de la peau, en un court espace de temps.

48, avenue d'Italie, Paris, et toutes les pharm.

88

Capsules et saccharure

A L'EXTRAIT ÉTHÉRÉ DE CUBÈBE.

Les CAPSULES s'emploient avec succès contre : *Angines couenneuses, Blennorrhagie, Blennorrhée, Catarrhe vésical;* le SACCHARURE c. le *Croup.*

La pharmacie DELPECH, 23, r. du Bac, prépare les PRODUITS DE L'EUCALYPTUS.

105

FIÈVRES, ANEMIE, CHLOROSE

MALADIES NERVEUSES

Vin de Bellini (*Vin de Palerme au Quinquina et Colombo*)

tonique, fortifiant, fébrifuge, contre les affections scrofuleuses et scorbutiques, les fièvres, les névroses, l'anémie, la chlorose, les diarrhées chroniques.

Adh. DETHAN, ph., r. Strasbourg, 10, Paris, et toutes pharmacies de France et de l'étranger.

Bellini

54

Le phosphate monocalcique

CRISTALLISÉ DE BARBARIN

C'est le phosphate de chaux à son maximum de puissance et de pureté.

Le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.

Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. p. 30.

Vin id, id. à 1 — 60.

Paris, 163, r. de Belleville, et bonnes pharmies.

65

APPROUVÉES PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

Dragées de Gélis et Conté

AU LACTATE DE FER

Deux rapports académiques et de nombreuses expériences anciennes et récentes ont démontré leur supériorité sur tous les autres ferrugineux, et leur efficacité contre les *Pâles couleurs,* pour fortifier les *Constitutions lymphatiques,* et combattre toutes les maladies qui ont pour cause l'*Appauvrissement du sang.*

Dépôt général : LABÉLONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

11

Quina Rocher anti-diabétique

à base de glycérine redistillée et chimiquement pure. Préparation spéciale contre le diabète, l'albuminurie, etc. Flacon 3 fr. 50.

Pharmacie Rocher, 1, rue Perrée, Paris.

12

Poudre laxative de Vichy

CONTRE LA CONSTIPATION

ne contient aucun drastique, tels que Aloès, Podophylle, Scammonée, Jalap, etc., ne provoque pas les diarrhées séreuses et débilitantes des purgatifs salins, goût agréable. Flacon. 4 fr. 50. Pharmacie Rocher, 1, rue Perrée, Paris.

82

Diathèse urique

Goutte, gravelle, rhumatisme, diabète, albuminurie, coliques néphrétiques, coliqes hépatiques.

CARBONATE DE LITHINE.
CITRATE DE LITHINE.
BENZOATE DE LITHINE.
SALICYLATE DE LITHINE.
BROMHYDRATE DE LITHINE.

Granulés effervescents de Ch. LE PERDRIEL.

Les sels granulés effervescents étant très-solubles, la Lithine est sûrement assimilée.

Vingt ans de succès.

Paris, 9, rue Milton et dans toutes les pharm.

22

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP de HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : cinq francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

23

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire ; apaise les douleurs des reins et de la vessie ; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : deux francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou, et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

7

Les Dragées Carbonel

AU PERCHLORURE DE FER PUR.

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant quatre gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon: quatre francs.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

54

Sirop de Papaïne TROUETTE-PERRET.

Maladies d'estomac, gastrites, gastralgies, diarrhées chroniques, vomissements des enfants, etc. Une cuillerée à bouche après chaque repas.

Gros, 165, rue St-Antoine. Dépôt toutes phies.

56

Vin du docteur Forestier

TONIQUE RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE

Au Quinquina, Pyrophosphate de fer, Oranges amères et Malaga.

Voir : Traité de Thérapeutique, *Trousseau et Pidoux.* — Commentaires du Codex, *Gubler.*

Paris, ph. Bosredon, r. des Francs-Bourgeois, 14.

80

MALADIES DES VOIES RESPIRATOIRES

« *Hœc radix mucum pulmonem attenuat.* »

Spielmann.

« *Le malade éprouve un bien-être marqué à ne plus tousser et à pouvoir laisser entrer l'air librement dans sa poitrine.* »

Trousseau et Pidoux.

Globules du docteur de Korab

Expérimentés dans les hôpitaux de Paris.

à l'essence d'Aunée et L'HÉLÉNINE CRISTALLISÉE

Présentées à la Société de biologie

Chapès, 143, r. St Denis, Paris, et principales phies.

50

Institut orthopédique

28, rue Lauriston. Traitement des difformités de la taille, gibbosités, pieds-bots, fausses ankyloses du genou, torticolis, coxalgies. — Médecin en chef : E. Duval, seul élève de son père, le docteur V. Duval, directeur pendant plus de quarante ans des traitements orthopédiques dans les hôpitaux de Paris. — Jardin, gymnase.

N° 92. — JEUDI 10 AOUT 1882. 55e ANNÉE. JEUDI 10 AOUT 1882. — N° 92.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Le charme est rompu. L'Académie de médecine ne se préoccupe plus, comme autrefois, outre mesure, de se conformer aux coutumes de l'Institut. Elle vient de faire un pas décisif dans le sens des vacances annuelles, qui seraient si bien motivées par le vide croissant de la salle, en admettant, pour cette année, la suppression d'une de ses séances hebdomadaires, parce qu'elle tomberait le 15 août, au lieu de la reporter, comme d'habitude, et comme le règlement de l'Institut l'exige, à un autre jour de la semaine.

A quoi bon d'ailleurs tenir séance, quand les membres de l'Académie sont pour la plupart hors de Paris ? Aujourd'hui, de tous ceux qui s'étaient fait inscrire pour prendre la parole sur l'allaitement artificiel, M. Bouchardat seul était présent. Les questions s'éternisent ainsi à l'ordre du jour et perdent beaucoup de leur intérêt.

Signalons, parmi les lectures, celle que M. Polaillon a faite, sous forme de rapport, sur la guérison des luxations irréductibles de l'épaule à l'aide de sections sous-cutanées, et celle de M. Felizet sur le traitement du diabète par le bromure de potassium.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Hardy.

Néphrite interstitielle.

La néphrite interstitielle est une inflammation du rein caractérisée, comme lésion anatomo-pathologique, par la prolifération du tissu conjonctif extra-canaliculaire et l'étouffement des glomérules.

Elle a été longtemps confondue avec la néphrite parenchymateuse, sous la dénomination commune de maladie de Bright, laquelle comprenait toute néphrite s'accompagnant d'albuminurie et d'hydropisie. Bien qu'aujourd'hui ces deux affections soient complètement séparées, par les médecins anglais surtout, cependant cette division n'est pas toujours aussi nette dans la clinique, et l'on rencontre assez fréquemment des cas mixtes, où les deux affections se trouvent réunies sur le même individu.

Quoi qu'il en soit, la néphrite interstitielle présente généralement peu de phénomènes locaux, si ce n'est : 1° des douleurs rénales, non pas constantes, mais assez habituelles, douleurs rares, au contraire, dans la néphrite parenchymateuse ; 2° de la polyurie, caractérisée tant par des mictions fréquentes que par l'abondance de l'urine qui atteint parfois le chiffre de trois, quatre et cinq litres dans les vingt-quatre heures. Enfin, il existe encore parfois un autre phénomène qui mérite notre attention, malgré son inconstance ou plutôt même en raison de son inconstance et de sa faible intensité : je veux parler de l'œdème.

Cet œdème, quand il existe, car, je le répète, on ne le rencontre pas toujours, n'est jamais généralisé, jamais à l'état d'anasarque, ce qui différencie encore la néphrite interstitielle de la néphrite parenchymateuse, mais partiel, au contraire, et peu considérable, il se montre soit à la face, soit aux jambes.

De plus, du côté de l'appareil de la circulation, on trouve fréquemment quelques complications, telle qu'une dilatation du cœur avec hypertrophie des parois, mais sans lésion des orifices, sans aucun bruit de souffle ; l'hypertrophie porte surtout sur le ventricule gauche du cœur. Dans ces derniers temps, M. Potain a signalé l'existence d'un bruit de galop dû au dédoublement du premier bruit du cœur, comme un phénomène appartenant à la néphrite interstitielle. Mais ce bruit anormal se rencontre en dehors de cette affection et, de plus, n'est ni constant ni permanent dans cette maladie, à tel point qu'il peut disparaître quelques instants après qu'on l'a entendu, qu'il réapparaît sous l'influence de quelque fatigue, pour cesser de nouveau, dès que le malade a pris un peu de repos.

Les hémorrhagies sont assez fréquentes dans la néphrite interstitielle ; ce sont surtout des épistaxis, quelquefois aussi des pneumorrhagies ; les hématuries sont plus rares, ainsi que le purpura ; ces hémorrhagies sont la conséquence d'une altération du sang.

Mais pour établir un diagnostic certain de la néphrite interstitielle, l'examen des urines est d'une nécessité absolue, plus grande même peut-être que lorsqu'il s'agit de la néphrite albumineuse. Sur ce sujet, je vais donner la parole à M. Robin, pour vous faire connaître les altérations de l'urine et les différents procédés auxquels on a recours pour constater ces altérations :

La polyurie est l'un des premiers caractères qui distinguent la néphrite interstitielle de la néphrite parenchymateuse. La quantité d'urine rendue dans les vingt-quatre heures, dans le cours de la première de ces affections, oscille ordinairement entre 2,500 et 3,000 ou 3,500 grammes.

L'aspect de l'urine est pâle, transparent, limpide; la densité en est très-faible (1,008), tandis que dans la néphrite parenchymateuse elle varie entre 1,012 et 1,015, et que, chez un individu bien portant, elle oscille entre 1,018 et 1,022 au plus.

Un quatrième caractère nous est fourni par la présence de l'albumine; dans la néphrite interstitielle, l'urine n'est que faiblement troublée par l'action de la chaleur, tandis qu'elle l'est considérablement dans la néphrite parenchymateuse. L'acide nitrique, au contraire, lui donne un aspect louche et détermine, par le repos, la formation d'une bande rouge produite par l'urohématine. Cette coloration est surtout importante lorsqu'elle vient s'ajouter aux caractères ci-dessus énoncés, car, dans ce cas, il n'existe plus aucun doute sur la nature interstitielle de la maladie.

Cependant cette bande rouge pourrait donner quelquefois lieu à des erreurs, notamment lorsque l'on a affaire à un malade qui a pris un peu d'iodure de potassium. Mais, en outre des renseignements fournis par le malade, il est une autre expérience qui permet de reconnaître l'origine de cette coloration. En effet, si l'on ajoute à l'une et l'autre urine du chloroforme en très-petite quantité et que l'on agite doucement, l'urine du malade qui a pris de l'iodure de potassium prend au fond du tube une teinte rouge violacée très-prononcée, tandis que chez le sujet atteint de néphrite interstitielle, il ne se produit rien de cela.

L'amidon donne aussi de bons résultats, et il suffit de tremper une bande de papier écolier dans l'urine iodée pour le voir se colorer aussitôt en un bleu intense, tandis que dans l'urine néphrétique, il ne se produit aucun changement. Le papier permet de reconnaître 1/200,000 c. d'iode et le chloroforme 1/150,000 c.

L'albumine dans la néphrite interstitielle est très-variable comme quantité et comme apparition. Ainsi, aujourd'hui, elle sera très-abondante, tandis que demain on n'en trouvera pas trace, pour ainsi dire, et que quelques jours plus tard elle apparaîtra de nouveau. Cependant, il est un moment du jour où l'on en peut constamment trouver dans l'urine chez les malades atteints de néphrite interstitielle : c'est pendant l'heure ou l'heure et demie qui suit les repas.

Ces différents points ayant été exposés par M. Robin, M. Hardy reprend ainsi la suite de sa leçon :

La marche de la néphrite interstitielle est toujours chronique et longue; cette maladie peut durer pendant des années, cinq, dix et même quinze ans, tant que les principales fonctions s'accomplissent normalement. Elle permet de vivre sans donner lieu à de grands troubles dans l'économie et ne tue pas directement par elle-même. Peut-elle guérir? Il est difficile de se prononcer, car certaines améliorations ont été prises pour de véritables guérisons.

En tous cas, lorsque la mort survient, ou bien elle est la suite de quelque hydropisie, d'une dégradation graduelle de l'économie, ou bien elle est la conséquence d'une urémie particulière, brusque, déterminant des phénomènes cérébraux mortels. La mort peut être aussi le résultat d'accidents dépendant de la maladie, tels que la gangrène par œdème, tels qu'un érysipèle ambulant. Enfin, le malade peut succomber à quelque affection intercurrente.

Comme étiologie, nous dirons que si les hommes sont plus que les femmes sujets à contracter une néphrite albumineuse, cela tient à ce qu'ils sont aussi beaucoup plus exposés que ces dernières aux causes capables de déterminer cette maladie. Si la néphrite parenchymateuse est de tous les âges, par contre la néphrite interstitielle est rare avant quarante ans, et l'époque à laquelle elle apparaît le plus ordinairement est entre cinquante et soixante ans.

Quant aux causes, il faut reconnaître qu'elle est souvent la suite d'une diathèse particulière et se développe de préférence chez des sujets athéromateux, goutteux, — d'où le nom de rein goutteux donné par les Anglais à cette affection, — chez des alcooliques, des saturnins, etc.

Le traitement consistera principalement dans l'emploi de l'iodure de potassium, qui a une action sinon absolument curative, du moins palliative des progrès de la maladie. Les soins hygiéniques sont surtout d'une grande importance ; c'est ainsi que les malades devront éviter toute fatigue, tout excès, qu'ils devront se nourrir convenablement, et se tenir toujours très-chaudement. Enfin, s'il survient comme complications de l'hydropisie, on aura recours aux révulsifs cutanés, tels que la teinture d'iode, les frictions sèches, etc.; si l'œdème est considérable et que la peau ne soit pas le siége d'un érythème, des piqûres facilitant l'écoulement de la sérosité amèneront un grand soulagement.

HOPITAL NECKER. — M. Trélat.

I. Kyste du poignet. — II. Cancroïde de la vulve. III. Épithélioma du sinus maxillaire.

I. Une femme de trente-neuf ans, cuisinière, est entrée ces jours derniers dans nos salles pour un kyste de la face dorsale du poignet, dont le début remonte à quatre ans environ.

Il a été opéré déjà en ville par écrasement, mais il s'est reproduit au bout de peu de temps. Il n'est pas très-volumineux, mais il gêne continuellement les mouvements, et menace de s'accroître ; il est situé à la face dorsale du poignet et prédomine surtout près de son bord externe

Deux points sont principalement à considérer : 1° l'origine, 2° la thérapeutique.

Cette affection a été décrite sous le nom de ganglion, qu'il ne faut pas confondre avec les tumeurs ganglionnaires, lesquelles appartiennent aux ganglions lymphatiques. Mais sous ce nom de ganglion, très-mauvais du reste si on l'applique à la tumeur que nous étudions ici, on s'est aperçu, à un moment donné, que l'on ne savait pas trop ce que l'on voulait dire. Les opinions différaient du reste sur la signification qu'on voulait lui donner.

Aujourd'hui, il est généralement admis que ces ganglions sont des kystes fréquemment traversés par des brides qui les limitent dans leur intérieur, renferment un liquide épais, gélatineux, non pas comme de la gélatine, mais comme une gelée de pommes ou de coings, liquide, limpide tant qu'il n'est survenu aucune inflammation capable de rendre louche ou purulent. Ces tumeurs se développent soit sur les gaines tendineuses et sont allongées, aplaties ; soit au niveau des articulations dont elles proviennent : origine qui a été mise en lumière surtout par MM. Verneuil et Gosselin. Elles

se forment donc dans des cryptes synoviales dont l'ouverture étroite s'est oblitérée.

Au siècle dernier, comme on ne se doutait nullement de leur origine articulaire, on en faisait l'ablation, il survenait des accidents inflammatoires dans l'articulation, une arthrite grave dont on ne s'était pas méfié. Aussi nos grands-pères avaient-ils cette opération en horreur; par suite, ils eurent recours d'abord à des topiques qui ne signifiaient pas grand'chose, puis à l'écrasement. Ce dernier moyen guérit assez souvent, mais non pas toujours; de là des récidives assez fréquentes, surtout si l'on n'a pas fait l'écrasement complet de la tumeur en le prolongeant au loin pour chasser le contenu, et si l'on n'a pas pratiqué la compression consécutive par un bracelet spécial muni de pelotes. La méthode de l'écrasement, très-bonne en soi, ne réussit qu'à ce prix.

Un autre procédé consiste dans la ponction sous-cutanée au moyen de l'aiguille à cataracte avec laquelle on divise la tumeur, ponction suivie de l'écrasement.

Une autre méthode, également très-employée, mais aussi dangereuse que l'ablation de la tumeur, c'est le séton. Je l'ai pratiquée sept ou huit fois; mais j'ai eu, une fois entre autres, il y a trois ans, des accidents redoutables, prolongés, une inflammation des gaines tendineuses, telle que la guérison n'a pu être obtenue qu'au bout de plusieurs mois.

Aujourd'hui, grâce à la chirurgie antiseptique, certaines opérations peuvent être pratiquées, sans craintes bien sérieuses, sur les articulations; aussi je vais faire l'ablation totale de la tumeur. Je me décide d'autant mieux, qu'une première opération, l'écrasement, a déjà été tentée sans succès, et que la maladie a récidivé.

II. La seconde malade dont je vais vous entretenir est une femme de soixante-six ans, qui est venue à la consultation de samedi et que j'ai fait entrer dans mes salles pour une affection très-rare, du moins d'après le siège qu'elle occupe.

Cette femme jouit ordinairement d'une bonne santé; elle a eu plusieurs enfants. Elle présente dans le repli clitoridien, à droite, un petit ulcère de la largeur d'une ancienne pièce de quinze sols, c'est-à-dire mesurant de 15 à 16 millimètres de diamètre. Développé spontanément, il durerait seulement depuis deux mois, nous dit-elle, et donnerait lieu à quelques démangeaisons. Il est irrégulier sur ses bords, un peu déchiqueté, anfractueux, et présente quelques points grisâtres, et de petites végétations en chou-fleur, comme un épithélioma ou un cancroïde de la peau. Enfin, mobile dans ses parties profondes, il ne paraît pas avoir de ramifications bien étendues.

Sur les grandes lèvres on ne remarquait rien de particulier; il n'y a pas d'écoulement vaginal ou utérin. Dans l'aine on ne trouve aucun ganglion, si ce n'est à gauche, où l'on voit un peu d'intumescence ganglionnaire, comme à la suite d'une simple petite écorchure.

Ce qui, dans le cas présent, serait redoutable, ce serait une invasion ganglionnaire. Le plus petit ganglion induré par propagation serait un danger, car c'est l'induration, et non le volume, qui est la caractéristique de cette propagation. Ici nous n'avons heureusement rien de semblable, et s'il s'agit d'un ganglion tuméfié, en tous cas il n'existe aucune induration. De plus, ce petit ganglion est dans l'aine gauche, tandis que l'ulcération clitoridienne est située à droite.

Nous avons donc affaire à un épithélioma de la vulve situé dans le voisinage du clitoris. Mais où ma surprise commence, c'est que cet épithélioma de la vulve est absolument isolé. J'ai parcouru dans ma bibliothèque tous les ouvrages de gynécologie, tous les travaux spéciaux: aucun, deux exceptés, ne parle des cancroïdes de la vulve, qu'ils considèrent comme une affection peu commune, et dont ils n'ont même vu aucun cas. Enfin j'ai trouvé seulement trois observations citées par Churchill, l'une d'elles se rapportant à un carcinome et les deux autres à des cancroïdes très-avancés ou épithéliomas, et Charles West cite, seulement à la dernière page de son livre, deux cas dans lesquels le mal est tellement étendu qu'il n'y a rien à faire.

Cet épithélioma de la vulve est donc un merle blanc, une véritable rareté. C'est, du reste, aussi le premier que je rencontre. Sa rareté est aussi grande que celle de l'épithélioma de la verge, que je n'ai jamais vu; aussi suis-je absolument pur de toute ablation de verge, tandis que j'en ai, au contraire, réparé déjà un certain nombre.

L'épithélioma de la vulve passe inaperçu le plus souvent au début; la femme n'y fait pas attention et ne se plaint guère que de démangeaison; c'est là ce qui explique pourquoi les quelques cas signalés par les auteurs se rapportent tous à une affection avancée, trop avancée même généralement pour que l'on puisse la combattre avec quelque chance de succès. Pour agir avec efficacité, il faut, comme chez notre malade, découvrir le mal, pour ainsi dire, à ses débuts.

III. La troisième malade est atteinte d'un épithélioma du sinus du maxillaire supérieur gauche, qui se présentait comme un phlegmon péri-lacrymal. J'ai fait l'ablation de toute la partie supérieure du sinus, en réservant l'arcade dentaire, et en réséquant aussi toute la portion de peau enflammée qui paraissait envahie par le mal. Après avoir, par un lambeau convenablement taillé, recouvert et réparé toute la perte de substance, la cicatrisation s'est faite convenablement, laissant seulement une petite fistule persistante près de l'angle interne de l'œil.

Je vais aujourd'hui pratiquer une petite opération destinée à faire disparaître cette fistule par un lambeau taillé audessous et reporté en haut.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 août 1882. — Présidence de M. Gavarret.

CORRESPONDANCE

M. le ministre de l'instruction publique transmet ampliation du décret approuvant l'élection de M. Gariel comme membre titulaire dans la section de physique et chimie médicales en remplacement de M. Briquet.

La correspondance non officielle comprend:

1° Une lettre de candidature de M. Potain, qui se présente dans la section de médecine;

2° Des lettres de remerciements de MM. Th. Anger, Belugou, Badal, Duponchel, Vincent, Liénard, lauréats de l'Académie;

3° Une lettre de M. le docteur E. Vincent (de Guéret), qui rappelle sa candidature à la place de membre correspondant.

PRÉSENTATIONS

M. JULES GUÉRIN présente: 1° une note manuscrite de M. Marquez (d'Hyères), sur la *valeur des cautérisations ponctuées dans le traitement des maladies de l'appareil respiratoire*; 2° de la part de M. le docteur Larbes (de Cauterets), un pli cacheté (accepté).

M. GUÉNIOT présente une note relative à l'allaitement artificiel, par M. le docteur Giberton-Dubreuil (de Jouy-en-Josas).

M. GUENEAU DE MUSSY présente, de la part de M. Hart, rédacteur en chef du *British medical journal*, qui sollicite le titre de correspondant étranger de l'Académie, divers travaux, entre autres un mémoire intitulé *Influence du lait sur la propagation des maladies zymotiques*.

M. GAVARRET présente, au nom de MM. de Wecker et Masselon, un nouveau astigmomètre.

L'instrument, exécuté par M. Crétès, se résume essentiellement en une figure carrée, en métal ou en carton noirci. Celle-ci offre sur son bord un liséré blanc de 1 c. 1/2, et son centre est percé d'un trou (A, fig. 1). On se propose d'étudier comment le cadre blanc de ce carré vient se réfléchir sur la cornée, dont l'inégalité

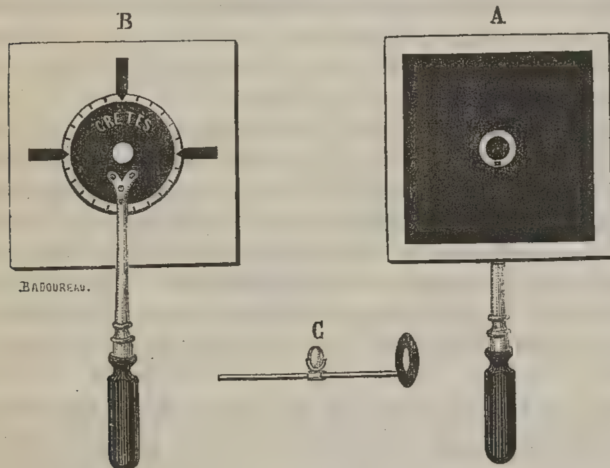


Fig. 1.

de courbure est la cause presque unique de l'astigmatisme. Ce carré peut exécuter sur son manche un mouvement de rotation que mesure un cadre placé derrière l'instrument (B, fig. 1).

Le patient, tournant le dos à la lumière, l'astigmomètre bien éclairé est tenu verticalement, de façon que son plan soit parallèle à celui de la face du sujet. En outre il faut veiller à ce que l'œil observé se trouve vis-à-vis du trou central qu'il doit fixer. En procédant ainsi, on observe dans un cas normal que le bord blanc du carré vient se peindre sur la cornée suivant un carré *exact*, dont le côté est moindre que le tiers du diamètre de la cornée, lorsque l'on tient l'instrument à la distance habituelle de $0^m,20$ environ.

Les dimensions de l'image réfléchie étant variables suivant le rayon cornéen, il en résultera, ainsi que M. Javal l'a aussi fait observer dans la description de son ophthalmomètre, que le carré se réfléchira sur la cornée, dans un cas d'astigmatisme régulier, sous la forme d'un rectangle, mais à condition toutefois que les côtés du carré de l'instrument correspondent aux méridiens principaux, autrement on aurait un losange. On tournera alors la figure carrée jusqu'à ce que les angles deviennent droits, de manière que l'image se montre exactement rectangulaire. On lira à ce moment sur le cercle divisé la direction des méridiens principaux. Ceux-ci connus, reste à apprécier, d'après le degré d'aplatissement du rectangle, le nombre de dioptries que mesure l'astigmatisme. C'est ce que permet de faire une petite échelle jointe à l'instrument, et qui, tenue au voisinage de l'œil, montre par comparaison, d'une façon très-exacte pour la pratique ordinaire, à combien de dioptries s'élève l'astigmatisme. La figure 2, qui représente cette échelle, est la reproduction en grandeur des reflets cornéens que fournissent l'œil normal et les yeux astigmates.

Le degré de l'astigmatisme et les méridiens principaux ainsi déterminés en un instant, il suffit de placer dans la monture d'essai un cylindre égal, convexe à *axe perpendiculaire* au grand côté du rectangle dans le cas d'*hypermétropie*, convexe à *axe parallèle* dans le cas de *myopie*, et à déterminer la réfraction sphérique s'il y a lieu.

Cette méthode objective pour la correction de l'astigmatisme rend de précieux services, particulièrement chez les opérés de cataracte et chez les enfants trop jeunes pour donner des renseignements exacts. Enfin elle peut être aussi très-avantageusement appliquée dans les conseils de revision, à cause de l'extrême simplicité de son emploi et des rapides résultats qu'elle fournit, toute tentative de simulation étant ainsi écartée.

Dans les formes d'astigmatisme irrégulier, surtout lorsque celui-ci est disséminé sur la cornée, on conçoit que la figure carrée doit donner une image plus ou moins irrégulière, les côtés cessant d'être rectilignes et montrant une forme sinueuse ou brisée par places. Pour grossir l'image et bien se rendre compte des défauts qui caractérisent l'astigmatisme irrégulier, il sera utile d'adjoindre à l'instrument la tige mobile munie d'une loupe qui l'accompagne; cette tige étant terminée par une petite plaque percée destinée à reposer sur les parties voisines de l'œil, de façon à donner de la fixité à l'appareil (C, fig. 1).

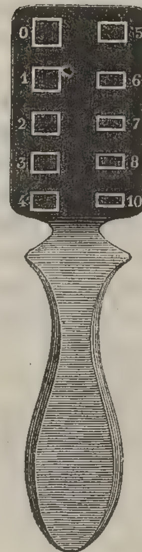


Fig. 2.

Dans de nombreux cas, en dépit de l'irrégularité de l'astigmatisme, il arrivera qu'en faisant tourner la figure carrée de l'instrument, on trouvera une position où l'image présentera deux côtés parallèles, et, à défaut du rectangle de l'astigmatisme régulier, on obtiendra du moins une image trapézoïde dont le degré d'aplatissement servira d'indice pour l'emploi d'un cylindre qui rendra souvent une acuité inespérée.

A propos de l'astigmatisme irrégulier, observons que le kératome donne naturellement lieu à une image rapetissée, à cause de l'accroissement de courbure du sommet de la cornée. Les quatre côtés de l'image se montrent sensiblement égaux, mais offrent une incurvation à convexité tournée vers le centre, signe caractéristique de ce genre de déformation de la cornée. Il n'y a donc là, en général, aucune application possible des verres cylindriques.

M. HARDY présente une jeune fille atteinte de nævi très-nombreux et très-étendus, particulièrement sur le dos et le devant des cuisses. Ces nævi brunâtres et couverts de poils donnent à la peau un aspect tigré.

M. GAVARRET annonce la mort de M. Pidoux et invite M. Dujardin-Beaumetz à lire le discours qu'il a prononcé sur la tombe de cet académicien regretté.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ donne lecture de ce discours.

DISCUSSION SUR L'ALLAITEMENT ARTIFICIEL

M. BOUCHARDAT insiste d'abord sur les caractères communs au lait de femme et au lait d'ânesse.

De tous les laits examinés, ce sont les plus alcalins. Le lait de vache est souvent acide à Paris, ce qui doit tenir à l'abus que l'on y fait de la drêche pour alimenter les vaches laitières. Le lait de chèvre est encore un peu plus franchement acide. Cette acidité détermine chez les jeunes enfants des diarrhées alimentaires qui deviennent promptement fatales et conduisent à l'atrepsie.

Le lait d'ânesse varie très-peu, quelle que soit l'alimentation, et c'est là un grand avantage.

Les glandes mammaires de la femme et de l'ânesse se laissent facilement traverser par des produits d'excrétion, tels que l'urée, qu'on ne trouve qu'en quantité beaucoup moindre dans le lait des autres animaux. M. Bouchardat croit d'ailleurs que c'est à l'isolement qu'on doit attribuer en partie les beaux résultats obtenus à la nourricerie de l'hospice des Enfants-Assistés. Il insiste pour que cet isolement devienne le plus complet possible par rapport à tous les enfants atteints de rougeole et de diphthérie.

Dans cette nourricerie, ajoute-t-il, on n'a employé le lait d'ânesse que sur des enfants de moins de six mois. C'est la période de la vie où il est le plus incontestablement préférable aux laits, plus crémeux et plus forts, de vache ou de chèvre; peut-être, plus tard, le

lait de chèvre vaudrait-il mieux, car le lait de femme devient plus riche en graisse dans les derniers mois du nourrissage et s'éloigne par conséquent, à ce point de vue, du lait d'ânesse.

Mais c'est à l'expérience à prononcer.

COMMUNICATION

Le siège cérébral du suicide et des impulsions homicides. — M. VOISIN lit un mémoire dans lequel il s'attache à établir que les idées de suicide chez les aliénés sont dues à des *troubles fonctionnels* et à des *lésions* qui siègent dans les parties les plus internes des circonvolutions frontales ascendantes et pariétales, et que, de plus, les impulsions dangereuses au suicide, à l'homicide, aux actes violents, ont leur origine dans ces circonvolutions.

L'auteur termine par les conclusions suivantes :

1° Les considérations dans lesquelles je suis entré au sujet de l'idée de suicide sont, en somme, en concordance avec l'opinion qui a cours aujourd'hui sur la réunion dans les mêmes circonvolutions des centres psychiques et moteurs;

2° La rapidité des actes impulsifs est encore une preuve de la relation intime qui lie la pensée à des manifestations extérieures et inconscientes, et du siège dans une même partie de l'écorce cérébrale de centres psychiques et de centres moteurs, et il semble que la soudaineté des actes impulsifs s'explique par la transmission à des cellules motrices, par l'intermédiaire des fibres nerveuses du reticulum, de l'irritation des cellules sensitives psychiques avoisinantes;

3° La clinique et l'anatomie pathologique se sont rencontrées dans un certain nombre de cas, pour m'autoriser à localiser l'idée de suicide et l'impulsion au suicide dans un territoire de l'écorce cérébrale correspondant à la région bregmatique, et situé dans la partie la plus interne des circonvolutions frontales ascendantes des première et deuxième circonvolutions pariétales, c'est-à-dire dans les parties moyennes et internes des hémisphères cérébraux. (Comm. : MM. Vulpian, Blanche et Luys.)

LECTURE

De la guérison de la glycosurie et du diabète par le bromure de potassium. — M. FELIZET dit que sa communication a pour base des recherches commencées il y a six ans sur la glycosurie et le diabète sucré, et quinze observations soigneusement suivies. Dans ces quinze cas de diabète, il n'a pas prescrit le régime alimentaire classique, pain de gluten, etc., étant d'avis que la maladie consiste non pas dans la présence du sucre dans l'urine, mais dans le désordre de l'organisme qui produit du sucre en excès. Ayant eu à soigner un diabétique qui ne se préoccupait plus de son diabète, mais venait le consulter pour divers accidents nerveux, M. Felizet vit le diabète se calmer, en même temps que ces accidents, sous l'influence du bromure de potassium donné à la dose de 4 grammes par jour. Il eut alors l'idée d'employer le même remède contre le diabète provoqué chez des lapins par une piqûre du plancher du quatrième ventricule, suivant le procédé de Claude Bernard. Chez eux aussi, le bromure de potassium, à la dose de 20 centigrammes en injection intraveineuse, faisait disparaître le sucre dans l'urine. En conséquence, M. Felizet traite actuellement les diabétiques par le bromure de potassium.

Il a toujours insisté, d'ailleurs, sur la nécessité de l'exercice musculaire. La gymnastique, et surtout l'escrime, avec ses grands développements de force, lui ont paru supérieures sans comparaison à tout autre travail.

L'usage des alcalins et, suivant les indications de l'état général, le fer, l'arsenic et le quinquina, font généralement partie du traitement.

RAPPORT

Sur la réduction des luxations anciennes de l'épaule après la section sous-cutanée des adhérences. — M. POLAILLON, à l'occasion d'une observation de M. Daniel Mollière, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon, soumet au jugement de l'Académie un procédé très-oublié, s'il n'est nouveau, pour obtenir la réduction de ces anciennes luxations, c'est-à-dire la section sous-cutanée des adhérences.

Il rappelle que la section sous-cutanée des ligaments et des tendons avait déjà été mise en usage, particulièrement par M. Jules Guérin, contre les luxations irréductibles du pouce, des doigts, des orteils, du coude, de l'articulation tibio-tarsienne, mais que seuls, Dieffenbach et G. Simon y avaient eu recours pour des luxations de l'épaule.

Dans un premier travail lu le 22 février à la Société de chirurgie, M. Polaillon avait rendu compte des bons résultats que la section des adhérences lui avait donnés dans un premier fait de ce genre. Depuis lors, il a obtenu deux autres succès, et il présente à l'Académie un des malades guéris par ce moyen.

L'observation de M. Daniel Mollière, relative à un malade opéré dans le mois de mars de cette année, est à joindre aux trois observations de M. Polaillon, à celle de M. Dieffenbach et à celle de G. Simon.

M. Mollière a procédé comme M. Polaillon, sauf qu'il a opéré la réduction séance tenante, tandis que celui-ci préfère attendre la cicatrisation de la petite plaie cutanée.

Pour fixer les idées sur le manuel opératoire, M. Polaillon propose, en terminant, les règles suivantes :

Lorsqu'une luxation ancienne ou même récente de l'épaule a résisté à une extension de 100 à 150 kilos, suivant la force du sujet, pendant la résolution musculaire produite par le sommeil anesthésique, il est indiqué de recourir à la section des adhérences. Cette section doit être faite par la méthode sous-cutanée, et avec les précautions antiseptiques. Après avoir fait un trajet à travers le deltoïde avec un ténotome pointu, depuis l'acromion jusqu'à la tête humérale, on glisse un long ténotome mousse entre la face antérieure de cette tête et le muscle deltoïde, et l'on coupe contre l'os tous les tissus fibreux; puis on retire un peu l'instrument pour le glisser en arrière de la tête humérale et couper en ce point les tissus fibreux. Cela fait, on contourne d'un côté à l'autre l'extrémité supérieure de l'humérus et on détruit la plupart des brides supérieures. Si le sujet est dans de bonnes conditions et que des accidents consécutifs ne soient pas à redouter, on peut, d'après la manière de Dieffenbach et de M. Mollière, exécuter séance tenante les manœuvres de réduction; dans le cas contraire, on attend deux ou trois jours que la plaie cutanée soit cicatrisée, on exerce des tractions pendant la chloroformisation, et si la luxation ne se réduit pas, on peut la considérer comme au-dessus des ressources de l'art.

La séance est levée.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

Appareils orthopédiques de MM. Rainal frères (1)

IX

CERCEAU EN FIL DE FER. — Ce cerceau en fil de fer (fig. 46) est

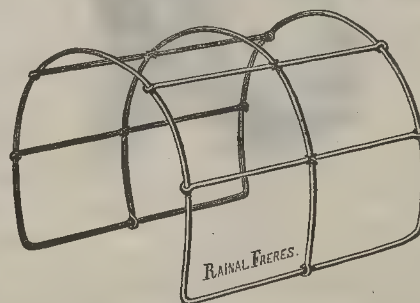


Fig. 46.

destiné à supporter le poids des draps dans les cas d'amputations,

(1) Suite. — Voir le numéro du 22 juillet 1882.

ou dans le traitement des plaies des membres ; ce modèle se fait pour les membres supérieurs, inférieurs ou le corps entier.

Fractures des vertèbres dans la région dorso-lombaire. — Gouttière Bonnet. — Gibbosité rachidienne. — Cet appareil (fig. 47) a pour but d'assurer l'immobilité des articulations de la colonne vertébrale, sans exercer de pressions sur l'abdomen ni sur la poitrine. Cette gouttière embrasse tout le tronc depuis la partie inférieure du bassin jusqu'à la partie moyenne du cou, et ne laisse libre que la face antérieure. Cet appareil remplit parfaitement le but auquel il est destiné. Il donne aussi d'excellents résultats employé chez les enfants affectés de gibbosité dans le but d'obtenir l'immobilisation dans le décubitus horizontal. La recomman-

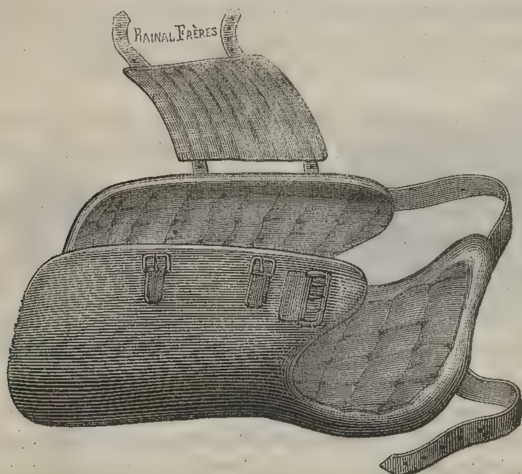


Fig. 47.

dation de coucher les enfants sur un lit dur est insuffisante, car rien n'empêche alors le tronc de s'incliner à droite ou à gauche, et ne prévient la flexion ou la torsion de la colonne vertébrale. Cette gouttière, employée la nuit, complète le traitement de jour obtenu avec les corsets à tuteurs latéraux. Dans ce cas, on donne à la partie postérieure de la gouttière des courbures telles, qu'elle se moule sur la forme de la colonne et qu'elle présente un creux pour recevoir la gibbosité.

Appareil pour la fracture du maxillaire inférieur. — Cet appareil est disposé de manière à ne pas échauffer la tête du malade comme le ferait une calotte complètement fermée. La bande entourant la tête, ainsi que les bandes qui s'y rattachent, sont en

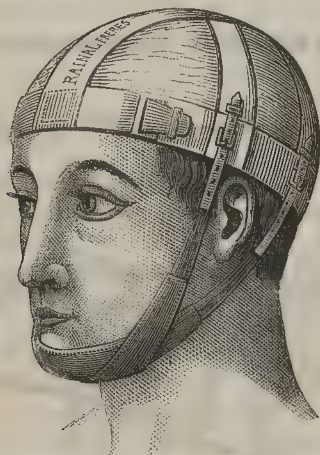


Fig. 48.

tissu. Les chefs inférieurs se croisent sous le menton, de façon à pouvoir recevoir des compresses ou topiques. Ces bandes sont en cuir, séparées par une partie en élastique qui vient s'attacher au chef circulaire.

Cet appareil est applicable aux fractures du col du condyle, ainsi qu'aux fractures du corps de l'os.

Genouillère. — Cette genouillère (fig. 49) est en cuir, munie de quatre courroies, la partie du milieu qui recouvre le genou est en élastique. Afin d'éviter une pression douloureuse, cette genouillère peut se fixer sur les gouttières dans les affections du genou.

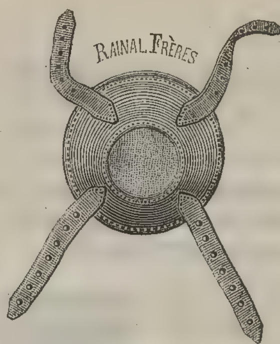


Fig. 49.

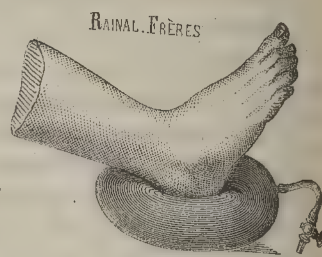


Fig. 50.

Coussin calcanéen. — Cet appareil (fig. 50) est en caoutchouc, on peut le remplir d'air ou d'eau chaude. Il offre à la partie centrale une cavité d'un diamètre de 8 à 10 centimètres, destinée à recevoir le talon, de manière à mettre ce dernier à l'abri de toute compression, lorsque le repos prolongé dans le décubitus a amené des escharres ou des excoriations.

VARIÉTÉS

Histoire de l'hôpital de Notre-Dame de Pitié de Paris (1612-1882) (1).

Par M. le docteur O. Guillier.

X

SIMONET. — Nommé *provisoirement* à la Pitié le 1er janvier 1862, en remplacement de M. Becquerel. — Sorti le 30 avril 1862.

MILLARD. — Nommé *provisoirement* à la Pitié le 1er mars 1862, en remplacement de M. Germain Sée, *en congé*. — Sorti le 20 avril 1862.

MATICE. — Nommé médecin *titulaire* le 1er mai 1862, en remplacement définitif de M. Becquerel. — Sorti le 1er janvier 1869, pour passer à Beaujon.

JACCOUD. — Nommé *provisoirement* à la Pitié le 1er août 1862, en remplacement de M. Bernutz, *en congé*. — Sorti le 1er novembre 1862.

EMPIS. — Nommé médecin *titulaire* le 1er janvier 1863, en remplacement de M. Germain Sée, passé à Beaujon. — Sorti le 25 décembre 1871, pour passer à la Charité.

TAMARELLE-MAURIAC. — Nommé *provisoirement* à la Pitié le 15 juin 1863, en remplacement de M. Bernutz, *en congé*. — Sorti le 15 octobre 1863.

LABOULBÈNE. — Nommé *provisoirement* à la Pitié le 1er juillet 1863, en remplacement de M. Béhier, *en congé*. — Sorti le 1er octobre 1863.

GALLARD. — Nommé *provisoirement* à la Pitié le 1er janvier 1865, en remplacement de M. Béhier, *en congé*. — Sorti le 31 décembre 1866.

DESNOS. — Nommé *provisoirement* à la Pitié le 1er février 1865, en remplacement de M. Bernutz, *en congé*. — Sorti le 1er mai 1865.

SIREDEY. — Nommé *provisoirement* à la Pitié le 10 juillet

(1) Suite. — Voir le numéro du 8 août 1882.

1865, en remplacement de M. Gallard, *en congé.* — Sorti le 30 septembre 1865.

FÉRÉOL. — Nommé *provisoirement* à la Pitié le 1er septembre 1865, en remplacement de M. Empis, *en congé.* — Sorti le 30 septembre 1865.

SIMON (JULES). — Nommé *provisoirement* à la Pitié le 17 janvier 1866, en remplacement de M. Empis, *en congé.* — Sorti le 22 février 1866.

GOMBAULT. — Nommé *provisoirement* à la Pitié le 23 février 1866, en remplacement de M. Jules Simon, dans le service de M. Empis. — Sorti le 23 mars 1866.

SIREDEY. — Nommé *provisoirement* à la Pitié le 25 juin 1866, en remplacement de MM. Bernutz, Marotte et Empis, *en congé.* — Sorti le 1er octobre 1866.

BESNIER. — Nommé *provisoirement* à la Pitié le 1er octobre 1866, en remplacement de M. Matice, *en congé.* — Sorti le 1er décembre 1866.

PROUST. — Nommé *provisoirement* à la Pitié le 1er août 1867, en remplacement de M. Béhier, *en congé.* — Sorti le 1er novembre 1867.

GOMBAULT. — Nommé *provisoirement* à la Pitié le 1er août 1867, en remplacement de M. Bernutz, *en congé.* — Sorti le 1er octobre 1867.

REYNAUD. — Nommé *provisoirement* à la Pitié le 9 janvier 1868, en remplacement de M. Bernutz, *en congé.* — Sorti le 5 février 1868.

GALLARD (JEAN-THÉOPHILE). — Nommé médecin *titulaire* le 16 mars 1868. — Sorti en 1881, pour passer à l'Hôtel-Dieu.

FOURNIER. — Nommé *provisoirement* à la Pitié le 3 septembre 1868, en remplacement de M. Gallard, *en congé.* — Sorti le 19 septembre 1868.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 7 août 1882, M. Duvaux, député, est nommé ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, en remplacement de M. Jules Ferry, dont la démission est acceptée.

— *Distinctions honorifiques.* — Sont nommés officiers de l'instruction publique :

MM. les docteurs Picot, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux; Delcominète, chargé de cours à l'École de pharmacie de Nancy; Labéda, professeur à l'École de médecine de Toulouse; Gallerand, médecin en chef de la marine; Latteux, chef du laboratoire d'histologie à la Faculté de médecine de Paris; Masse, médecin principal de 1re classe, en retraite.

M. Darboux, professeur à la Faculté des sciences.

Sont nommés officiers d'Académie : MM. les docteurs Gentilhomme, professeur à l'École de médecine de Reims; Livon, professeur suppléant à l'École de médecine de Marseille; Battandier, professeur à l'École de médecine d'Alger; Vergely, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux; Castelain, agrégé près la Faculté de médecine de Lille; Tripier, professeur à la Faculté de médecine de Lyon; Mandon, professeur à l'École de médecine de Limoges; Thomas, professeur à l'École de médecine de Tours; Viaud-Grand-Marais, professeur à l'École de médecine de Nantes; Baudoin, médecin-major au 33e de ligne; Bedoin, médecin-major à l'hôpital militaire de Médéah; Boyer, délégué cantonal à Lorris; Carassus, président de la délégation cantonale de Milly; Cassedebat, médecin aide-major de 1re classe; Chantereau, conseiller d'arrondissement à Saint-Étienne-de-Mont-Luc; Édouard Choquet; E. Donadieu, délégué cantonal du IIe arrondissement de Paris; Raphaël Dubois; Mary Durand, délégué cantonal du Ier arrondissement de Paris; Gueit-Dessus, maire du IVe arrondissement de Paris; Guillaumet, médecin de l'École Colbert; Labbée (Louis-Anselme-Ernest); Jean Mauriac (de Bordeaux); Jules Seure (de Saint-Germain-en-Laye); Védrine, organisateur des sociétés de gymnastique de Versailles; Edmond Delorme, médecin major de 2e classe, agrégé à l'École du Val-de-Grâce; Moreau, auteur d'ouvrages sur l'histoire naturelle.

MM. de Clermont, sous-directeur du laboratoire à la Faculté des sciences de Paris; Hallez, maître de conférences à la Faculté des sciences de Lille; Boudier, pharmacien à Montmorency; Fua, ancien préparateur à l'École de pharmacie de Paris; Lebaigue (Robert-Eugène), chimiste; Alexandre Porlier, préparateur au Collège de France; Burker, pharmacien-major de 1re classe, agrégé à l'École du Val-de-Grâce; Trasbot, professeur de pathologie générale à l'École d'Alfort.

— *Faculté de médecine de Paris.* — A dater de ce jour, et pendant toute la durée des vacances, les bureaux du secrétariat seront ouverts tous les jours de midi à trois heures.

— Le conseil municipal de la ville de Paris a délégué dans sa dernière séance MM. les docteurs Bourneville, Loiseau et Napias, ainsi que MM. Durand-Claye et Cernesson, pour le représenter au congrès international d'hygiène qui doit s'ouvrir à Genève, le 4 septembre prochain. Le conseil a décidé aussi que la ville de Paris participerait à l'exposition annexe du congrès.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 13234.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de l'Assomption, le journal ne paraîtra pas mardi.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Le mécanisme de production de l'ataxie locomotrice.

S'il faut en juger d'après le nombre des dissertations inaugurales ayant un même sujet, il n'est pas d'affection qui soit plus à l'ordre du jour que l'ataxie locomotrice. Nous avons sous les yeux cinq thèses, celles de MM. Gruel, Bechard, Fayard, Harel, Stroici, soutenues à Paris depuis le mois de janvier de cette année, et qui roulent sur quelque détail de cette affection multiforme ; et d'autres, tout à fait récentes, n'ont pas encore été classées.

Pourtant, après les magnifiques travaux de Duchenne (de Boulogne), de M. Charcot, de M. Vulpian, etc., les symptômes et les lésions anatomo-pathologiques qui servent à caractériser cette espèce nosographique sont également bien connus.

L'ataxie locomotrice, ou *tabes dorsalis*, a pris place parmi les affections dites *systématiques* des centres nerveux, c'est-à-dire parmi celles qui portent sur un seul système ou appareil.

En effet, dans la moelle épinière, par exemple, on distingue des régions diverses dont les fonctions sont si différentes, qu'elles constituent autant d'appareils ou de systèmes.

Signalons notamment les cellules motrices des cornes antérieures, dont nous avons eu à parler dans quelques-unes de nos précédentes Revues cliniques. Dans toute la longueur de la moelle, elles se trouvent superposées en colonnes. Ces colonnes peuvent être affectées isolément, notamment dans la paralysie spinale de l'enfance et de l'âge adulte, et les lésions qui les affectent ont pour résultat l'atrophie des muscles qui sont animés par les fibres qui en émanent.

C'est bien là une maladie systématique par excellence, frappant à la fois tout un ensemble de mêmes éléments anatomiques présidant aux mêmes fonctions ; à la différence des myélites diffuses qui s'étendent de proche en proche, aussi bien en travers qu'en long, et quelle que puisse être la structure de l'élément nerveux affecté.

Il y aurait donc parmi les myélites deux genres complètement dissemblables dans leur mode d'évolution, et, d'après une explication fort probable de M. Vulpian, dans leur siège principal. D'une part, celles qui atteindraient primitivement l'appareil nerveux dans une de ses parties constitutives, ou, en d'autres termes, dans un des systèmes particuliers dont il se compose ; et, d'une autre part, celles qui, commençant par attaquer le tissu conjonctif, la névroglie, retentiraient secondairement sur les éléments nerveux eux-mêmes. Ces dernières seraient naturellement diffuses, car la névroglie se trouve aussi bien dans la substance grise que dans la blanche, dans le système sensitif que dans le système moteur ; les premières, au contraire, seraient délimitées par les limites mêmes des divers systèmes ou appareils.

Cette interprétation des faits paraît d'une probabilité qui touche presque à l'évidence, quand il s'agit de centres tels que ceux qui sont pris dans la paralysie spinale.

Mais dans l'ataxie locomotrice, cette vue théorique, ce *schéma*, ne donne plus un résultat si satisfaisant pour l'esprit.

En effet, il ne s'agit plus d'un appareil en continuité devenant malade isolément dans tout son ensemble. Les symptômes de l'ataxie sont aussi variés que possible, et ils s'observent aussi bien dans des régions toutes cérébrales que dans des régions médullaires.

Souvent les troubles de la vue ouvrent la scène, ou tout au moins viennent s'ajouter aux troubles de la sensibilité générale. Or, jusqu'ici, on ne voit pas comment les nerfs optiques se rattachent à la moelle.

D'ailleurs, au point de vue symptomatique, dans l'affection qui nous occupe, les deux appareils sensitifs et locomoteurs ne se trouvent pas dissociés comme dans la paralysie spinale. Si dans celle-ci la sensibilité reste le plus souvent intacte, quand les mouvements deviennent impossibles, au contraire, on voit l'ataxie locomotrice influer sur le système moteur presque autant que sur le système sensitif.

Du côté de l'œil, par exemple, on observe tout aussi bien des paralysies momentanées des muscles moteurs, que des amauroses ou amblyopies momentanées, dans les premières périodes du mal. Il est vrai que souvent, plus tard, l'amblyopie ou l'amaurose devient permanente ; mais ne voit-on

pas également des paralysies irrémédiables survenir dans les derniers temps ?

A ce point de vue donc, l'ataxie locomotrice n'est pas, dans la rigueur du mot, une affection systématique.

Au point de vue de l'anatomie pathologique, elle présente aussi des difficultés d'interprétation toutes particulières.

A l'autopsie, on ne trouve jamais de lésion dans les nerfs périphériques d'origine médullaire, ni dans les racines antérieures, ni dans toute la partie des racines postérieures qui s'étend entre le ganglion et le point d'union des racines pour former un nerf mixte.

Ce qui est lésé c'est : 1° d'abord la partie des racines postérieures qui s'étend entre le ganglion et la moelle épinière ; 2° dans les cordons postérieurs, la zone radiculaire (c'est-à-dire la zone que traversent les fibres provenant des racines) ; 3° les cordons de Goll, qui, ainsi que nous l'avons dit, sont également atteints de sclérose dans le mal de Pott au-dessus du point où la continuité de la moelle est à peu près interrompue ; 4° en cas de cécité plus ou moins complète, les nerfs optiques. Nous ne parlons pas des complications qui peuvent se manifester, soit du côté des méninges rachidiennes, soit du côté des cordons moteurs.

Dans les parties indiquées plus haut, la lésion est une sclérose avec multiplication des éléments de la névroglie et disparition plus ou moins complète des tubes nerveux. Les racines postérieures entre les ganglions et la moelle se trouvent alors considérablement diminuées de volume ; il peut en être ainsi des cordons postérieurs et peut-être même des cornes postérieures de la substance grise, quoique jusqu'ici, pas plus que dans les ganglions des racines sensitives, on ait trouvé de lésion bien nette.

Faut-il admettre que les fibres des racines postérieures et celles des cordons postérieurs de la moelle se trouvent atteintes seulement, sans aucune lésion de leurs centres trophiques ? Ces centres trophiques sont les ganglions pour les racines postérieures, ce sont probablement les cellules sensitives de la substance grise de la moelle pour les cordons postérieurs. Il y aurait donc en action deux genres de centres distincts, si l'on supposait que l'altération des fibres nerveuses tînt à une lésion inconnue des cellules. Et encore tout ne serait-il pas dit, car non-seulement les ganglions des racines postérieures servent de centre trophique à la partie de ces racines qui va vers la moelle, mais ils nourrissent également les fibres nerveuses sensitives qui s'étendent entre eux et la périphérie. Or, nous l'avons dit plus haut, ces fibres ne présentent pas la moindre trace d'altération.

On le voit, on n'est point encore arrivé à une théorie physiologique complètement satisfaisante de cette maladie, si commune depuis qu'on sait la reconnaître. M. Vulpian a longuement montré les difficultés de la question, avec cette savante critique qui distingue tous ses travaux, dans ses Leçons sur les maladies de la moelle épinière.

Le mécanisme de production est donc mal connu ; et les causes premières ne le sont guère mieux, du moins dans les cas où la syphilis ne peut pas être mise en cause.

Ataxie locomotrice et syphilis.

C'est la syphilis, en effet, que M. Fournier incrimine comme cause la plus ordinaire de l'ataxie locomotrice. Il avait émis cette idée dans des leçons faites il y a sept ans, et il vient de la reprendre dans des leçons tout à fait récentes sur l'*ataxie locomotrice d'origine syphilitique*. Suivant sa statistique, des antécédents de vérole se rencontreraient chez les ataxiques plus de quatre-vingt-onze fois sur cent.

Le fait est que sur des malades pris au hasard, nous avons noté fréquemment ce genre de commémoratifs.

La date du chancre initial peut être alors très-éloignée : tel est, par exemple, le cas chez un homme de cinquante-quatre ans, entré le 19 juillet dans le service de M. le professeur Ball, où il occupe le n° 16 de la salle Beau.

Il y a vingt-cinq ans que cet homme contracta une syphilis au sujet de laquelle il consulta d'abord M. Ricord, puis se fit traiter par un médecin de ses amis. Il eut à cette époque un chancre induré à la verge, des plaques muqueuses à la gorge et une ophthalmie spécifique sur la nature de laquelle il donne des renseignements très-vagues. Au bout de quatre mois environ, se croyant complètement guéri, il cessa tout traitement ; mais, il y a sept ans, il fut atteint d'une éruption très-confluente qui occupait le dos et les ailes du nez. Cette éruption fut considérée comme se rattachant à la vérole : et elle céda, en effet, à un traitement antisyphilitique.

Vers la même époque, il s'aperçut d'un changement subit dans sa vue. Il lui fut un jour impossible de lire à l'aide du lorgnon dont il se servait d'ordinaire. Parfois aussi, les objets lui semblaient comme vaciller devant ses yeux. Il n'eut jamais de diplopie, ni de strabisme, mais l'affaiblissement de la vue persista jusqu'à une date très-récente.

Plusieurs années déjà avant ces manifestations oculaires du *tabes dorsalis*, il y a douze ou treize ans, ce malade avait commencé à éprouver de temps en temps, dans les jambes, des douleurs subites qu'il compare à des coups de fouet. Ces douleurs revenaient à de longs intervalles, de deux, trois ou quatre semaines, et elles ne duraient qu'un instant.

Il y a deux ans, un matin, cet homme, qui, à ce qu'il raconte, avait jusqu'alors très-bien marché, eut de la peine à se lever, tant il ressentait de fatigue dans les deux jambes. Dès ce jour-là, il fut obligé de s'appuyer sur une canne. Il se trouvait entré d'emblée dans la seconde période de l'ataxie locomotrice, car ce sentiment de fatigue et de faiblesse, cette parésie des membres inférieurs ne cessa plus.

Vers la même époque, ce malade s'aperçut un jour qu'il était complètement aveugle de l'œil gauche. Cette cécité dura une demi-heure, puis disparut sans laisser de traces.

Quant à la sensibilité générale, elle fut dès lors affectée de diverses manières. Les jambes devinrent le siège de douleurs lancinantes, moins intenses que les coups de fouet de la première période, mais infiniment plus fréquentes. Il y eut, notamment vers les orteils, des plaques d'hyperesthésie, au niveau desquelles le moindre contact, même celui du drap, était insupportable. Des crises gastriques, d'une intensité vraiment atroce et accompagnées de vomissements, se produisirent à plusieurs reprises.

Avec ces crises en alternent d'autres, également très-douloureuses, qui siègent à la base du thorax, particulièrement du côté droit, et qui durent de un à deux jours.

La plante des pieds est anesthésiée à un très-haut degré. La sensation tactile et celle de pression sur le sol y sont perçues à peine et très-mal ; le malade dit qu'il croirait marcher sur un corps mou. Il y a également perdu la sensation du chatouillement, et celle de la douleur au pincement ou à la piqûre.

La sensibilité est aussi très-émoussée à la partie inférieure des deux jambes, particulièrement à la face

externe. Cependant le malade arrive encore, les yeux fermés, à savoir qu'on le touche et à désigner la partie touchée, sans commettre d'erreur de lieu. Bien qu'il y ait des points sur lesquels la piqûre soit sentie à peine, l'analgésie n'est pas complète, car un pincement un peu fort, quand on le prolonge, finit par provoquer une douleur assez vive, après un retard proportionnel au degré de l'analgésie que l'on constatait à la piqûre.

Comme il est de règle en pareil cas, il n'y a pas d'athermesthésie, c'est-à-dire pas de diminution dans la sensation occasionnée par le contact, soit d'un corps chaud, soit d'un corps froid. Au contraire, cette sensation, en ce qui touche le froid du moins, est singulièrement exaltée et devenue singulièrement pénible. Elle est immédiatement perçue dans les régions anesthésiées, et elle est si vive qu'elle provoque une secousse de tout le corps. Le malade, d'ailleurs, se plaint toujours d'avoir froid aux jambes. Il a fallu lui donner un duvet, qui ne diminue encore que bien peu cette sensation subjective de froid continuel.

Les troubles trophiques sont représentés par des craquements dans les genoux et des accès d'arthropathie jusqu'à présent peu accusés. Peut-être faut-il y rattacher également une diarrhée qui s'est déclarée depuis quelques jours, et qui a été précédée, durant plusieurs mois, par des douleurs lancinantes dans le ventre et une sensation comparée par le malade à celle d'une barre transversale pressant violemment sur l'abdomen.

Quand on frappe brusquement le tendon rotulien sur la jambe en relâchement et à demi fléchie, le mouvement d'extension subit qu'on a nommé *réflexe rotulien* n'est pas complètement aboli. Il est même encore assez marqué, surtout du côté droit.

C'est là le seul point par lequel cette observation semble s'écarter du tableau classique de l'ataxie locomotrice.

Comme dans les cas les plus habituels, la première période de la maladie a été surtout caractérisée par des douleurs soudaines, momentanées, et par des troubles oculaires. La seconde période, par un sentiment de fatigue, une parésie apparente, du désordre dans les mouvements des membres inférieurs, des douleurs plus vives, plus tenaces, plus habituelles que les précédentes ; des crises gastriques, thoraciques ; des plaques d'hyperesthésie ; une diminution des divers genres de sensibilité, sauf celle qui se trouve mise en jeu par les différences de température, aux membres inférieurs et surtout vers le bas, etc.

Or tout cet ensemble s'est présenté chez un sujet qui avait subi un traitement de moins de quatre mois. De nouvelles manifestations syphilitiques ont coïncidé avec les premiers troubles tabétiques du côté de la vue, et déjà alors, depuis six ou sept ans, s'étaient produites les premières douleurs caractéristiques du *tabes dorsalis*, dont la deuxième période ne commença que cinq ans plus tard.

Avant d'en venir aux conclusions de M. Fournier sur l'ataxie syphilitique, nous avons encore à rapporter quelques autres faits analogues.

Quelques topiques modificateurs ou antiseptiques.

L'eau oxygénée, conseillée dans le but de modifier l'état des plaies gangréneuses ou torpides, est en ce moment à l'étude dans plusieurs services hospitaliers.

Dans le service de M. Nicaise, les résultats obtenus jusqu'ici sont encourageants.

Ce topique y a été appliqué : 1° sur une plaie gangréneuse, de très-mauvais aspect, située à la partie externe et inférieure de la jambe gauche, chez une femme de cinquante-sept ans, entrée le 17 juillet dernier, salle Chassaignac, n° 11 ; 2° sur une plaie de 49 centimètres de circonférence, produite par une eschare de la région sacrée, chez une vieille femme couchée au n° 1 de la même salle, et qui, entrée à l'hôpital Necker pour des fractures multiples, en avait été transférée le 3 août dernier ; 3° sur des ulcères variqueux chroniques des deux jambes, chez une femme de cinquante ans, entrée également le 3 août dernier au n° 21 de cette même salle.

Chez ces trois malades, sous l'action de l'eau oxygénée les plaies se sont rapidement détergées et modifiées dans un sens favorable ; elles se sont couvertes de bourgeons charnus d'une bonne nature, et le travail de cicatrisation a commencé.

C'est également comme modificateur, mais aussi comme antiseptique que M. Nicaise emploie l'iodoforme (topique connu depuis longtemps et dont quelques chirurgiens abusent), soit sur les plaies cavitaires récentes auxquelles le pansement phéniqué est inapplicable, soit sur d'anciennes plaies anfractueuses et torpides. C'est ainsi que chez un jeune homme de dix-neuf ans, entré le 31 juillet, salle Malgaigne, n° 17, un bubon de l'aine gauche causé par un chancre mou du prépuce et déjà trop ancien pour être traité par l'application de vésicatoires (car il avait plus de huit jours de date) a été pansé à l'iodoforme après avoir été ouvert. Les effets de ce pansement ont paru excellents : la cavité se comble et la plaie diminue de jour en jour.

Nous rappelerons à ce sujet que le chloral est journellement employé comme antiseptique, particulièrement par les accoucheurs.

Quant au pansement phéniqué, il donne de très-bons résultats, dans ce service, comme dans tous les autres ; et il permet de faire sans danger, dans le voisinage des articulations, ou même sur elles, des opérations qu'on eût à peine osé tenter autrefois.

Nous citerons, par exemple, l'ablation faite par M. Nicaise, le 26 juillet dernier, sur une femme de cinquante-neuf ans, couchée actuellement salle Chassaignac, n° 22, d'une double tumeur hygromateuse énorme qui recouvrait le genou droit. La poche supérieure de cet hygroma double existait depuis plus de trente ans, l'autre avait paru il y a trois ans ; l'ensemble formait un volume égal ou supérieur à celui des deux poings. La peau était très-distendue, et il a fallu en exciser, après l'ablation de la tumeur, ce qui n'était pas nécessaire pour recouvrir cette plaie énorme. Grâce au pansement de Lister, la réunion s'est faite par première intention.

Il y a eu seulement comme complication cet érythème qu'on nomme *érythème phéniqué*, terme impropre, suivant M. Nicaise, car l'acide phénique n'y serait pour rien. Cette éruption ne paraîtrait jamais autour des plaies pansées à l'aide de tarlatane imbibée d'une solution d'acide phénique, même au vingtième ; elle serait, au contraire, fréquente toutes les fois qu'on aurait fait usage de la gaze fournie par le commerce et préparée suivant la formule de Lister, c'est-à-dire renfermant, outre l'acide phénique, de la colophane et de la paraffine. C'est à ces substances résineuses qu'il paraît donc le plus naturel de rattacher l'érythème en question.

TRANSFUSION DIRECTE DU SANG

Par le docteur ROUSSEL (de Genève).

SOIXANTIÈME TRANSFUSION DIRECTE. — *Fillette de sept ans : coxalgie scrofuleuse, rougeole, épistaxis graves répétées, agonie. Transfusion directe,* 90 *grammes, succès primitif; pneumonie* a frigore *intercurrente au septième jour; mort au neuvième jour.* 5 *mars* 1882.

Anamnèse. — A Tournan (Seine-et-Marne), l'enfant Henriette D..., âgée de sept ans, intelligente, chétive, à facies scrofuleux, boiteuse par ankylose angulaire de la hanche droite suite de coxalgie, est atteinte de rougeole grave le 1er *février;* bien soignée par le docteur Steibel, elle entre en convalescence.

Le 18 *février*, elle est prise d'un saignement par le nez, qui dure quatre heures et ne cède qu'à un tamponnement au perchlorure de fer; potion à l'ergotine. L'enfant se remet assez vite, elle mange bien, mais elle reste très-pâle.

Le 24, seconde épistaxis plus légère — ergotine, potion au perchlorure de fer, arséniate de strychnine.

Le 4 *mars*, troisième hémorrhagie, de six heures de durée — double tamponnement au perchlorure.

Le soir du 4 mars, l'enfant est prise de plusieurs syncopes, quelques-unes sont profondes et prolongées, avec grands mouvements convulsifs. Consultation entre les docteurs Steibel et Guerder (de Ferrières) qui décident, comme ressource ultime, de demander au docteur Roussel d'opérer une transfusion directe.

5 *mars,* 3 *heures du matin.* Je trouve l'enfant à l'agonie, complètement exsangue, sans voix; pouls 140, filiforme, intermittent, insensible à la radiale, la face et les extrémités sont froides.

4 *heures du matin.* Les docteurs Brochin et Steibel m'aident à la préparation de la veine, rendue très-difficile par l'étroitesse et la vacuité du vaisseau. Le sang qui s'en écoule n'est pas rouge, mais jaune-rose très-diffluent, incoagulable.

Le donneur de sang est M. Tricot, robuste ouvrier de vingt-cinq ans; son sang jaillit largement au premier coup de lancette et remplit l'instrument *transfuseur.*

4 *heures et demie.* Transfusion lente de 90 grammes; la veine de l'enfant se gonfle et ondule jusqu'à l'aisselle. Aucun malaise. Elle parle à voix haute, dit qu'elle se sent bien; elle est toujours pâle. Pouls 110, net, régulier.

5 *heures.* Après vingt minutes commence un léger frisson qui dure un quart d'heure — thé chaud, couvertures, bouillotte d'eau chaude.

5 *heures et demie.* Réaction chaude; pouls, 120.

7 *heures.* Sueur abondante — bouillon, eau de cognac.

8 *heures. Urine normale,* claire, sans albumine; face rose, lèvres rouges, yeux brillants; pouls 110, plein, régulier, sensible au bras et à la tempe; sommeil.

1 *heure après-midi.* Face colorée, nulle douleur; pouls 100, plein — bouillon chaud.

5 *heures.* État aussi satisfaisant que possible. Je quitte mon opérée en comptant enregistrer un succès de plus à l'actif de la transfusion directe.

Dépêches reçues, 6 *mars,* 6 *heures matin.* État général bon, couleurs légèrement rosées, soif vive; pouls 120.

7 *mars, matin.* Nuit calme, soif un peu vive; pouls, 108.

7 *mars, soir.* Soif toujours assez vive, peau pas trop chaude; pouls, 104.

8 *mars.* Nuit assez bonne, soif moins vive; pouls, 104.

9 *mars, matin.* A été changée de lit; s'est refroidie; nuit mauvaise; journée meilleure; pouls, 112. Légère douleur au bras; docteur Steibel craint pneumonie.

10 *mars.* Nuit assez calme; pouls, 120; légers frissons, toux.

11 *mars.* Nuit somnolente, respiration très-accélérée; pouls, 120; pneumonie double.

12 *mars.* Mort le soir.

La transfusion du 5 mars a sauvé l'enfant d'une mort imminente annoncée par les syncopes profondes et les grandes convulsions. Je regrette qu'une pneumonie intercurrente au septième jour soit venue m'obliger à ne compter qu'un demi-succès.

SOIXANTE ET UNIÈME TRANSFUSION DIRECTE. — 22 *avril* 1882. *Homme vingt-trois ans, uréthrite, uréthrorrhagie, sept hémorrhagies excessives par la verge; agonie. Transfusion,* 120 *grammes. Succès primitif; nouvelle hémorrhagie au dixième jour; mort;*

Anamnèse. — Charles T... (département de l'Oise), vingt-trois ans, licencié en droit, bonne constitution, noir de cheveux, a contracté une uréthrite aiguë en mars; il s'est fait soigner par correspondance avec un pharmacien. Dans la nuit du 16 *avril*, à 4 *heures du matin*, il fut baigné, dans son lit, de sang s'écoulant par la verge; levé par son père et placé sur un grand vase de nuit, il le remplit plus qu'à moitié de sang.

A 11 *heures*, une nouvelle hémorrhagie, un peu moindre.

A 4 *heures*, troisième hémorrhagie, d'un demi-vase de nuit, suivie de syncopes.

A 9 *heures du soir*, nouvelle perte de sang dans le lit; il annonce de grandes douleurs dans la verge, qui est enflée.

Le 18. Cinquième hémorrhagie très-abondante; douleurs de la verge, cris, grande terreur, syncopes, il se sent mourir.

Le 20, *à midi.* Sixième perte très-abondante, syncopes.

Le 21. Septième hémorrhagie, moindre; il est complètement exsangue; plusieurs syncopes très-graves, presque mortelles.

Personne n'a pu tirer de lui aucune confidence sur la cause de ces accidents si graves.

Son médecin, le docteur Noël, auteur d'un instrument à transfusion présenté à l'Académie par Broca, voyant, malgré tous ses soins, son malade prêt à mourir d'hypohémie aiguë, me demanda de venir opérer d'urgence une transfusion *in extremis.*

Le 22 *avril*, *à* 5 *heures du matin*, le docteur Brochin et moi, nous trouvons le malade sur un lit de camp tout ensanglanté. La verge, très-infiltrée, est engagée dans un gros tube de lampe qui sert de protection et de canal d'écoulement à l'urine et au sang.

Le malade et sa famille s'opposent absolument à tout examen local, de crainte d'une nouvelle hémorrhagie. L'état excessivement grave du patient, qui sort d'une syncope profonde avec convulsions, nous engage à hâter la transfusion, qui s'opère avec le concours des docteurs Noël et Brochin. La veine exsangue n'apparaît qu'après l'incision de la peau.

Le donneur de sang, M. Belony Herselin, âgé de vingt-trois ans, agent d'assurances, est saigné au premier coup de la lancette cachée dans le transfuseur, et fournit facilement 120 grammes de sang à son ami.

Peu de phénomènes primitifs, peu de douleurs, le pouls de 150 tombe à 110.

Le frisson commence après trente minutes et dure une demi-heure, avec pâleur de la face et concentration du pouls.

La réaction chaude commence lentement, mais devient très-forte, suivie de sueur abondante. Pouls 100, puis 120 tumultueux, la face se colore un peu, paroles vives, rapides; il veut boire constamment.

2 *heures. Urine normale*, sans albumine, abondante, pas d'hémorrhagie des corps caverneux; pas trace d'élimination du sang transfusé. Le malade n'osait uriner, il avait une grande frayeur d'une hémorrhagie pendant la miction.

Il est très-indocile, agité, se plaint sans cesse d'avoir trop chaud, il veut que j'enlève les édredons, il les repousse avec des mouvements si brusques des bras, qu'il occasionne un suintement sanguin par la veine opérée. Je suis obligé de placer un bandage serré et de lier le bras au corps en l'immobilisant dans un grand mouchoir triangulaire.

Bouillon, cognac, etc.

4 *heures.* Mieux, plus calme, il s'assoupit; pouls 110, plein, régulier.

10 *heures soir.* Bien; bouillon; bromure de potassium, 2 grammes; pouls 120; sommeil.

Pendant la nuit, une petite selle dure, urine normale, un peu de douleur dans la verge.

23 avril, 6 heures matin. La nuit a été bonne ; pouls 115, net, régulier ; lèvres colorées, sensation de vie, de bien-être ; bouillon à l'œuf bien supporté.

11 heures. Sommeil ; j'ordonne qu'on le nourrisse abondamment et souvent. — Bromure de potassium contre les érections possibles, dangereuses vu l'état de la verge. Cet organe, qui était fort tuméfié et infiltré, est redevenu à peu près de forme normale.

De concert avec les docteurs Noël et Roisin (de Crèvecœur), nous déclarons nécessaire de fermer les ruptures vasculaires, causes des hémorrhagies, en passant une grosse sonde dans l'urèthre, et de comprimer les corps caverneux par un bandage méthodique placé du gland à la racine de l'organe ; mais le patient et sa famille s'opposent obstinément, même à un examen, et nous n'obtenons aucun renseignement.

Je quitte mon opéré après lui avoir consacré quarante-huit heures, et je le confie dans le meilleur état possible à mes confrères.

Dépêches du père, 24 *avril.* Pouls, au matin, 100 ; le soir, 106.

25 *avril.* Charles va mieux ; le docteur Noël a autorisé deux côtelettes pour aujourd'hui. Pouls, 106.

26. Après une bonne nuit, pendant un sommeil prolongé, une érection survint, qui occasionna une hémorrhagie peu abondante, un demi-verre de sang. Grand effroi : que faire ? *Réponse :* Glace, bromure de potassium. J'écris pour recommander à nouveau au père de laisser faire les pansements et opérations nécessitées par la blessure de la verge.

27 *avril.* Le mieux continue ; bouillon, deux côtelettes.

28 *avril.* Même état, bonne alimentation, même traitement.

29 *avril.* Charles va assez bien, il a vomi une côtelette, le soir ; il en avait mangé deux au matin. Son bras est enflé.

30 *avril.* Le mieux s'accentue ; le bras est encore enflé.

Lettre du docteur Roisin. Tout était bien, mais, dans la nuit du 30 avril au 1er *mai*, il fut pris d'une nouvelle hémorrhagie par la verge qui se continua jusqu'au matin ; la glace fut impuissante à l'arrêter. Le malade perdit rapidement ses forces, et s'éteignit à 3 *heures du soir.*

La transfusion a certainement été très-utile au malade, elle a prolongé sa vie de dix jours, et a rendu de la plasticité au sang, mais elle était impuissante à fermer l'issue du sang, à travers une blessure toujours ouverte. Il aurait fallu pouvoir la compléter par une autre opération sur la verge, qui nous eût permis d'attaquer le mal dans sa source, qui nous est encore inconnue.

Je pense, avec le docteur Noël, que le mal consistait en un chancre uréthral, coïncidant avec une blennorrhagie intense. En somme, la transfusion a produit tout l'effet qu'on devait en attendre, et je n'hésiterais pas en un cas analogue à la conseiller.

(Signé) : Docteur Roisin.

En l'absence de tous renseignements, de tout examen et de toute autopsie, mais en se remémorant que Charles T. ne se plaignait pas, faisait activement ses affaires, et n'avait pas de suintement sanguin le 15 avril ; que, dans la nuit du 15 au 16, la première hémorrhagie se montra soudaine, très-violente, rapidement suivie de trois autres dans la même journée, on ne peut croire à un chancre du canal. Aucun symptôme n'indique davantage une hémorrhagie du rein. Le sang était rutilant et n'avait pas séjourné dans la vessie. Entre les hémorrhagies, l'urine était normale, donc le sang n'a jamais pénétré dans le réservoir vésical.

Une rupture violente du canal, avec déchirure des corps caverneux, produite par la main même du malade, pendant une érection, alors que la verge souffrait d'une chaude-pisse cordée aiguë, paraît seule avoir pu causer ces hémorrhagies rapidement devenues mortelles.

Malheureusement pour lui, Charles T. n'a voulu faire à ses médecins aucune confidence qui les mît sur la voie, et son incroyable entêtement, corroboré par celui de la famille, à dissimuler à tous la cause réelle des accidents, ainsi que le nom même de l'organe atteint d'une blessure manquant absolument de décorum, les a conduits à se priver volontairement des secours chirurgicaux les plus indispensables. Il serait encore vivant s'il les eût acceptés, car l'hémorrhagie dernière n'aurait pu se reproduire. L'engorgement du bras — causé par un bandage trop serré, ou peut-être maintenu trop longtemps, mais nécessité au premier jour par l'indocilité du malade — se fût rapidement dissipé pendant la convalescence déjà franchement établie.

On peut admettre que, même pendant la dernière hémorrhagie, une nouvelle transfusion aurait eu le même bon résultat que la première, et que le malade aurait été sauvé une seconde fois, en admettant, bien entendu, que la transfusion fût accompagnée d'une sérieuse opération de contention sur le canal de l'urèthre et les corps caverneux.

En somme, les deux opérations relatées aujourd'hui sont de réels succès pour la méthode de transfusion directe.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 août 1882. — Présidence de M. Guéniot.

COMMUNICATIONS

Tétanos. — **M. Chauvel** lit un rapport sur un travail de M. Motti relatif à une observation de tétanos traumatique dans laquelle l'auteur croit devoir admettre l'existence d'une lésion du sympathique. Il existait un ganglion supérieur au cou, du côté opposé à la lésion qui siégeait à la jambe. M. Motti se demande si, dans un cas de ce genre, il ne faudrait pas pratiquer l'élongation du sympathique. L'examen histologique de ce nerf n'a révélé aucune altération. L'observation d'ailleurs ne mentionne aucun symptôme du côté du larynx. Il n'y avait donc pas lieu, selon M. le rapporteur, de pratiquer l'élongation du nerf sympathique.

M. Marc Sée appuie la conclusion de M. Chauvel.

M. Desprès croit que l'élongation des nerfs, dans les cas de tétanos traumatique, est une bonne opération.

M. Tillaux, dans un cas de tétanos aigu traumatique, a pratiqué l'élongation du nerf médian et du nerf radial. Il n'a rien obtenu. Antérieurement, il avait pratiqué des injections de chloral dans les veines et il avait, comme toujours en pareil cas, obtenu un résultat satisfaisant immédiat, résultat qui malheureusement ne s'est pas maintenu, le malade ayant succombé.

M. Marchand, ayant eu connaissance de plusieurs observations de tétanos, dans lesquelles l'élongation des nerfs n'a pas produit de résultats, a pratiqué d'emblée, dans un cas de ce genre, la section du nerf sciatique. Cette opération, qui lui paraissait préférable à l'élongation, est également demeurée sans effet.

M. Verneuil fait observer que l'intérêt de l'observation de M. Motti résiderait dans ce fait que le traumatisme ayant eu lieu sur la jambe gauche, ce sont les ganglions du cou du côté opposé qui se sont engorgés. Ce fait prendrait une grande valeur s'il y avait eu des phénomènes laryngiens. Quant au traitement du tétanos traumatique, il est à peu près démontré aujourd'hui que toutes les tentatives chirurgicales donnent de mauvais résultats, comme il ressort d'un excellent travail de M. Richelot sur ce sujet. Ainsi que l'a depuis longtemps montré le premier M. Verneuil, le moyen le plus efficace et le plus puissant est incontestablement le chloral à hautes doses, associé ou non, selon les indications, à la morphine, à l'élongation ou à la section des nerfs, ou même à l'amputation immédiate du membre, mais surtout à l'immobilisation du malade.

M. Désormeaux rappelle avoir fait il y a longtemps un rapport sur un mémoire de M. Chalmers relatif aux bons effets de l'opium à hautes doses dans le traitement du tétanos. M. Désormeaux a lui-

même obtenu d'excellents résultats de ce traitement, à condition de donner 60 centigrammes, 80 centigrammes et même 1 gramme d'extrait thébaïque par jour. Pendant six jours, sur six cas de tétanos ainsi traités, il a eu six guérisons.

M. LE DENTU, tout en reconnaissant l'efficacité relative du chloral à hautes doses dans le traitement du tétanos, rapporte deux cas dans lesquels ce traitement a échoué. Dans ces deux cas, il a cependant poussé la dose jusqu'à 15 grammes par jour, en cinq lavements de 3 grammes. Dans l'un même, il y a associé le nitrate de pilocarpine en injections sous-cutanées. Ces deux malades ont succombé dans l'espace de vingt-quatre à quarante-huit heures. Il ne faudrait donc pas se laisser aller à trop d'enthousiasme sur la valeur de cette médication.

M. DESPRÈS fait observer que M. Chalmers, cité par M. Désormeaux, avait emprunté l'emploi de l'opium à Monnerot, qui a poussé la dose d'opium, dans le tétanos, jusqu'à 7 grammes par jour.

M. FORGET demande à M. Verneuil où en est la question du traitement du tétanos par le chloral, question déjà soulevée il y a seize ans.

M. VERNEUIL répond que, dans l'état actuel de la science, le traitement par le chloral administré d'une certaine façon, associé ou non, selon les indications, aux moyens qu'il a rappelés, est celui qui, dans le tétanos traumatique, donne le moins d'insuccès, la guérison étant obtenue dans un tiers des cas.

Doigts surnuméraires. — **M. VERNEUIL** fait un rapport sur une observation communiquée par M. le docteur Chrétien (de Nancy) et dans laquelle il s'agit d'un enfant de dix ans qui portait un pouce surnuméraire, conique, pointu, mobile, c'est-à-dire articulé. Cet enfant avait déjà été amputé, à six mois, de ce pouce qui, dans la suite, sembla avoir repoussé. Velpeau, M. Le Dentu ont publié des faits analogues. M. Chrétien explique cette apparente repullulation par les lois de l'ossification. Il s'est passé, en effet, ce que M. Verneuil a décrit sous le nom de conicité physiologique des moignons chez les jeunes enfants. En présence de ce fait, il y a donc lieu de modifier le manuel opératoire habituellement employé pour l'amputation de ces doigts surnuméraires. Quand un de ces doigts naît dans la continuité d'une phalange, il suffit de le réséquer en rasant l'os à son insertion. Quand il s'agit, au contraire, d'un doigt surnuméraire articulé, alors l'amputation devient insuffisante et c'est la désarticulation qu'il faut pratiquer. M. Verneuil a eu recours plusieurs fois à cette opération, il n'a pas eu d'arthrite, ni d'ankylose. L'arthrite serait encore bien moins à craindre aujourd'hui avec les pansements antiseptiques ou le pansement ouaté qui est encore préférable chez les jeunes enfants.

M. LE DENTU trouve rationnelle l'explication de la reproduction du pouce donnée par M. Chrétien. Quant à la question de médecine opératoire tranchée par M. Verneuil dans le sens de la désarticulation, M. Le Dentu partage entièrement cet avis. Il cite un cas où il a pratiqué cette opération sans avoir eu le moindre accident inflammatoire.

M. DESPRÈS aurait, à la place de M. Chrétien, préféré attendre le développement complet de cet enfant pour l'opérer ensuite selon la méthode de Sedillot. Quant au pansement qui convient le mieux dans ces cas, c'est incontestablement la cloche de diachylon ou le pansement occlusif de Chassaignac. Dans deux cas de ce genre il a donné à M. Després d'excellents résultats.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE appuie l'opinion exprimée par MM. Verneuil et Le Dentu sur l'opportunité de la désarticulation, d'autant plus que cette opération n'offre pas de dangers sérieux. Deux fois il l'a pratiquée avec succès et sans accidents. Il n'y a à craindre qu'une petite hémorrhagie facile à arrêter. Contrairement à M. Després, il pense qu'il y a tout avantage à opérer ces enfants très-jeunes. Enfin, chez les enfants, il faut se garder d'employer les pansements phéniqués et remplacer l'acide phénique par l'acide borique.

M. FARABEUF a disséqué un pouce qui avait aussi subi l'amputation d'un doigt surnuméraire. Il s'agissait d'une femme de trente ans. Il y avait seulement au niveau du point de l'amputation, sur la tête du métacarpien, un petit tubercule osseux de 8 millimètres. Cela prouve que cette repullulation ne se produit pas dans tous les cas.

M. POLAILLON a vu et opéré un assez grand nombre de doigts surnuméraires. Ils affectent plusieurs formes. Ils naissent presque toujours sur le bord cubital. Tantôt c'est un petit tubercule cutané comprenant du tissu cellulaire sous-cutané et, au centre, une petite masse de cartilage ou d'os, quelquefois terminé par un ongle, toujours appendu par un pédicule plus ou moins large. Quand ce tubercule est petit, il suffit de placer un fil et de sectionner au-dessus. Dans d'autres cas, M. Polaillon a eu recours à l'anse galvanique. Quand le doigt est formé et articulé, il ne faut pas hésiter à l'amputer dans l'articulation. Le pansement ouaté est celui qui convient le mieux dans ces cas.

M. LE DENTU, à l'appui de l'opinion émise par M. Lucas-Championnière sur les dangers de l'acide phénique chez les jeunes enfants, cite le fait suivant : Chez un jeune enfant porteur d'un kyste congénital du cou, il pratique plusieurs incisions, passe des tubes à drainage dans les ouvertures et panse avec l'acide borique. Quelques jours après, cet enfant rend des urines noires. Renseignements pris, les tubes à drainage avaient macéré dans l'acide phénique. Cela avait suffi pour déterminer ces accidents. Il faut donc insister sur les dangers de l'acide phénique chez les très-jeunes enfants.

Abcès tuberculeux. — **M. RICHELOT** lit une observation d'abcès tuberculeux sous-ombilical.

La séance est levée.

CORRESPONDANCE

Paris, le 7 août 1882.

MONSIEUR LE DIRECTEUR,

Je viens de lire, dans le numéro du 3 août (1882) de votre estimable journal, une lettre dans laquelle un de vos correspondants revendique la paternité d'un de mes appareils pour fractures du fémur.

Les termes dans lesquels est faite cette revendication qui, à ce qu'il paraît, n'est pas la première, ce que j'ignorais absolument, l'obscurité de certaines phrases, les erreurs conscientes ou inconscientes qu'elle renferme, m'ont tout d'abord fait hésiter à y répondre. Comme je tiens par-dessus tout à ce que ni votre correspondant ni tout autre, ne puisse m'accuser de plagiat, j'ai hâte de mettre fin à cette réclamation. L'auteur de la lettre n'a jamais vu le dessin de mes appareils, ni lu ni entendu faire une description s'y rapportant, autrement sa prétention serait inexplicable. Il y a eu évidemment confusion dans son esprit, comme je vais le démontrer :

N'ayant aucune idée du système de déligation — que je m'étais approprié, — j'ai dû me reporter au nº 20 de la *Gazette des Hôpitaux* (1863) où, paraît-il, il est décrit. Peine perdue ; c'est au nº 35 que j'ai trouvé l'observation.

Il s'agit d'un militaire qui, en tombant d'une hauteur de 11 mètres, s'était fait une plaie de tête assez grave et une fracture du fémur, vers la partie moyenne. Le lit étant disposé de façon que la tête fût plus basse que les pieds de 18 à 20 centimètres, le pied et la jambe du membre blessé furent fixés à une traverse du lit au moyen d'une bande. L'extension était donc faite par le tronc reposant sur un plan incliné descendant, et la contre-extension par le pied et la jambe attachés au lit.

Dans cette observation, j'ai trouvé deux idées originales. La première, toute neuve, est le traitement des plaies de tête par la déclivité ; la seconde est de faire agir tout le tronc comme moyen d'extension, tandis que Dupuytren se contentait du bassin, dans son double plan incliné.

Il s'agit maintenant d'établir le parallèle entre le mode d'extension de votre correspondant et le mien :

LE SIEN.	LE MIEN.
Extension faite par le tronc.	Extension faite par la jambe.
Contre-extension appliquée sur le pied et la jambe.	Contre-extension appliquée sur les deux côtés du bassin.
Membre dans la rectitude.	Jambe fléchie.
Cuisse blessée rapprochée de celle du côté opposé.	Cuisse blessée écartée (en abduction).
Pieds élevés.	Pieds en bas.
Tête et tronc en bas.	Tête et tronc élevés.
Tronc et membres inférieurs reposant sur un plan incliné descendant.	Tronc reposant sur un plan incliné ascendant.
Malades condamnés à l'immobilité dans le décubitus dorsal.	Malades pouvant s'asseoir et rester assis aussi longtemps qu'ils le veulent.

Pour des frères jumeaux on ne pouvait guère, en vérité, s'attendre à trouver des caractères de famille moins tranchés. C'est la seule raison à invoquer en faveur de la méprise de votre correspondant, qui probablement croit reconnaître son bien dans l'appareil américain importé à Paris il y a quatre ou cinq ans. En effet, entre ce dernier et son système de déligation, un esprit superficiel pourrait trouver une certaine ressemblance. Dans l'un et dans l'autre, le blessé a les pieds en haut et la tête en bas ; seulement, dans l'appareil américain l'extension est appliquée sur le pied et la jambe, tandis que dans le sien elle est faite par le tronc. Néanmoins il y a une similitude de position qui, pour quelqu'un poussant l'amour de la paternité jusqu'à réclamer les enfants des autres, pourrait donner matière à procès. Mais alors c'est aux chirurgiens du nouveau monde qu'il doit adresser sa revendication, et non à moi. Et serait-elle mal accueillie, qu'il devrait s'en consoler, car la perte ne serait pas grande.

N'avez-vous pas été touché, Monsieur le Directeur, par les malheurs de ce pauvre mémoire — le mien — allant contre vents et marées, malgré les statuts en vigueur de l'Académie des sciences, à la Faculté de médecine, où, enfin, il récolte, par surprise, une couronne destinée à votre correspondant. Envoyé d'abord à la première de ces sociétés savantes en 1869, où heureusement il fut confié à un rapporteur qui ne devait y être admis que quelques années plus tard, — je dis heureusement, — car si Sédillot, comme l'appelle si familièrement l'auteur de la lettre « n'avait pas imposé l'autorité de son expérience (sous entendu *manu militari*), on ne sait au juste jusqu'où cet *écartèlement* pourrait allonger les membres ».

Savez-vous par quel instrument de supplice, digne de l'Inquisition, cet écartèlement était obtenu ? Tout simplement par le système de déligation — les sergents de ville diraient ligottage — dont votre correspondant prétend être le père.

N'est-ce pas le cas de dire qu'on n'est jamais trahi que par les siens ?

Recevez, je vous prie, Monsieur le Directeur, l'expression de mes meilleurs sentiments confraternels.

Dr J. Hennequin.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous recevons de l'Association française pour l'avancement des sciences la seconde liste suivante des communications qui doivent être faites dans la section des sciences médicales du congrès de La Rochelle :

M. Chassagny. — Appareil élytro-ptérygoïde.

M. Duplouy. — Sur les injections interstitielles dans certaines tumeurs cancéreuses.

M. Dransart. — Anémie, nystagmus et héméralopie chez les mineurs.

M. Giard. — Sur le *Crensthrix külmana* bactérien qui détermine en ce moment l'infection des eaux potables de la ville de Lille.

M. Gougenheim. — Des syphilides tertiaires laryngo-trachéales.

MM. Albert Hénocque et Éloy. — Étude expérimentale des fonctions des nerfs phréniques et des contractions du diaphragme.

M. Houzé de l'Aulnoit. — Relation de deux cas d'ovariotomie.

M. Manouvrier. — Sur le développement comparé des diverses régions du crâne dans les deux sexes.

M. Maury (E.). — Sur les vomissements incoërcibles de la grossesse guéris par la cautérisation du col utérin.

M. Monod (Ch.). — Sur la cure des fistules recto-vulvaires et recto-vaginales inférieures par l'incision et la périnéorrhaphie immédiate.

M. Mothais. — Contribution à l'étude de l'anatomie comparée de l'œil. Considérations pratiques sur le traitement du strabisme ; de l'emploi méthodique des louchettes après la strabotomie. Recherches sur l'état de la réfraction des yeux dans les collèges.

M. Nepveu. — De la résection pathologique de l'articulation radio-carpienne.

M. Pitres. — Sur les déformations du thorax qui produisent la voussure chez les pleurétiques.

M. Rigabert. — Sur deux observations de pullulation vaccinale généralisée.

M. Stagienski. — Nouvelles observations sur l'efficacité des bains de mer en Algérie, chez les enfants en bas âge. De l'eau minérale calcique de l'Oued-Miemin, près de Philippeville.

M. Verger. — Un cas de scorbut observé à la campagne chez un enfant à la mamelle.

M. Voisin. — Sur les résultats du traitement des asphyxiés par submersion, à Paris, dans les nouveaux pavillons de secours aux noyés.

M. Vovard. — Traitement de la méningite des enfants.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 13244.

N° 94. — MARDI 15 ET JEUDI 17 AOUT 1882. 55e ANNÉE. MARDI 15 ET JEUDI 17 AOUT 1882. — N° 94.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOPITAL DE LA CLINIQUE. — M. Depaul.

Version pelvienne.

I

Avant de procéder au manuel opératoire de la version pelvienne, il est quelques précautions générales à prendre que je dois vous signaler. C'est, tout d'abord, de prévenir la femme de la petite manœuvre que vous allez faire, car nulle opération ne doit être pratiquée sans l'autorisation du malade, et sans en avoir aussi prévenu les proches. Ceci est une règle des plus élémentaires à laquelle vous ne devez jamais manquer.

En second lieu, vous aurez recours au chloroforme, sauf certaines contre-indications spéciales.

Enfin, la femme sera couchée sur un lit assez haut, placée en travers et sur le bord dudit lit, tandis que l'opérateur se placera directement en face d'elle.

Autre question : avec quelle main faut-il faire la version? Sauf certaines impossibilités on a fixé les règles à suivre selon que l'on aura affaire à une présentation de la tête ou à une présentation de l'épaule.

Pour l'épaule il y a aussi deux présentations : l'épaule droite ou l'épaule gauche, et pour chacune d'elles deux positions. Tout médecin qui pratique l'art des accouchements doit savoir reconnaître, dans tous les cas, la présentation et la position de l'enfant. Pour lui le ventre doit être, pour ainsi dire, transparent.

Certains accoucheurs ont dit que l'on devait faire la version avec la main qui correspond de nom avec l'épaule qui se présente, sans s'occuper de la position de ladite épaule.

D'autres praticiens, précisant davantage, ont dit que la version devait être pratiquée avec la main droite dans la première position de l'épaule droite ou gauche, et avec la main gauche dans la seconde position, que l'on ait affaire à l'une ou l'autre épaule indifféremment.

Enfin il y a une troisième opinion qui indique la main droite quelle que soit la position, quelle que soit aussi l'épaule qui se présente, quitte à changer de main, si l'on ne peut réussir avec la droite.

Quant à moi, voici comment je pratique : épaule droite, main droite; épaule gauche, main gauche; et si l'on peut arriver facilement au fond de la cavité utérine, on suit son chemin.

La question de la main est également à décider pour la présentation de la tête qui nécessite la version. En deux mots la voici : position occipito-latérale droite, main droite; occipito-latérale gauche, main gauche.

Autre petit détail qui n'est pas insignifiant, c'est que l'opérateur doit retirer son habit et se mettre en bras de chemise, à moins qu'il n'ait, comme autrefois le docteur Moreau, un habit obstétrical, c'est-à-dire à manches tellement larges qu'il pouvait les remonter au-dessus des épaules.

Passons maintenant au manuel opératoire.

La version se fait en trois temps : 1° introduire la main jusqu'aux extrémités pelviennes; 2° y prendre son point d'appui et retourner l'enfant; 3° procéder à l'extraction dudit enfant.

L'introduction de la main est un temps très-important qui n'est pas toujours sans danger. Ceci me conduit à vous rappeler tout d'abord les contre-indications de la version telles qu'une rétraction trop forte de l'utérus, la mort de l'enfant ou l'engagement trop avancé. Il en est de même lorsque, par suite de tentatives répétées et infructueuses d'un de nos confrères ou d'une sage-femme, les parties fœtales ne sont plus dans leurs rapports normaux au moment où, à votre tour, vous vous trouvez appelé auprès de la malade. Telle était, par exemple, cette femme qui nous est arrivée ces jours derniers, en travail depuis soixante et une heures et chez laquelle la tête de l'enfant était très-élevée avec présentation de la région latérale du tronc ou des lombes, présentation qui avait, selon toutes probabilités, succédé à une présentation de l'épaule.

Lorsque l'utérus est rétracté, il y a un petit traitement à faire, à moins que l'enfant ne soit mort, auquel cas on pratique l'embryotomie. Mais si l'enfant vit encore, on laisse reposer la femme et on lui administre de l'opium en lavement et en pilules, en même temps qu'on lui prescrit un grand bain. La femme est-elle forte, pléthorique? on lui pratique une saignée du bras.

Lorsque la femme est depuis plusieurs jours en travail, l'utérus enflammé peut se déchirer; de là encore certaines précautions à prendre : n'entrer que doucement, sans au-

cune violence dans la cavité utérine, et surtout savoir s'arrêter à temps, s'il est nécessaire, de peur d'accidents qui sont toujours à redouter en pareils cas. Ainsi donc pas de violence, mais de la douceur toujours, comme dans toute application de forceps, celle-ci ne devant jamais être douloureuse quand elle est bien faite.

Il faut aussi avoir soin de graisser la face dorsale de la main, ainsi que l'avant-bras jusqu'au coude, toute cette portion du membre supérieur de l'opérateur, sinon plus même, devant pénétrer dans les organes génitaux de la femme.

Quelques règles encore à observer : 1° avant d'introduire l'une de vos mains, l'autre, ou celle d'un aide, si vous en avez à votre disposition, devra embrasser pleinement le fond et le corps de la matrice, l'abaisser et la soutenir pour l'empêcher de remonter et de fuir devant l'opérateur, pour éviter aussi toute déchirure du vagin et tout décollement; 2° choisir le moment où la matrice ne se contracte pas pour introduire la main.

Maintenant, la main étant introduite, quel chemin faut-il suivre? un chemin plus ou moins long, selon que l'on a affaire à une présentation de la tête ou de l'épaule, à la variété acromiale ou cubitale de l'épaule.

La direction à suivre est tout d'abord celle d'un canal courbe à concavité antérieure et convexité postérieure, d'où, pour pénétrer dans le vagin, la main devra suivre une courbe de haut en bas, puis de bas en haut, afin de gagner l'axe du col de l'utérus.

Les dimensions de la vulve sont très variables. Chez la femme jeune, primipare, les organes génitaux ne se dilatent pas très-vite; du reste, cela dépend aussi quelque peu du dilatateur naturel. La femme qui a déjà eu des enfants jouit généralement d'une vulve plus large, sauf quelques exceptions, notamment les femmes rachitiques.

Il y a donc des cas où vous introduirez tous les doigts à la fois, et d'autres dans lesquels vous ne pourrez faire pénétrer que successivement 1, 2, 3 et 4 doigts, après quoi vous arrivez dans une vaste ampoule pour de là gagner le col de l'utérus. Celui-ci est dilaté ou dilatable. Dilaté? les deux battants vous sont ouverts, point de difficultés. Dilatable? on passe successivement 1, 2, 3 doigts, etc., comme pour l'entrée du vagin. Si, par contre, il n'est pas suffisamment dilatable, vous attendrez un peu, à moins, cependant, que le cas ne soit trop pressant.

Les membranes sont intactes ou rompues. Intactes? il ne faut pas les ouvrir brusquement, mais peu à peu et lentement les décoller, pour ne pas décoller en même temps le placenta, ce qui donnerait lieu à une hémorrhagie plus ou moins grave.

Ceci fait, il faut aller là où l'on peut, là où l'on trouve de la place, et généralement du côté du plan antérieur de l'enfant pour gagner les extrémités pelviennes, que vous reconnaîtrez à leurs caractères particuliers, caractères sur lesquels je n'ai pas à insister ici. Je vous en ai déjà parlé en maintes occasions.

Dès que vous les avez reconnues, vous prenez votre point d'appui sur ces extrémités pelviennes et vous saisissez les deux pieds, si les parties fœtales sont en place dans leurs rapports normaux; si, au contraire, la chose est difficile vous vous contentez d'un seul pied et vous retournez l'enfant, comme je vous le dirai dans la prochaine leçon. J'ajouterai seulement, avant de terminer, que sur dix versions j'en fais sept avec un seul pied.

HOPITAL NECKER. — M. Trélat.

I. Fongosités tendineuses du médius de la main droite. II. Tubercules de la langue, crevasse, ulcérations.

Les deux malades dont je vous parlerai aujourd'hui ne sont pas atteints d'affections rares, mais ils présentent de réelles difficultés de diagnostic importantes à connaître.

I. Le premier fait est celui d'une jeune fille de dix-neuf ans, domestique, qui s'est toujours bien portée, bien qu'elle ait été quelque peu strumeuse dans son enfance. Depuis dix mois environ, elle n'a pas eu ses règles, celles-ci ont été remplacées par des pertes blanches abondantes; cependant elle n'est pas, que nous le sachions, enceinte. Du reste, nos investigations de ce côté n'avaient pas un intérêt bien marqué pour nous.

Il y a dix-huit mois, elle a commencé à éprouver, à la face palmaire du doigt médius de la main droite, des douleurs assez vives lorsqu'elle voulait fermer la main. En même temps, le doigt commençait à se tuméfier dans toute son étendue, mais cette tuméfaction était plus considérable au niveau de la première phalange.

La flexion et l'extension étaient devenues, par suite, assez difficiles. Puis, peu à peu l'extrémité du médius diminua sensiblement et reprit au bout de quelque temps son volume normal. Depuis lors les douleurs ont également diminué. Actuellement elles sont à peu près nulles, il n'y a plus d'élancements spontanés, et la malade ne souffre plus de son doigt, que lorsqu'on cherche à lui imprimer quelques mouvements.

Cependant, elle ne peut plus étendre ce doigt, et quoi que l'on fasse pour y parvenir, on ne réussit pas non plus à obtenir cette extension. De plus, la tuméfaction bilatérale du médius rend le rapprochement des doigts assez difficile. Le gonflement de la face palmaire au niveau de la première phalange est mou, sans fluctuation; la peau ne présente pas un changement de coloration bien marqué, elle est seulement un peu violacée au côté interne, elle est aussi amincie. Ce gonflement palmaire soulève d'une façon très-nette l'aponévrose palmaire, il dessine une tumeur fusiforme, parallèle au tendon fléchisseur, et se continue vers l'articulation radio-carpienne.

Si l'on examine les changements que la tumeur peut subir dans les différents mouvements que l'on cherche à imprimer au doigt malade, on remarque que pendant la flexion elle recule vers le poignet. De plus, phénomène capital, si l'on vient à presser avec l'ongle sur la tête du métacarpien, chaque fois que l'on fait fléchir ou étendre le doigt, on provoque une crépitation rude en poussant sur cette tête le tendon fléchisseur. Cette crépitation se produit normalement chez nous tous, mais jamais avec une rudesse aussi grande.

En résumé, donc : jeune fille scrofuleuse; tumeur datant de dix-huit mois, douloureuse au début, à peu près indolore actuellement, fusiforme, située au niveau de la première phalange, molle, sans fluctuation et adhérente à la peau; mouvements gênés et limités; crépitation forte. En présence de cette symptomatologie, à quoi avons-nous affaire?

Le diagnostic est assez difficile. Tout d'abord il ne s'agit pas d'une affection du squelette ; celui-ci est indemne, la tuméfaction est assez mobile et le périoste n'est pas atteint. L'adhérence de la tumeur à la peau nous indique qu'elle est

sous-cutanée, superficielle; de plus elle suit la direction du tendon. Serait-elle donc tendineuse? Non, pas absolument, puisque le tendon continue à remplir ses fonctions, en grande partie du moins, et que c'est le volume seul de la tumeur qui limite ses mouvements d'extension.

La tumeur confine donc au tendon à la face palmaire, sans que celui-ci soit atteint au niveau de son pont fibreux; mais elle est en rapports intimes avec lui, en avant de ce pont, c'est-à-dire à la partie supérieure. Dans ces conditions, nous pouvons dire que la direction de cette tumeur, sa forme allongée, sa souplesse, sa mollesse sans fluctuation, son développement et les douleurs du début sont caractéristiques de fongosités tendineuses.

Ces fongosités, longtemps confondues avec des tumeurs sarcomateuses graves, ont été très-bien décrites sous leur véritable aspect, pour la première fois en 1857, par M. le docteur Bidard. Depuis lors on a reconnu qu'elles se rattachaient au sarcome élémentaire qui représente les bourgeons charnus, constitué par conséquent par des cellules jeunes et des formations vasculaires.

Ces fongosités sont donc beaucoup plus gênantes que graves, et, de plus, elles ont toujours une tendance à progresser et à s'ulcérer. Cela arriverait infailliblement ici, où la peau présente déjà une première teinte violacée, si nous n'intervenions pas promptement. Aussi nous paraît-il nécessaire d'en pratiquer l'ablation après avoir préalablement endormi la malade.

II. Notre second malade est un homme de trente-six ans, employé, sans antécédent personnel ou héréditaire. Il a eu quatre enfants, tous quatre décédés, les deux premiers mort-nés, les deux autres morts promptement. Il a été plusieurs fois soigné à Beaujon pour des bronchites. Il n'a jamais eu d'hémoptysies.

Depuis deux mois, il s'est aperçu de l'existence d'une crevasse située à la face dorsale de la langue du côté gauche, et de plus, il y a trois semaines environ, de petites ulcérations se sont formées en avant sur le bord gauche du même organe. Il n'a jamais eu de bien grandes douleurs, mais plutôt de la gêne en parlant ou en mangeant, cependant le passage du bol alimentaire sur la crevasse était assez douloureux. Le tout s'accompagne depuis quelques semaines d'un très-léger gonflement des ganglions médians sous-maxillaires.

Cet homme n'a pas maigri, et il a conservé un appétit normal.

L'examen de la langue nous montre la crevasse susmentionnée, dirigée de dedans en dehors et d'arrière en avant de la partie médiane vers le bord. Elle est un peu plus large au milieu qu'à ses deux extrémités, en avant elle est d'une coloration grise, tandis qu'en arrière, où elle est en voie de guérison, sa teinte est rose. Sur le côté de la langue, toujours à gauche, on trouve l'organe épaissi et un peu rouge en avant; à sa partie inférieure, l'on remarque aussi trois plaques jaunâtres ulcérées et quatre petits points.

Les deux petits ganglions symétriques, latéraux, sous-maxillaires ne présentent point la dureté de l'épithélioma, ils sont simplement un peu engorgés.

Le médecin qui a soigné cet homme avant son entrée dans nos salles a mis sur la carte qu'il m'a envoyée : Épithélioma, syphilis, tubercule ou morsure de la langue. Examinons donc auquel de ces diagnostics nous devons nous rattacher.

1° Morsure de la langue. Nous pouvons dire tout de suite : Non, une morsure n'aurait pas cette durée après deux mois de gargarisme avec le chlorate de potasse. De plus cela n'expliquerait pas les petites ulcérations du bord de la langue survenues il y a trois semaines, le malade étant en cours de traitement.

2° Épithélioma. Non pas davantage, la lésion est beaucoup plus récente; de plus, si nous avions affaire à une de ces formes trompeuses, à un épithélioma profond, térébrant, il existerait une tumeur ou tout au moins une grosse induration. Ce ne saurait être non plus un épithélioma superficiel caractérisé par un envahissement graduel, à ulcération plate avec tuméfaction plus ou moins profonde, indurée, sous-jacente.

3° Syphilis. Serait-ce une de ces glossites secondaires ou tertiaires, si bien représentées sur les planches publiées par M. Fournier? Ces glossites, à quelque variété qu'elles appartiennent, ont une marche envahissante, progressive, finissant par occuper peu à peu tout l'organe, tandis qu'ici la lésion est restreinte et limitée. De plus, notre malade ne présente aucun antécédent syphilitique.

4° Tubercule. Reste donc le tubercule. Notre hésitation serait de très-courte durée ou mieux n'existerait pas du tout, si cet homme présentait un signe de plus, la douleur, et un signe de moins, le petit engorgement ganglionnaire. En effet, les tubercules de la langue sont le plus souvent très-douloureux, et ils ne s'accompagnent jamais d'adénite, car ce n'est pas par propagation lymphatique que le tubercule s'étend aux autres organes.

Quelquefois cependant on a constaté un léger gonflement ganglionnaire comme dans une affection de la gorge ou des gencives et sans plus d'importance, engorgement symétrique, bilatéral, ni dur, ni volumineux, comme chez notre malade. La douleur est un caractère qui manque rarement dans les tubercules de la langue, pourtant nous en avons observé deux cas à la Charité, où cette douleur était à peu près nulle, ce qui m'avait assez vivement intrigué. La thèse de M. Spillmann rapporte aussi un cas de tubercule de la langue à peu près indolore.

En résumé, nous croyons donc pouvoir, d'après les caractères de la crevasse dorsale et des ulcérations du bord lingual à fond jaunâtre, d'après les petits points avoisinants qui ne sont autre chose que des ulcérations au début, d'après l'évolution et le siège de ces lésions, nous croyons, disons-nous, pouvoir considérer celles-ci comme des tubercules de la langue.

Le pronostic nous en semble grave, car bien que l'on ait dit que ces tubercules pouvaient guérir, cependant l'immense majorité des individus qui en ont été atteints ont succombé plus ou moins rapidement.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Jules Simon.

I. Parallèle de la pneumonie et de la pleurésie chez l'enfant, traitement de la pleurésie. — II. Des soins consécutifs à la trachéotomie.

I. Un petit enfant nous a été amené, présentant à notre examen des sommets suspects, du souffle, de la matité et les signes enfin d'un épanchement pleural d'une certaine intensité.

Je veux en profiter pour vous faire ici le diagnostic diffé-

rentiel de la pleurésie et de la pneumonie chez les enfants. Chez eux, du reste, les caractères de ces deux affections sont généralement si distincts qu'il est facile de les tracer et de les mettre en relief.

La pneumonie débute par un frisson, frisson véritablement initial, par des vomissements, par des convulsions et par une fièvre violente. Il n'y a pas de point de côté. La respiration est accélérée et son rhythme peut s'élever jusqu'à 60 par minute. Le petit malade éprouve une sorte de chatouillement continu dans la gorge, qui le fait incessamment tousser, d'une toux petite et sèche. Pendant les premières quarante-huit heures, les signes physiques fournis par l'auscultation et la percussion sont nuls ou à peu près nuls.

Si la pneumonie a son siège à la base de l'organe pulmonaire, il existe quelquefois une douleur à la pression; mais la percussion, je le répète, ne nous fournit encore aucun élément de diagnostic. Elle ne nous apprend absolument rien, surtout s'il s'agit d'une pneumonie droite de la base, la matité pouvant tout aussi bien appartenir au foie qu'au poumon, au foie qui est toujours très-volumineux chez l'enfant.

Les seuls signes fournis par l'auscultation pendant les deux premiers jours, quand ils ne sont pas complètement nuls, sont seulement caractérisés par l'absence du murmure respiratoire, par une apnée plus ou moins absolue, et, dans l'expiration, par une sorte de petite note muette que l'on perçoit dans le lointain.

La pleurésie, au contraire, n'a ni le début violent, subit pour ainsi dire, de la pneumonie, ni son appareil général, point de vomissements, point de convulsions, point de mouvement fébrile marqué. C'est au point même que parfois la pleurésie aiguë reste pendant quelque temps complètement méconnue des parents, tout attentifs qu'ils soient à la santé de leur enfant. Ils prennent la maladie, pendant les premiers moments, pour un simple rhume, et au bout de sept ou huit jours l'enfant est levé. C'est ainsi que les parents souvent nous l'amènent à notre consultation ou à l'hôpital, ne se doutant nullement de l'existence d'un épanchement pleural.

Cependant, dans la pleurésie, il existe un phénomène particulier que nous ne retrouvons pas dans la pneumonie; je veux parler du phénomène douleur, qui siège, non pas sous le sein comme chez l'adulte, mais qui, par une particularité bizarre que nous ne pouvons expliquer, se localise dans le flanc du côté malade. Ce n'est pas une névralgie intercostale comme dans la pleurésie de l'adulte, mais une douleur irradiant dans quelques-uns des filets nerveux des parois de l'abdomen.

Chez l'enfant atteint de pleurésie, la fièvre est légère, le petit malade a peu d'appétit, il est constipé, il dort mal, enfin il se plaint d'une douleur dans le ventre, douleur qui doit faire songer aussitôt à l'existence d'une inflammation de la plèvre. Le rhythme de la respiration n'est que très-modérément accéléré; si la toux est un peu sèche, elle ne présente cependant aucun caractère particulier.

Mais si l'attention du médecin a été portée vers la poitrine, il constatera au bout de douze ou de vingt-quatre heures l'existence d'une matité véritable, autour de laquelle il entendra un certain bruit de frottement. En même temps il remarquera une apnée plus ou moins complète ainsi qu'une respiration soufflante, prolongée au centre; puis en faisant pleurer l'enfant, il percevra une véritable broncho-égophonie.

Enfin, je le répète, les troubles fonctionnels et l'état général sont si peu accusés que dans la plupart des cas l'enfant pourra se lever et marcher presque comme en temps ordinaire.

Ainsi les deux affections présentent donc déjà, dès le début, des phénomènes absolument différents qui ne permettent pas de confondre les deux affections.

Quant au traitement dans l'une et l'autre maladie, je me bornerai à vous faire ici celui de la pleurésie, ayant eu précédemment, — au mois de novembre dernier (1), — l'occasion de vous tracer celui de la pneumonie franche chez les enfants.

Le traitement de la pleurésie aiguë de l'enfant doit toujours commencer, — je n'ai pas besoin de vous le dire, — par le séjour au lit et l'emmaillotement des extrémités inférieures dans des bottes de ouate recouvertes de taffetas gommé. Puis, contre l'élément douleur, vous prescrirez soit l'application de quelques ventouses sèches, soit un cataplasme de farine de lin soupoudré de farine de moutarde sèche. Le lendemain ou le surlendemain seulement du début de la maladie, vous faites appel à la médication révulsive, c'est-à-dire à des vésicatoires volants, dont le diamètre variera de 6 à 8 centimètres environ, selon l'âge de l'enfant. Vous ne les laisserez en place jamais plus de trois à quatre heures, même s'ils n'ont pas pris en apparence, et, aussitôt levés, vous appliquerez à la surface un cataplasme de fécule qui restera en place pendant une heure, après quoi vous ferez le pansement au cérat. Cette médication révulsive doit être poursuivie pendant toute la durée de la maladie.

Si je n'applique pas de vésicatoires dès le premier jour, c'est pour ne pas ajouter une nouvelle souffrance à l'élément douleur qui existe déjà, ce qui ne ferait que tendre à immobiliser davantage encore les côtes; le remède serait alors plus nuisible qu'utile.

Je prescris aussi une potion composée de :

Julep gommeux.	100 grammes.
Teinture de scille.	āā 10 gouttes.
— de digitale.	
Sirop d'écorce d'oranges.	30 grammes.

Si l'enfant est très-agité, je remplace ce sirop par 8 grammes de sirop de belladone et 30 grammes de sirop de Tolu. La potion doit être continuée pendant cinq ou six jours, après quoi l'on supprime la scille et la digitale qui, s'accumulant dans l'économie, détermineraient des irrégularités dans la circulation du sang.

En même temps, je cherche à agir sur le système de la veine-porte par de petites saignées blanches au moyen de laxatifs légers. C'est ainsi que je fais prendre dès le début de la maladie, tous les deux ou trois jours, deux ou trois pastilles contenant chacune 5 centigrammes de calomel, qui ont l'avantage de ne point fatiguer les enfants.

Je prescris aussi le lait et la tisane de queues de cerises comme diurétique, ainsi que le lait et le bouillon comme régime diététique, tant que la fièvre persiste. Celle-ci tombe généralement du dixième au vingtième jour; ce sont là les limites ordinaires de la pleurésie aiguë de l'enfant. Si vous donniez une nourriture plus substantielle, comme beaucoup de parents vous le demandent, vous augmenteriez presque infailliblement l'épanchement pleurétique. Il y a donc réellement une diète spéciale à imposer à l'enfant.

---

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1882, p. 457.

Tel est le traitement médical de la pleurésie aiguë chez l'enfant; quant à la thoracentèse, nous trouverons certainement l'occasion de vous en entretenir un jour ou l'autre. Pour aujourd'hui, j'ai hâte d'en finir avec la diphthérie et les indications et les contre-indications de la trachéotomie.

II. Du reste, je n'ai que peu de chose à vous dire pour en avoir terminé. Nous en étions restés au chapitre des soins consécutifs à l'opération (1).

L'enfant a été pansé, la canule est posée, le petit malade est confié à une garde intelligente et capable dans une chambre dont la température sera maintenue exactement entre 16° et 17°. Vous continuez alors avec grand soin la médication tonique : eau-de-vie, vins de Champagne, de Bagnols, bouillon, café, chocolat, ainsi que le perchlorure de fer toutes les deux ou trois heures. Mais rappelez-vous qu'il y a des enfants qui sont absolument réfractaires à toute espèce d'alimentation, qui ne veulent avaler quoi que ce soit, et qu'il faut coûte que coûte nourrir, pour ainsi dire, de force sous peine de voir la dépression des forces augmenter rapidement, la résistance au mal diminuer et la mort survenir promptement. Il faut donc quelquefois lutter contre le malade en lui entonnant, permettez-moi le mot, les toniques voulus et surtout les alcools, même à dose excessive, si cela est nécessaire, sinon il est perdu.

Quelques médecins emploient le chlorate de potasse; pour moi je n'en veux pas plus comme usage interne que comme injection dans la canule. Il n'a d'autre avantage que de provoquer des quintes de toux et de fatiguer l'enfant. Faites, au contraire, des pulvérisations phéniquées, projetez toutes les heures une buée d'acide phénique qui aura pour effet d'améliorer l'état local.

Dès le lendemain matin du jour où l'enfant a été opéré, vous retirerez pendant un instant la canule pour voir comment la respiration se fait par le larynx et pour examiner la plaie. Après avoir lavé cette plaie avec de l'eau phéniquée, vous la toucherez légèrement, soit avec le nitrate d'argent, soit avec le perchlorure de fer, pour en modifier la surface. Puis dès que l'enfant paraîtra étouffer un peu, vous replacerez aussitôt la canule.

Vous agissez de même le lendemain et le surlendemain, en insistant surtout sur l'alimentation et en évitant avec grand soin toute cause de refroidissement.

Le quatrième jour vous chercherez à débarrasser l'enfant de sa canule pendant une durée de cinq à dix minutes au moins, durée qui ira chaque jour en augmentant, selon l'état de la respiration. Enfin au bout de dix ou quinze jours, vous pourrez le plus souvent la retirer tout à fait. Cette durée est, du reste, des plus variables et l'on voit quelquefois des sujets chez lesquels la canule a dû être maintenue, non-seulement pendant des mois, mais encore pendant des années, trois, quatre ou cinq ans même.

Je ne parlerai ici que pour mémoire des complications qui peuvent survenir du côté des organes respiratoires, pneumonie ou broncho-pneumonie, qui emportent toutes fatalement le malade. Je me bornerai aussi à citer l'aphonie résultant d'une paralysie du larynx consécutive à la diphthérie, paralysie peu grave et qui guérit généralement assez vite.

Mais ce sur quoi je veux, avant de terminer, appeler encore toute votre attention, c'est sur la tendance dangereuse des parents à vouloir faire sortir beaucoup trop tôt l'enfant après sa guérison. Celui-ci, en effet, ne devra pas sortir avant deux mois dans la bonne saison, avant deux mois et demi dans la mauvaise, sous peine d'accidents graves pouvant devenir mortels. C'est ainsi que j'ai vu un petit enfant très-bien guéri d'un croup grave opéré, que sa famille avait conduit un mois plus tard aux bains de mer, par un temps défavorable, bien qu'en juillet, et qu'il s'agît des Sables d'Olonne, être pris de pneumonie et succomber.

Sachez donc résister énergiquement aux parents qui voudraient, dès que l'enfant est guéri, le faire vivre comme avant sa maladie.

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1882, p. 594.

ACNÉ INDURATA GÉNÉRALISÉE, CONTAGIEUSE

AYANT POUR ORIGINE UNE ACNÉ VARIOLIFORME OU VARIOLOÏDE (1)

Par M. le docteur Ch. BRAME.

Après avoir rappelé que c'est à M. Caillaux et surtout à M. Hardy qu'on doit la démonstration que l'acné varioliforme ou varioloïde est contagieuse, ce que M. Hardy attribue, avec raison, à la présence d'un mycoderme qu'il a découvert dans la pustule d'acné varioloïde, j'établis que l'acné indurata engendrée par l'acné varioloïde peut être également contagieuse.

I. Un jeune homme, employé chez un marchand de foin en gros, à Saumur, contracte, par suite de sa profession, un acné varioloïde, à pustules très-nombreuses, répandues sur les deux mains. Non-seulement il lui est survenu, à la suite de cette acné varioloïde, une acné indurata sur les avant-bras, les bras, les fesses, les lombes, les cuisses et les jambes; mais, ayant couché successivement avec deux proches parents, il leur a communiqué cette acné indurata, qui est apparue sur les mêmes parties du corps. Le premier jeune homme ayant été guéri de l'acné varioloïde aux mains, a été repris, à la suite de quelques nuits passées en plaisir, d'acné indurata aux mains et sur d'autres parties du corps.

Or, j'ai inoculé l'exsudat pris au bout d'une lancette sur les deux jeunes gens affectés primitivement d'acné indurata, et une fois chez l'un, à plusieurs reprises chez l'autre, j'ai reproduit des pustules d'acné indurata acuminée. Au microscope, l'exsudat montre de nombreux globules blancs voisins, mais on n'y voit point de tubes.

Le traitement de l'acné varioloïde a consisté d'abord, à cause des ulcères qui l'accompagnaient, en cérat coaltarisé, avec addition de glycérine et de craie, que j'épongeais soigneusement avec du papier Joseph et que je faisais suivre d'un badigeonnage à l'iodure argentique, récemment préparé. Le troisième jour, j'appliquai le même traitement, mais auparavant je procédai à la ponction de chaque pustule; je continuai ce nouveau traitement pendant deux jours, après quoi je n'employai plus, après la ponction, que l'iodure argentique.

Ce sont ces derniers moyens que j'appliquai aux autres parties du corps, siège de l'acné indurata.

Au bout de huit jours, le jeune homme paraît guéri; mais il va à Vendôme, et, comme je l'ai dit, l'acné indurata reparaît plus discrète, du reste, sur diverses parties du corps, et se montre aux mains. On le guérit définitivement en sept jours, à raison de dix ponctions par jour, suivies de l'application de l'iodure argentique.

Ce jeune homme a été guéri par quinze applications du traitement.

Deux mois après le premier sujet, je vois un autre jeune homme affecté d'acné indurata dans la partie indiquée précédemment. On

(1) Note présentée à l'Académie des sciences dans la séance du 10 juillet 1882.

pratique vingt-cinq ponctions par jour et l'application de l'iodure argentique, auquel on fait succéder, vers la fin, une solution alcoolique de tannin iodé. Ce jeune homme a été guéri par vingt-deux applications du traitement.

Un troisième parent, âgé de treize ans, lui succède. Dès la troisième fois, après trente-cinq ponctions par jour, je fais succéder la solution alcoolique de tannin iodé à l'iodure argentique, et je guéris le sujet par six applications du traitement.

Un bain d'amidon, ordonné dans les trois cas, à la suite de la guérison, en ne faisant pas reparaître l'affection, a permis de juger que cette guérison était complète.

II. *Acné indurata, originairement contagieuse.* — 1. Peu de temps après la guérison des trois premiers sujets, vint se soumettre à mon traitement un négociant, âgé de cinquante ans, qui portait sur le dos et les épaules, depuis quinze ans, une acné indurata; il en présentait environ cent pustules.

Ayant eu l'idée qu'il pouvait y avoir un mycoderme dans les pustules, j'inoculai deux fois l'exsudat, pris sur la pointe d'une lancette, et deux fois je produisis des pustules d'acné indurata.

Ayant examiné l'exsudat au microscope, à un grossissement de 300 diamètres, j'y constatai la présence de spores en grand nombre et de tubes en général très-courbés, formant lacis, portant des spores assez rares, mais joints à de petits amas de spores et d'autres tubes isolés portant également des spores, recourbés et plus grands. J'ai dessiné ces divers objets : je dénomme le mycoderme *acné incurvata.*

J'ai ponctionné d'abord les cent pustules, puis j'appliquai de l'iodure argentique. Je renouvelai les ponctions sur un grand nombre de pustules, et je guéris le sujet en six fois, après plusieurs badigeonnages avec le tannin iodé et le dernier jour avec une solution alcoolique de tannin iodé.

2. Peu de temps auparavant, je fus appelé près d'une jeune dame qui présentait, au menton, une tumeur arrondie de $0^{m},01$ de diamètre, formée de quatre pustules d'acné indurata réunies. Je la traitai par la ponction et le badigeonnage à l'iodure argentique; elle allait bien, lorsque je fus obligé de m'absenter pendant quelques jours. La dame mit sur sa tumeur des cataplasmes de fécule qui n'eurent d'autre effet que de faire naître cinq pustules d'acné indurata, à droite et à gauche de la tumeur.

Je pris de l'exsudat au bout d'une lancette et j'inoculai deux fois les avant-bras; il se produisit des pustules d'acné indurata.

De l'inflammation avec production de matière crustacée et de très-petits ulcères s'étant développés, j'employai pour les combattre du cérat coaltarisé, glycériné, additionné de craie comme substitutif et obturateur, et je fis ensuite quelques ponctions, suivies de l'application de l'iodure argentique récemment préparé.

3. Une jeune fille de Paris avait le visage couvert de pustules d'acné indurata. Inoculée à un avant-bras, l'affection s'est reproduite.

Conclusions. — 1° Non-seulement l'acné varioliforme ou varioloïde est contagieuse, mais elle engendre une acné indurata qui se transmet également par contagion à l'individu qui en est porteur ou à d'autres personnes;

2° L'acné indurata elle-même peut-être contagieuse originairement, et cela par la présence d'un mycoderme que je dénomme *acné incurvata;*

3° Le traitement de l'acné varioloïde doit surtout consister en ponctions de chaque pustule, suivies d'un badigeonnage à l'iodure argentique, récemment préparé, avec addition préalable de cérat, additionné de coaltar, de glycérine et de craie, s'il y a des ulcérations;

4° Le traitement de l'acné indurata, contagieuse ou non, doit consister en ponctions plus ou moins répétées de chaque pustule, suivies de l'application de l'iodure argentique, récemment préparé, et, lorsque les pustules commencent à s'effacer, de celle d'une solution dans l'alcool à 96° de tannin iodé. On revient à l'iodure argentique, si la solution de tannin iodé produit une légère inflammation.

VARIÉTÉS

Histoire de l'hôpital de Notre-Dame de Pitié de Paris (1612-1882) (1).

Par M. le docteur O. Guillier.

XI

LISTE DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DE LA PITIÉ DE 1813 A 1882

Médecins.

CADET-DE-GASSICOURT. — Nommé *provisoirement* à la Pitié le 19 septembre 1868, en remplacement de M. Fournier. — Service de M. Gallard. — Sorti le 15 octobre 1868.

PROUST. — Nommé *provisoirement* à la Pitié le 26 septembre 1868, en remplacement de M. Matice, *en congé.* — Sorti le.....

PÉTER. — Nommé *provisoirement* à la Pitié le 17 novembre 1868, en remplacement de M. Béhier, passé à l'Hôtel-Dieu. — Sorti le 1er novembre 1869.

ISAMBERT (Émile). — Nommé *provisoirement* à la Pitié le 16 décembre 1868. — Sorti le 15 avril 1869.

DUMONTPALLIER. — Nommé *provisoirement* à la Pitié le 1er janvier 1869. — Sorti le 1er mai 1869.

LABBÉ (Édouard). — Nommé *provisoirement* à la Pitié le 15 avril 1869. — Sorti le 1er décembre 1869.

MOLLAND. — Nommé *provisoirement* à la Pitié le 1er mai 1869, en remplacement de M. Dumontpallier. — Sorti le 25 décembre 1871.

DÉCROIZILLES. — Nommé *provisoirement* à la Pitié le 20 juillet 1869, en remplacement de M. Bernutz, *en congé.* — Sorti le 15 août 1869.

BALL. — Nommé *provisoirement* à la Pitié le 1er novembre 1869, en remplacement de M. Péter. (Ancien service de M. Béhier.) — Sorti le 31 décembre 1869.

BLACHEZ. — Nommé *provisoirement* à la Pitié le 15 décembre 1869. — Sorti le 1er janvier 1870, et remplacé par M. Molland, déjà à l'hôpital.

LASÈGUE. — Nommé médecin *titulaire* le 1er janvier 1870, en remplacement définitif de M. Béhier. — Actuellement professeur de clinique médicale au même hôpital.

VULPIAN. — Nommé médecin *titulaire* le 1er janvier 1870, en remplacement de M. Bernutz. — Sorti le 4 février 1876, pour passer à la Charité.

LÉCORCHÉ. — Nommé *provisoirement* à la Pitié le 13 août 1870, en remplacement de M. Lasègue, *en congé.* — Sorti le 5 septembre 1870.

CHALVET. — Nommé *provisoirement* à la Pitié le 14 septembre 1870, en remplacement de M. Gallard, *en congé.* — Sorti le...

DESNOS. — Nommé médecin *titulaire* le 25 décembre 1871, en remplacement de M. Empis. — Sorti le 1er avril 1879, pour passer à la Charité.

LORAIN. — Nommé médecin *titulaire* le 25 décembre 1871. — Décédé en octobre 1875.

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 10 août 1882.

BOUCHARD. — Nommé *provisoirement* à la Pitié le 21 juin 1872, en remplacement de M. Marotte, *en congé*. — Sorti le 15 octobre 1872.

DUGUET. — Nommé *provisoirement* à la Pitié le 16 août 1872, en remplacement de M. Lasègue, *en congé*. — Sorti le 1er octobre 1872.

MARTINEAU. — Nommé *provisoirement* à la Pitié le 1er décembre 1873, en remplacement de M. Marotte, démissionnaire. — Sorti le 31 décembre 1873.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 10 août 1882, M. Logerotte, député, est nommé sous-secrétaire d'État au ministère de l'instruction publique et des beaux-arts.

— Par décret en date du 25 juillet 1882, les fonctions de secrétaire et agent comptable des Facultés et établissements d'enseignement supérieur, à Paris, actuellement réunies entre les mêmes mains, sont séparées.

Dans chaque Faculté ou établissement d'enseignement supérieur, un secrétaire est chargé de la partie administrative, notamment de l'assiette des droits à percevoir et de toutes autres attributions qui lui seront conférées par le ministre de l'instruction publique, dont il relève exclusivement.

Le service financier des Facultés et établissements d'enseignement supérieur est confié à un agent comptable placé sous les ordres du ministre des finances et nommé par lui.

Cet agent comptable, qui prendra le nom de receveur des droits universitaires, a dans ses attributions le service des écritures, le recouvrement et le remboursement des consignations versées par les étudiants et la constatation des droits acquis au Trésor.

Le receveur des droits universitaires est placé sous la surveillance et la responsabilité du receveur central du département de la Seine.

Il est assujetti à un cautionnement en numéraire, déposé au Trésor public, et dont le montant est fixé conformément au décret du 31 octobre 1849.

Les mesures d'exécution du présent décret seront déterminées par des règlements et arrêtés ministériels, après entente préalable entre les ministres des finances et de l'instruction publique. Sont et demeurent abrogées les dispositions des décrets et règlements antérieurs qui sont contraires au présent décret.

— Un concours pour la nomination à deux places de pharmacien des hôpitaux et hospices civils de Paris s'ouvrira le samedi 14 octobre 1882, à une heure précise, dans l'amphithéâtre de l'administration de la pharmacie centrale de l'Assistance publique, à Paris, quai de la Tournelle, 47.

Les personnes qui voudront concourir devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration depuis le samedi 23 septembre jusqu'au samedi 7 octobre inclusivement, de onze heures à trois heures.

— *Épidémies.* — La nouvelle de l'apparition de la fièvre jaune à Gorée (Sénégal) est confirmée. On compte trois morts dans les journées du 24 et du 26 juillet.

Nous apprenons que le typhus régnerait depuis plusieurs jours dans l'un des quartiers ordinairement les plus sains de la ville de Stuttgart. On compterait déjà actuellement une trentaine de décès.

— Les installations balnéaires et hydrothérapiques de l'asile des aliénés de Sainte-Anne sont terminées et vont pouvoir fonctionner prochainement. Elles sont destinées à donner des bains et des douches aux malades du dehors qui vont à la consultation de l'Asile-clinique (asile Sainte-Anne) et de l'hôpital Cochin, ainsi qu'aux malades des Bureaux de bienfaisance et aux enfants pauvres des écoles voisines.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 13256.

N° 95. — SAMEDI 19 AOUT 1882. 55e ANNÉE. SAMEDI 19 AOUT 1882. — N° 95.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Polysarcie.

M. Joffroy, à la fois chargé de plusieurs suppléances à l'Hôtel-Dieu, se trouve ainsi avoir à choisir dans un nombre de malades vraiment exceptionnel pour les conférences cliniques qu'il fait actuellement deux fois par semaine.

Dernièrement, il traitait de la polysarcie, à propos d'un jeune homme de vingt ans, dont le poids est de deux cent six livres (103 kilogrammes).

Ce jeune homme est énorme, il a un abdomen proéminent; et, au-dessus des hanches, sa peau, qui a cédé, porte des vergetures pareilles à celles des femmes enceintes.

La surcharge de graisse n'est pas moindre sur la poitrine, surtout vers les seins, sur les épaules et sur les bras. Ceux-ci présentent des vergetures tout à fait semblables sur leur face interne. Les cuisses sont aussi très-grosses, mais sans vergetures analogues. Les avant-bras et les mollets sont relativement beaucoup plus normaux.

Le malade a peine à marcher, sa puissance musculaire est faible, ses mouvements sont lents; dès qu'il cherche à les hâter un peu, dès qu'il fait quelque effort, sa respiration s'accélère, son cœur bat vite, il se sent essoufflé, baigné de sueur, pris de vertige: et il s'arrête forcément.

Il mange peu; mais il boit beaucoup et il urine en proportion.

Faut-il considérer l'état de ce jeune homme comme constituant une maladie proprement dite, d'un pronostic qui puisse devenir grave? A cette question, M. Joffroy répond par l'affirmative.

La pullulation du tissu graisseux n'est pas une chose indifférente. On peut mourir, et mourir jeune, par suite de polysarcie.

M. Joffroy a comparé la marche de cette maladie avec la marche du diabète.

Dans le nombre des polysarciques, comme dans le nombre des diabétiques, il faut distinguer des individus dont l'état général est bon, l'appétit puissant, les digestions satisfaisantes, la nutrition intime efficace, la force musculaire intacte. Mais c'est là plutôt une exception. Souvent aussi c'est une première période, qui se prolonge plus ou moins longtemps, mais à laquelle doit succéder une période, toute différente, de réparation incomplète et de débilitation rapide.

L'appétit se perd, ou, du moins, les organes digestifs ne peuvent plus suffire à la somme de travail qui leur est imposée. Les restitutions organiques se font d'une manière imparfaite; et les tissus fondamentaux perdent plus qu'ils ne récupèrent; la graisse qui s'y dépose dans la polysarcie ne fait que masquer le vide produit, et ne retarde pas la déchéance.

Ainsi le tissu du cœur, que les globules de graisse infiltrent bientôt et surtout, devient sans force, dilatable, et très-aisément déchirable.

C'est habituellement par le cœur que meurent les polysarciques, soit par suite d'un défaut d'action amenant une asystolie avec tous les troubles consécutifs, soit par une rupture subite occasionnée par le moindre effort.

Il faut donc tâcher de guérir la polysarcie : et pour cela, il faut savoir par quel mécanisme elle se produit.

La graisse, chez le polysarcique, ne vient pas toute du dehors. Certainement les aliments en peuvent fournir une partie; mais les tissus eux-mêmes en produisent aussi.

L'état graisseux est, en effet, un des états par lesquels peuvent passer, au sein de l'organisme, les molécules de substances azotées en voie de combustion incomplète. Cette graisse, résultant d'un travail de désassimilation, au lieu de se brûler, peut se déposer soit dans les cellules particulières du tissu graisseux, soit partout ailleurs.

On en rencontre toutes les fois qu'à la suite d'un empoisonnement par le phosphore, ou pour toute autre cause, la désassimilation se trouve être extrêmement rapide, relativement plus rapide que les combustions.

D'après cela, on comprend que tous les aliments difficiles à brûler, tels que les féculents, puissent contribuer indirectement à une surcharge de graisse, en employant à leur profit l'oxygène destiné à brûler cette graisse.

C'est pourquoi on a observé que les *vegetarians* d'Angleterre, comme les moines qui font toujours maigre et mangent beaucoup de farineux, sont plus portés que d'autres à la polysarcie.

Le traitement est surtout une question de régime. Le polysarcique doit beaucoup marcher, parce que les contractions musculaires répétées rendent les combustions plus complètes. Il doit faire surtout usage des aliments azotés,

plus propres aux réparations et restitutions organiques, sans cependant exclure absolument les autres.

Enfin, il pourra se trouver bien de l'usage d'eaux alcalines, qui faciliteront la combustion des graisses, en les dédoublant et en les faisant passer à l'état de savon, état le plus favorable à leurs transformations ultérieures.

Syphilis et ataxie locomotrice.

Que dans l'ataxie locomotrice les antécédents de syphilis soient fréquents, cela paraît incontestable.

A quelques pas seulement du malade dont nous avons déjà parlé dans une précédente Revue clinique, s'en trouve un autre dont l'histoire est semblable : lui aussi, il eut tout d'abord une vérole, qui fut mal soignée, et il fut pris du *tabes dorsalis* un certain nombre d'années après.

Voici le résumé de son observation :

En 1867, cet homme contracta un chancre induré, qu'il ne soigna que par l'eau fraîche; et, une fois ce chancre disparu, il se crut complètement guéri. Bientôt après, ses cheveux tombèrent, puis il eut diverses éruptions sur la peau du crâne, sur les cuisses, etc. Il s'en préoccupa fort peu. Les cheveux finirent par repousser, sans traitement spécifique. La santé générale ne paraissait pas altérée, toutes les fonctions se faisaient bien, l'appétit génésique était vif, et les rapports sexuels, bien que fréquemment répétés, ne causaient pas grande fatigue.

A ce genre d'excès se joignirent des habitudes d'intempérance. Dans le chantier où il travailla en dernier lieu, cet homme rencontra des camarades qui buvaient beaucoup, et il se mit à faire comme eux.

Il y a quatre ans, le lendemain d'un jour où il s'était enivré, il se trouva, en s'éveillant, tout à fait sans force. Il éprouvait dans tous les membres un tel sentiment de lassitude et de faiblesse, qu'il ne put se remettre à l'ouvrage. Il se reposa, sans que le repos fît disparaître cette parésie, premier symptôme de la maladie dont il est atteint. Dans toute cette année, ce fut à peine s'il put travailler un jour sur deux, et encore avec grande fatigue.

Pendant cette période, il ne ressentit aucune espèce de douleur, ni fulgurante, ni continue. Il n'eut pas de crises gastriques, ni de crises laryngées ou pharyngiennes. Il n'éprouva rien d'anormal du côté des yeux.

Mais il remarqua que la miction ne se faisait plus comme d'ordinaire. Il était souvent obligé de faire effort pour arriver à uriner volontairement, et il ne pouvait pas toujours retenir l'urine, qui s'échappait dans son pantalon ou dans son lit. Les désirs vénériens devinrent moins pressants, puis cessèrent : aujourd'hui, l'anaphrodisie est complète, et c'est à peine s'il se produit de temps en temps un commencement d'érection.

Il y a trois ans environ que parurent les premières douleurs. Il y en eut de diverses sortes : d'abord des douleurs fulgurantes, qui se manifestent surtout lors des changements de temps et qui traversent comme un éclair les memdres inférieurs dans toute leur étendue; puis des crises d'une huitaine de jours, qui reviennent deux fois par an, s'accompagnant de fièvre, d'insomnie, et pendant lesquelles le malade souffre surtout des genoux et des coudes; enfin, un sentiment de constriction circulaire, à peu près continuel, qui siégeait d'abord au-dessus des hanches, comme si le ventre eût été serré par une ceinture, et qui maintenant est remonté le long du thorax jusqu'au-dessous des bras. Quand le malade est habillé, c'est comme si son gilet se trouvait trop étroit ; mais c'est en vain qu'il le déboutonne, la sensation reste toujours la même.

Notons encore, vers le haut des cuisses, des plaques, assez étendues. d'hypéresthésie, au niveau desquelles le moindre contact devient douloureux. Plus bas, au contraire, on rencontre une anesthésie d'autant plus marquée qu'on se rapproche davantage de la plante des pieds.

Cette anesthésie a des caractères tout à fait classiques.

A la plante des pieds, c'est à peine si le chatouillement est perçu comme un contact, sans exciter d'action réflexe. Quand le malade est debout, il n'a pas conscience de la pression du pied sur le sol. Il n'apprécie bien que les différences de température, si, par exemple, il pose son pied sur un parquet froid. La sensibilité au froid, conservée à la plante du pied, est très-notablement accrue sur le cou-de-pied, sur la jambe, et jusqu'au-dessus du genou des deux côtés. Sur tous ces points, au contraire, il existe une diminution très-notable des autres genres de sensibilité, particulièrement sur le cou-de-pied et la face externe de la jambe gauche. Le pincement n'y devient douloureux que s'il se prolonge plusieurs secondes. Ce malade, comme le précédent, se plaint toujours d'avoir froid aux jambes, surtout aux genoux, bien qu'on lui ait donné un édredon en outre de ses couvertures.

Ici le réflexe rotulien est complètement aboli, et l'ataxie des mouvements des jambes présente tout à fait le type décrit par Duchenne (de Boulogne). Dans l'obscurité, non-seulement la marche, mais la station debout devient impossible. Même avec le secours de la vue, le malade ne dirige ses mouvements que d'une façon très-imparfaite, gêné qu'il est par des contractions involontaires qui projettent violemment ses membres inférieurs hors de la direction voulue.

La marche est devenue très-difficile depuis l'époque où ont paru les premières douleurs; et c'est alors que ce malade, incapable de travailler, a dû entrer à l'hôpital. Après un séjour de quelques mois à Lariboisière, puis à l'Hôtel-Dieu, il a été transféré le 20 novembre 1880 à l'hospice Laennec, où il occupe le n° 11 de la salle Beau. Il a aujourd'hui quarante et un ans.

Son caractère a beaucoup changé dans les derniers temps. Il est devenu triste et impressionnable à l'excès : un rien suffit pour l'irriter. Tout ceci est à remarquer en ce moment, où les troubles intellectuels et moraux, dans l'ataxie locomotrice, attirent vivement l'attention. M. Fournier en parle avec détails dans ses Leçons cliniques, et c'est le sujet d'une thèse, toute récente, qui a été inspirée par M. Luys.

En effet, il n'est guère d'organe ou de fonction qui ne puisse être touché accidentellement par l'ataxie locomotrice. C'est une maladie polymorphe par excellence, parce que la lésion qui en fait la base, portant sur le système nerveux, peut s'étendre de côté et d'autre. Nous avons dit que la sclérose — qui la constitue essentiellement — se trouve rarement limitée aux cordons postérieurs de la moelle épinière ; elle gagne très-souvent les racines postérieures entre la moelle et les ganglions ; elle peut gagner le bulbe, et, par conséquent, impressionner chacun des nerfs qui y prennent leur origine ; elle affecte parfois les nerfs de l'œil et même tout autre nerf cranien ; suivant des recherches très-récentes de M. Déjérine, elle peut même altérer les nerfs périphériques, les nerfs de la peau, sans qu'on

trouve rien d'anormal ni dans les racines antérieures, ni dans les ganglions des racines postérieures et dans la partie de ces racines qui s'étend entre les ganglions et les nerfs : de telle sorte que la fibre nerveuse pourrait être atteinte un peu partout indépendamment des centres trophiques.

Ajoutons que dans le voisinage des parties sclérosées, les méninges rachidiennes participent à l'irritation, qu'il n'est pas rare de voir des symptômes de la paralysie générale se joindre à ceux du *tabes dorsalis*, et il faudra bien convenir, avec M. Fournier, que ce n'est pas là une affection véritablement systématique, à laquelle on puisse appliquer le titre restreint de *sclérose des cordons postérieurs*.

Chez notre malade, il est possible que le changement de caractère soit dû aux excès de boisson. En effet, ceux qui font abus des liqueurs fortes deviennent habituellement de plus en plus impressionnables et irritables. D'ailleurs l'absence de troubles oculaires, de crises gastriques, œsophagiennes, pharyngiennes, laryngées, de tout phénomène bulbaire, tend à faire penser que l'encéphale est resté dans ce cas indemne.

Il n'en est pas de même chez un troisième tabétique, chez lequel l'ataxie locomotrice a été également précédée de syphilis, et que nous avons vu à l'Hôtel-Dieu.

L'observation de ce malade vient d'être publiée, sous le nº 8, dans la thèse de M. Lhoste, intitulée *Étude sur les accidents laryngés dans l'ataxie locomotrice progressive*. Nous n'avons pas cité cette thèse samedi dernier parmi celles de cette année qui sont relatives au *tabes*, parce qu'elle n'est pas encore classée à la bibliothèque de la Faculté de médecine.

Nous n'insisterons pas aujourd'hui sur la forme des accidents laryngés présentés par ce malade, sur le cornage, si bruyant, qu'il fait entendre durant le sommeil et durant l'effort musculaire, sur la parésie des muscles dilatateurs de la glotte, constatée par M. Krishaber.

Sauf cette localisation particulière, la marche de la maladie a été chez lui fort analogue à celle qu'ont aussi présentée les deux précédents. La parésie des membres inférieurs s'est manifestée, il y a un an, d'une manière à peu près subite ; elle avait été précédée de troubles laryngés, pendant un temps mal déterminé par les réponses variables du malade, et de crises de douleurs fulgurantes, en éclairs, pendant trois ans. Douze ou treize ans plus tôt, ce malade avait eu un chancre induré, des plaques muqueuses, de l'alopécie, et il avait à peine suivi durant un mois un traitement spécifique.

Il a eu fort peu de troubles oculaires. Cependant, il accuse un affaiblissement de la vue, et il dit avoir *vu rouge* deux ou trois fois. On a constaté que les pupilles, dilatées, se contractaient mal.

Chez lui, comme chez le précédent, il existe des plaques d'hyperesthésie vers le haut des cuisses, et plus bas, une exaltation de la sensibilité au froid, avec diminution de toutes les autres formes de sensibilité.

Comme les autres, il accuse une sensation de froid dans les pieds, les genoux et les jambes, et, quoiqu'il porte dans son lit une double paire de chaussettes, quoiqu'il se couvre d'un édredon, cette sensation ne le quitte pas. Il ne sent pas nettement le sol, et il vacille quand il ferme les yeux étant debout.

L'incoordination des mouvements est d'ailleurs chez lui peu marquée. Mais, le réflexe rotulien est aboli, comme c'est le cas le plus général. Il n'y a pas de crises gastriques ni de douleurs en ceinture, mais seulement, vers la base du thorax, une sensation de brûlure très-pénible. Pour plus de détails, nous renverrons à la thèse de M. Lhoste.

Bref, dans l'histoire des trois malades dont nous venons de parler, ainsi que dans celle d'un autre qui est venu nous consulter récemment, en outre des antécédents de vérole, il y a surtout de commun les modifications de la sensibilité aux membres inférieurs et l'impression de froid continuellement ressentie ; la parésie, avec ou sans incoordination des mouvements, parésie dont le début a été brusque ; enfin, chez tous, les mêmes antécédents de syphilis, ancienne et mal traitée.

En dehors de cela, on remarque les dissemblances les plus frappantes : le *tabes* revêt chez chacun une physionomie particulière ; et, dans les descriptions de M. Fournier, on peut voir qu'il en est ainsi pour les malades observés par lui.

Toutes les formes de l'ataxie sont compatibles avec une origine syphilitique. Si la syphilis peut donner le branle à cette affection sclérosique du système nerveux, elle n'en modifie ni les symptômes ni les lésions anatomo-pathologiques. Ce n'est donc point seulement l'ataxie locomotrice syphilitique, mais l'ataxie locomotrice en général, sous tous ses aspects, dont le tableau se trouve admirablement étudié, coordonné et présenté par M. le professeur Fournier.

Cette identité des lésions et des symptômes n'impliquait pas nécessairement l'inefficacité d'un traitement spécifique dirigé contre la syphilis. Mais cette inefficacité, une fois le *tabes* confirmé, est un point de fait incontestable et que M. Fournier proclame.

La première période une fois passée, et peut-être plus tôt encore dans un très-grand nombre de cas, la maladie marche par elle-même, indépendamment de sa cause, sans qu'on sache pourquoi elle est capricieuse ou régulière dans son évolution.

Il n'en paraît pas moins solidement établi que les syphilis, même les plus bénignes en apparence, abandonnées à elles-mêmes ou insuffisamment traitées, sont, parmi les causes prédisposantes, les plus certaines, les plus puissantes, les plus habituelles de l'ataxie locomotrice (huit ans, dix ans, quinze ans, vingt ans après l'accident initial).

L'état de la sensibilité dans les affections des nerfs mixtes.

A propos de deux malades, dont l'un se trouve atteint d'une paralysie isolée du nerf radial, et l'autre d'une paralysie de plusieurs troncs nerveux du bras, M. Joffroy a fait remarquer que dans ces affections des nerfs mixtes la paralysie porte surtout sur la motricité.

La sensibilité est à peine diminuée dans les régions de la peau animée par ces nerfs ; tandis que les muscles qu'ils innervent sont extrêmement affaiblis.

A quoi tient cette différence ?

A un point de vue purement clinique, et en comparant ce qui se produit alors à ce qu'on observe dans les lésions de la moelle épinière, par suite de mal de Pott, de pachyméningite ou de tout autre genre de compression, on peut se contenter d'une formule de constatation. On peut se borner à dire que, dans toutes ses parties, le système nerveux sensitif résiste mieux que le système nerveux moteur à des causes de souffrance égales.

Pour les nerfs mixtes, par exemple, qui comprennent à la

fois des fibres sensitives et des fibres motrices, si, par une compression du nerf ou par l'action du froid humide, ces dernières se trouvaient lésées, on pourrait supposer qu'au contraire les premières, plus résistantes, resteraient presque indemnes. On expliquerait par cette même hypothèse les résultats d'une compression portant sur la moelle épinière, laquelle contient à la fois des cellules et fibres motrices, des cellules et fibres sensitives.

Mais dans les cas de section d'un nerf, par exemple du nerf radial, il n'est pas possible d'admettre qu'il se soit ainsi fait un choix entre ses fibres constitutives : toutes sont également interrompues. Or, notamment chez un blessé du service de M. Richet, nous avons vu en pareil cas la sensibilité n'être pas abolie dans la sphère de distribution du nerf radial.

D'ailleurs, quand chez des animaux on coupe les racines postérieures des nerfs d'un membre, tant que la dernière n'est pas coupée, on trouve une sensibilité, plus ou moins faible, plus ou moins obtuse, mais qu'on peut encore mettre en jeu, sur toutes les régions du membre.

Enfin, comme l'a fait remarquer M. Vulpian, dans les maladies, telles que l'ataxie locomotrice, où les racines postérieures sont en grande partie sclérosées entre la moelle et les ganglions, où elles contiennent à peine quelques fibres intactes, où dans leur trajet intra-médullaire les fibres sensitives se trouvent également compromises, on ne constate nulle part une anesthésie absolue bien délimitée, comme ce devrait être le cas si chacune des fibres détruites avait eu son rôle distinct et son département à part.

Il faut donc chercher une explication vers les extrémités des fibres nerveuses, du côté de la périphérie ou du côté des centres.

A la périphérie, on a décrit, entre les diverses fibres sensitives, des anastomoses, dont M. le professeur Vulpian ne regarde pas la disposition comme parfaitement établie, mais dont l'admission ferait bien comprendre la suppléance d'un nerf par un autre.

Du côté des centres, nous avons vu, particulièrement à propos du mal de Pott, comment on pourrait se rendre compte d'une grande partie de ces phénomènes, en distinguant des séries successives de centres distincts, subordonnés, à partir du centre par excellence des sensations et de la pensée.

Dans l'ataxie locomotrice, les ganglions des racines postérieures, étant intacts, pourraient percevoir l'impression reçue : et il leur suffirait de se trouver en rapport par quelques fibres avec les centres médullaires, il suffirait ensuite que ceux-ci fussent en communication, de quelque manière, avec les centres cérébraux, pour que la notion de cette impression pût être transmise de l'un à l'autre.

Même avec cette théorie, il reste encore des difficultés ; mais c'est la plus satisfaisante, à cause du grand nombre des faits auxquels elle s'applique.

HOSPICE D'AURILLAC. — M. Rames.

Luxation de la septième cervicale sur la première dorsale; paralysie consécutive.

X...., domestique de ferme, âgé de cinquante ans, bien constitué, bien conservé pour son âge, était à charger un char de foin, lorsqu'un mouvement inattendu des bestiaux le précipita en bas la tête en avant. L'autopsie a démontré que cette chute était devenue cause d'une luxation de la septième cervicale sur la première dorsale, le corps de la septième vertèbre exécutant un mouvement de rotation de gauche à droite, entraînant avec elle le disque intervertébral placé au-dessous et écrasant la moelle dans une étendue de trois à quatre centimètres.

L'accident est arrivé le 29 septembre 1881 ; le malade n'est entré à l'hôpital que le 2 octobre ; son examen date du 4 octobre 1881.

On constate du côté de la vie de relation une absence absolue de toutes les formes de sensibilité et de mouvement dans les membres inférieurs et dans tout le tronc jusqu'à la troisième côte. Des membres paralysés sont dans un état complet de résolution.

Au-dessus de la troisième côte, la sensibilité et la motilité offrent les nuances suivantes : mouvements des doigts nuls ; ceux-ci sont à demi fléchis et ne peuvent ni s'étendre, ni se fléchir davantage ; mouvements des mains sur les bras très-affaiblis ; mouvements des avant-bras (flexion-extension, rotation) diminués ; les mouvements des bras s'exécutent bien ; mouvements du cou possibles, mais accompagnés de douleurs qui ont pour siège le lieu de la lésion.

Les modifications éprouvées par la sensibilité ont subi une même progression. Celle-ci, nulle ou à peu près nulle aux mains, obtuse aux avant-bras, est vive et peut-être exagérée aux bras. Des douleurs spontanées et de forme rongeante se font sentir dans les avant-bras, du coude au poignet.

Les sens spéciaux, interrogés séparément et avec soin, sont dans leur état normal. Les facultés intellectuelles et morales ne laissent rien à désirer. L'ensemble de la physionomie du malade respire un air de quiétude mélancolique, de résignation. Sa voix est douce, sympathique et comme affaiblie.

Scrutée dans ses sources, la vie organique offre les caractères suivants : P. 56. R. 28. T. creux de l'aisselle 38,2, du pli du bras 37,3, du creux poplité 37,2. Selles liquides, involontaires, extrêmement fréquentes ; rétention d'urine ; eschare brunâtre, irrégulière, de cinq à six centimètres de diamètre, sur la fesse droite (existant déjà lors de l'entrée du malade).

6 octobre. Un nouvel examen très-complet fait constater le même état, sauf les quelques modifications qui suivent : Le malade prétend éprouver dans les jambes des sensations de fourmillement ; les douleurs des avant-bras ont un peu diminué. P. 60. R. 24. T. axill. 38,3. Le ventre se météorise ; le malade est toujours sondé. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

8 octobre. Même état, seulement les bras, les avant-bras et les mains sont aujourd'hui entièrement paralysés du mouvement. La sensibilité à la douleur est très-affaiblie au bras et à peu près nulle aux avant-bras et aux mains ; pressentiment d'une mort prochaine ; résignation ; le malade regrette seulement de mourir à l'hôpital.

P. 60. T. de l'aisselle 39,5, du pli du coude 39,4, du creux poplité 39.

10 octobre. Le fond du tableau est le même, sauf les quelques nuances suivantes : les membres supérieurs sont paralysés du mouvement comme le 8, mais la sensibilité s'y rétablit : elle est redevenue à peu près normale aux bras, aux avant-bras. Le malade toutefois ne distingue pas sans l'aide de la vue le pincement de la simple pression au doigt. L'urine coule goutte à goutte, lorsque le malade n'a pas été sondé depuis longtemps. Diarrhée suspendue depuis le 9 au matin. Même activité des sens, même intelligence. Dans son sommeil, ce malade rêve qu'il se sauve d'un danger en courant, mais qu'il finit par tomber.

P. 60. R. 28. T. de l'aisselle 37,5, du pli du bras 37,4, du creux poplité 36,5.

14 octobre. Comme modification nouvelle, les bras peuvent de nouveau exécuter quelques mouvements ; la sensibilité est la même. Infiltration des membres inférieurs sur toute leur hauteur, du scrotum, du fourreau de la verge, des parois abdominales, de la face dorsale des mains, des avant-bras ; pas d'albumine dans les urines ; bruits cardiaques normaux, pointe battant dans le quatrième espace intercostal entre le mamelon et le sternum, choc

faible, pouls très-dépressible, sans récurrence. Selle solide aujourd'hui après trois jours sans évacuation; météorisme abdominal, inappétence; ni trouble, ni défaillance appréciable des facultés intellectuelles et morales, la pensée de la mort ne l'émeut pas, il voudrait qu'elle ne tardât pas trop.

P. 60. Resp. 31. T. axill. 38,6, du pli du bras 38,3, du creux poplité 37,7.

18 octobre. Membres inférieurs toujours en résolution, absolument insensibles, sans aucun mouvement volontaire ni réflexe; sensibilité normale aux bras, très-obtuse aux avant-bras, presque nulle à la main; mouvements des bras presque entièrement recouvrés; ceux de l'avant-bras s'exécutent assez bien aussi, doigts toujours immobiles; diarrhée de retour, selles liquides, nombreuses, inconscientes, météorisme abdominal, inappétence; toujours sondé quatre fois par jour, pas d'incontinence dans l'intervalle; l'infiltration séreuse fait des progrès; pas d'albumine dans les urines; battements du cœur les mêmes, l'eschare s'étend un peu; intégrité persistante des sens et des facultés intellectuelles. P. 60 régulier, très-dépressible, sans récurrence. T. axill. 38, au pli du bras 38, creux poplité 37,5. R. 25.

19 octobre. La respiration ce matin est très-accélérée; râle trachéal; intelligence encore lucide. Le malade s'éteint vers une heure de l'après-midi.

L'autopsie comme désordre principal révèle un ramollissement, une désorganisation de la moelle de trois à quatre centimètres d'étendue, à l'endroit de la blessure. La pulpe nerveuse est sous forme d'une bouillie blanchâtre, pyoïde; un filet d'eau l'entraîne et ne laisse voir à sa place que des vaisseaux visiblement injectés.

Cette observation nous a semblé digne d'intérêt comme étude analytique des troubles nerveux apparus.

De leur examen surgit tout d'abord une réflexion. Que penser de l'interprétation scientifique qui veut que l'influx nerveux descende des centres céphalo-rachidiens vers le grand sympathique et que ce dernier tienne d'eux son animation? Si les fonctions comme les forces ne sont que des modalités de mouvement constituées en série, se substituant les unes aux autres, on ne s'explique guère que la modalité de mouvement, représentant dans l'axe médullaire la sensibilité et le mouvement pour la vie de relation, puisse, alors qu'elle est supprimée, se transformer en une modalité de mouvement afférente aux fonctions de sensibilité et de mouvement organiques. Supposer dans la moelle, pour ce faire, un foyer nerveux de réserve destiné à maintenir un jeu déjà acquis, est une hypothèse peu probable vis-à-vis d'une survie du malade de vingt-deux jours. L'extinction rapide des propriétés et des fonctions de la moelle est un fait connu. Ici, dès le sixième jour de l'accident, tout phénomène réflexe avait disparu dans les parties paralysées.

Que l'on adopte, au contraire, l'interprétation inverse, c'est-à-dire, que l'on fasse du grand sympathique un intermédiaire disposé pour percevoir les impressions des mouvements de la vie organique et pour les transmettre à l'axe spino-cérébral à l'effet de coordonner et de centraliser ainsi la vie de nutrition, et alors tous les phénomènes présentés par notre malade deviennent rationnels. Il s'en suit, comme une conséquence naturelle, que son axe médullaire a dû se maintenir dans sa constitution anatomique, car en tant que tissu vivant, il est resté dans des conditions les mêmes que celles des autres tissus. Son intelligence a continué à s'exercer, mais n'avait-elle pas, comme toujours, à son service, et le mouvement organique pour base, et la sensibilité et les sens spéciaux avec leur motilité appropriée pour auxiliaire?

Cette manière de voir concorde du reste avec les données fournies par l'embryogénie et par les malformations de la moelle. Pour les premières, nous rappellerons les travaux de Meckel qui, le premier, a constaté le développement ascendant de la substance blanche, s'élevant successivement de la moelle allongée vers la protubérance, de celle-ci au cervelet et de ce dernier au cerveau; aussi, les recherches du professeur Parrot sur le développement de l'encéphale, notions scientifiques toutes tendant à établir ce fait, que c'est aux endroits où la vie a ses sources que l'on voit l'appareil nerveux compléter dès l'abord son organisation.

Quant aux malformations, nous dirons que certains auteurs croient avoir constaté que des enfants ont pu venir au monde et y respirer quelques heures sans axe médullaire, que d'autres relatent des cas où des phénomènes de sensibilité générale ont pu se produire, alors que la moelle était atrophiée ou notablement modifiée dans ses dispositions anatomiques. Quoique de tels faits méritent confirmation, on peut leur supposer un fond de vérité qui leur permet de venir à l'appui de notre dire.

Dans tous les cas, cette interprétation admise, le malade continuant à être interrogé dans ce sens, la raison des phénomènes pathologiques éprouvés par lui nous paraît pouvoir être expliquée ainsi :

Lors de la déchirure, grande déperdition nerveuse; pour parer à cet excès de dépense, surexcitation des grandes fonctions primordiales de la vie, élévation de température, augment des échanges organiques, troubles pouvant aller assez loin pour qu'avec l'aide d'une certaine compression, une eschare ait pu se produire presque d'emblée.

Plus tard, alors qu'une modification survenue dans les cellules lésées de la moelle a eu remédié à cette déperdition nerveuse, cet état de suractivité organique s'est encore continué comme par une espèce de reflux, le courant ascendant se trouvant supprimé. On l'a vu se traduire par des selles liquides, fréquentes, expression probable d'une hypersécrétion des follicules muqueux de l'intestin, par du météorisme abdominal dû à un dégagement considérable de gaz et non point à une paresse des fibres musculaires de l'intestin, ainsi que cela est admis. Il serait singulier, en effet, que celles-ci seules, parmi les fibres musculaires du ressort pur du grand sympathique, n'eussent pu se maintenir dans leur jeu.

Peu à peu, cependant, les lois de symétrie inhérentes à toute économie vivante reprenant le dessus et laissant réapparaître la tendance à l'acquisition d'une forme typique, un *consensus* s'est établi entre les appareils du corps restés en action. L'ensemble nerveux privé du *tonus*, des ébranlements de l'appareil nerveux médullaire pour la vie de relation, s'est constitué sur une base moins vivifiée. Le malade, rappelant les faits expérimentaux dus à la section de l'un des pneumogastriques, est passé en quelque sorte de l'état d'animal à sang chaud à l'état d'animal à sang froid. Ses réactions sont devenues moins vives, et dès lors s'est produit le spectacle d'un grand traumatisme sans presque de douleurs, sans trouble marqué des fonctions primordiales de la vie, avec conservation d'un état intellectuel sans atteinte, mais empreint d'un esprit de quiétude et de résignation; et c'est à cette déchéance probablement qu'a été due une survie de vingt-deux jours.

Insensiblement, toutefois, les échanges moléculaires devenant plus défectueux, un engouement des tissus est remonté des extrémités vers les centres et, envahissant tout à fait le poumon, a entraîné l'asphyxie, celle-ci annihilant l'intelligence restée libre jusque-là et occasionnant la mort.

Telle a été, ce nous semble, l'évolution morbide présentée par ce malade, évolution tout à fait conforme à l'idée d'une force ascensionnelle imposée à l'influx nerveux, idée qui, seule, nous paraît juste.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 août 1882. — Présidence de M. Dujardin-Beaumetz.

COMMUNICATIONS

Maladies régnantes. — M. Ducastel, dans son rapport trimestriel sur les maladies régnantes, signale particulièrement le grand nombre des phthisies pulmonaires, la fréquence des formes rapides, des hémoptysies, les faits nombreux et graves de la diphthérie, enfin l'extrême fréquence des fièvres typhoïdes.

M. Rendu fait observer que l'administration de l'Assistance publique fait évacuer un grand nombre de ses salles, précisément au moment d'une épidémie de fièvres typhoïdes qui encombre de malades tous les hôpitaux. On a demandé aux médecins leur avis sur l'opportunité de la fermeture momentanée de ces salles. Ils ont unanimement répondu que ces salles étaient maintenant plus utiles que jamais. Il n'a été tenu aucun compte de cet avis unanime.

M. Dujardin-Beaumetz, à une seule consultation, à Saint-Antoine, a dû recevoir vingt-deux malades atteints de fièvres typhoïdes. C'est une véritable épidémie. La plupart des cas sont heureusement sans gravité.

Du régime lacté dans l'ulcère simple de l'estomac. — M. Debove. On sait que, dans l'ulcère simple de l'estomac, le régime lacté rend les plus grands services. On se trouve souvent en présence de deux grandes difficultés dans l'emploi de ce régime. Tout d'abord, il faut faire accepter le lait aux malades pendant deux ou trois mois ; en outre, certains malades sont pris d'un spasme pharyngien qui les empêche de déglutir le lait. L'introduction, par le malade lui-même, de la sonde œsophagienne rend les plus grands services. Un malade, vomissant tout, pris de dégoût du lait, tombant dans un état de dépérissement extraordinaire, a recours à la sonde œsophagienne, par laquelle il introduit lui-même dans son estomac 8 litres de lait dans les vingt-quatre heures. A partir de ce moment il ne vomit plus et reprend ses forces. Mais l'introduction de 8 litres de lait exige plusieurs séances dans la même journée. Pour éviter cette difficulté. M. Debove a fait réduire du lait en poudre, de telle sorte que 120 grammes de poudre représentent un litre de lait. Il a déjà employé ce lait, ainsi réduit en poudre, chez deux malades qui s'en trouvent très-bien.

Un cas de ladrerie chez l'homme. — M. Troisier présente, en son nom et au nom de M. le docteur Fournaise, un malade atteint de ladrerie. Cet homme, dit-il, est âgé de trente-six ans : il a toujours habité Paris ; il exerce la profession de monteur en bronze. Au mois de septembre 1881, il consulta M. Fournaise pour une petite tumeur ovoïde, de la grosseur d'une noisette, située dans l'épaisseur de la joue droite. M. Fournaise, ayant diagnostiqué un kyste, pensa qu'il s'agissait probablement d'un cysticerque ; il s'abstint de tout traitement et pria le malade de venir le revoir dans quelques mois. Depuis cette époque, il est apparu quinze à vingt nouveaux kystes : 4 au cou, 2 au thorax, 1 à l'épigastre, 1 au dos, 2 au périnée, 2 à la cuisse droite, 1 au pli de l'aine gauche, 1 à chaque bras. Ces kystes paraissent situés dans le tissu cellulaire sous-cutané, ou sous l'aponévrose superficielle des muscles ; leur forme est ovoïde, leur consistance est ferme, et quelques-uns sont durs comme une petite masse calcaire ; ceux-ci ne dépassent pas les dimensions d'un grain de blé, les autres ont environ un centimètre dans leur plus grand diamètre et un demi-centimètre en largeur. M. Fournaise m'amena cet homme à l'Hôtel-Dieu le 31 juillet dernier. Je le fis voir à M. Vulpian, qui confirma comme moi le diagnostic de M. Fournaise ; d'ailleurs, le malade consentit à se laisser enlever une de ses tumeurs. Je fis l'ablation de celle qui siégeait à la partie supérieure et externe du bras gauche ; après avoir produit l'anesthésie locale par une pulvérisation d'éther, je fis à la peau une incision de 3 centimètres ; il fallut dépasser le tissu cellulo-adipeux sous-cutané, et ce n'est qu'après avoir ouvert l'aponévrose superficielle du destoïde que le kyste a pu être extrait avec une spatule. Ce kyste ressemblait tellement à certaines capsules médicamenteuses, que cette comparaison vint immédiatement à l'esprit de plusieurs assistants. Il contenait un liquide limpide comme de l'eau. Il est formé de deux parties : une coque externe, formée par une membrane d'apparence fibreuse, et une vésicule contenue dans cette coque. En un point de cette vésicule existe une tache gris jaunâtre, au niveau de laquelle vous verrez à l'examen microscopique des crochets de cysticerques et des grains calcaires. Il ne reste donc aucun doute sur la nature de ces kystes, et il s'agit bien d'un cas de ladrerie. Existe-t-il un plus grand nombre de kystes situés soit dans la profondeur des muscles, soit dans les viscères ? il est impossible de le dire, quant à présent.

Ce qui donne un intérêt tout particulier à ce fait, c'est que ce malade a eu le ténia l'année dernière. En août 1881, il s'aperçut qu'il rendait des cucurbitains avec ses garde-robes ; en octobre, il prit, sur le conseil de M. Fournaise, une dose de kousso granulé (16 gram.). Le ver fut expulsé avec la tête, qui présente, ainsi qu'on peut le voir dans cette préparation, tous les caractères du ténia solium : couronne de crochets et quatre ventouses. Notre homme a un goût très-prononcé pour la charcuterie, sous toutes les formes.

Ce n'est pas la première fois que cette coïncidence est signalée, mais le développement des cysticerques se rattache-t-il à la présence du ténia solium, ou cette rencontre n'est-elle que l'effet du hasard ? Si les cysticerques, de l'homme, qui présentent les plus grandes ressemblances avec ceux du porc, ne sont que les scolex du ténia solium de l'homme, il faut admettre que le porteur de ténia ingère des œufs fécondés et provenant des proglottis expulsés par lui, ou que ces proglottis parviennent dans l'estomac en progressant de l'intestin vers la cavité stomacale ; on sait, en effet, qu'il est nécessaire que les œufs subissent l'action du suc gastrique pour que l'embryon soit mis en liberté. De ces deux hypothèses, formulées par les auteurs, je ne sais quelle est la meilleure ; mais si la théorie elle-même était exacte, elle porterait une atteinte sérieuse à la loi de l'alternance qui veut que le strobile et le scolex des nématodes ne puissent pas se développer chez le même individu.

Que devons-nous faire à notre malade pour le débarrasser de ses quinze à vingt kystes ? Il me paraît inutile de tenter une médication interne quelconque. Les cysticerques, après une durée plus ou moins longue (sept à huit mois dans le cas de M. Duguet), finissent par disparaître spontanément. Mais comme ils sont ici accessibles, ne pourrait-on pas les attaquer directement ? Broca, dans un cas semblable, en a écrasé entre les doigts plus de trois cents, après les avoir piqués avec une aiguille. D'autres ont injecté dans l'intérieur du kyste une goutte de substance irritante. Je me demande si l'on ne pourrait pas tenter d'aspirer le liquide du kyste avec une seringue de Pravaz ; on déterminerait ainsi la mort du cysticerque, comme on obtient quelquefois celle de l'échinoccoque par la même opération.

Traitement électrique des troubles gastriques de l'hystérie. — M. Apostoli conseille la galvanisation *polaire positive* du pneumogastrique droit, qui lui a constamment réussi dans vingt cas de gastralgie et d'épigastralgie et huit cas de vomissements. Cette méthode comporte des préceptes généraux dont voici l'exposé sommaire :

1° *Le siège de l'application.* — Appliquez le pôle positif d'un courant de pile continu au cou, sur une surface restreinte en dehors et au-dessus de l'extrémité interne de la clavicule ; fermez le circuit par une large surface dans la main. En présence d'un insuccès, on devra faire une galvanisation gauche ou mieux double et simultanément des deux côtés.

2° *La dose.* — Il faut la varier, suivant l'effet à obtenir, de 5 à 15 milli-ampères. La réponse du malade sera notre guide le plus sûr à cet égard ; si le vomissement menace, il faudra augmenter, et diminuer dans le cas contraire. Pour l'épigastralgie, on doit consulter la sensibilité avec la pression profonde de la main, que le malade devra pouvoir supporter impunément.

3° *Le moment.* — S'il s'agit d'un vomissement, il faut, autant que possible, faire manger le malade pendant la séance, après l'avoir préalablement galvanisé pendant quelques minutes pour l'y préparer. Quant à l'épigastralgie et à la gastralgie, qui sont le plus souvent des symptômes permanents, il est préférable de galvaniser le sujet au moment où la douleur est la plus intense.

4° *La durée.* — Elle est variable comme la maladie elle-même. Je donne le précepte de *persévérer jusqu'à effet produit*, de continuer ainsi depuis cinq minutes, jusqu'à une heure et plus s'il le faut, jusqu'à ce que le malade déclare qu'il va bien ; soit qu'il sente qu'il ne vomira plus, soit qu'il affirme qu'il ne souffre plus.

5° *Le nombre.* — Il n'y a sous ce rapport rien d'absolu ; l'état du malade réglera notre conduite. Une seule application peut suffire à un vomissement incoërcible ; quelques semaines seront peut-être nécessaires pour traiter une gastralgie ou une épigastralgie qui récidive plus ou moins tôt après l'amélioration de chaque séance. On doit, si on le peut, faire de une à deux applications par jour.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

École de médecine de Caen. — M. le docteur Cerné (Alfred-Eugène) est institué, pour une période de neuf années, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. Partridge (William-Daniel) est nommé conservateur de la station maritime de physiologie du Havre, rattachée à la chaire de physiologie générale de la Faculté des sciences de Paris.

— *Missions scientifiques.* — M. Paul Neïs, médecin de première classe de la marine, est chargé d'une mission scientifique dans le pays des Moïs, au nord-est de la Cochinchine française.

— M. le docteur Dorveaux, surnuméraire à la bibliothèque de la Faculté de médecine de Nancy, est nommé bibliothécaire de la bibliothèque universitaire de Clermont, en remplacement de M. Reyssié, décédé.

— Les dernières nouvelles reçues des Philippines et de Manille nous apprennent que le choléra y sévit avec intensité. Les mesures les plus sévères ont été prises par le gouvernement espagnol pour ordonner la mise en quarantaine de tous les vaisseaux venant de Bornéo, des îles Soulou et de l'archipel des Philippines.

— Nous apprenons la mort du célèbre professeur de clinique à l'université de Turin, M. Luigi Concato.

— *Avis.* — Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

A propos d'une opération de céphalotripsie sans broiement, chez une femme à bassin oblique ovalaire ; petite modification dans le cranioclaste, par le docteur B. Narich. In-8° avec 5 planches. — Prix : 3 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 13267.

N° 96. — MARDI 22 AOUT 1882. 55e ANNÉE. MARDI 22 AOUT 1882. — N° 96.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOTEL-DIEU. — M. Richet.

Accouchement datant de six mois; déchirure complète du périnée et de la cloison recto-vaginale, suture et périnéoraphie.

La malade que nous opérerons à la fin de cette leçon est une femme qui est venue de Vernon, dans l'Eure, nous consulter pour la seconde fois ces jours derniers, vivement désireuse que nous puissions intervenir et mettre fin à une infirmité tellement pénible qu'elle lui rend la vie insupportable. Une première fois nous avions dû nous refuser à l'opérer, la lésion étant trop récente pour que nous puissions obtenir d'une façon certaine un bon résultat. Aujourd'hui, il n'en est plus ainsi et nous avons, je le crois bien, toutes chances de succès.

Il s'agit d'une femme de trente-cinq ans et demi, et qui est accouchée pour la première fois il y a près de sept mois, en octobre 1881. L'accouchement a été des plus pénibles, comme cela arrive fréquemment à cet âge, quand il s'agit d'une femme primipare, et cela parce que, d'une part, les articulations sont plus résistantes, et, de l'autre, le périnée se laisse moins facilement distendre : de là des chances de rupture.

Chez notre malade, l'enfant est resté longtemps au passage, ce que voyant, la famille a sollicité vivement la sage-femme, chargée de l'accouchement, de recourir à l'intervention d'un médecin. Celle-ci s'y est constamment refusée, et la femme n'est accouchée qu'au bout de vingt-quatre heures, d'un enfant mort, avec une rupture du périnée s'étendant jusqu'au rectum. Il y a donc eu là accouchement très-lent et tardif. L'intervention d'un médecin aurait-elle pu prévenir et la mort de l'enfant et les accidents survenus à la mère? Il ne m'est pas permis de me prononcer sur les simples dires de notre malade, mais il est tout au moins probable qu'un médecin appelé à temps auprès d'elle aurait pu parer en partie à cet accident, sinon en totalité, et rendre certainement moindre une déchirure qui est l'une des dévastations les plus considérables que j'aie jamais observées.

Cette lésion est telle que le vagin et le rectum ne forment plus à leur extrémité qu'une sorte de cloaque. Le périnée, on peut le dire, n'existe plus; la cloison recto-vaginale est divisée dans une étendue réelle de plus de six centimètres, mais apparente d'au moins trois centimètres de hauteur. La cloison, à l'état normal, mesure neuf centimètres au plus; le vagin a huit centimètres de longueur et, comme vous le savez, ses parois antérieure et postérieure sont d'inégale longueur, la première mesurant sept centimètres et la seconde neuf. Or, chez notre malade, il reste seulement trois centimètres de longueur depuis l'angle de la division traumatique jusqu'au col de l'utérus, et comme cet organe est abaissé, par suite de la lésion, de trois centimètres environ, nous ne trouvons donc comme longueur apparente de la déchirure que trois centimètres seulement au lieu de six en réalité.

En tous cas, cette déchirure est énorme et le périnée, comme je viens de le dire, n'existe plus.

Si donc, une première fois, je n'ai pas voulu remédier à pareil délabrement, malgré l'infirmité qui en résultait pour la malade, c'est que la cicatrisation n'était pas assez avancée. Aujourd'hui, la cicatrisation est parfaite comme solidité, ce qui est bien préférable pour la réussite de l'opération. C'est ainsi que j'ai attendu un peu plus de six mois avant d'intervenir.

Lorsque vous examinez actuellement les parties lésées, vous reconnaissez très-facilement le point où finit la muqueuse vaginale et où commence la muqueuse rectale, ces deux muqueuses ayant une coloration très-différente; la première, en effet, est restée rose, tandis que la seconde a une teinte rouge brunâtre. Le point d'union présente donc un contraste frappant et, de plus, la jonction est aussi indiquée par un bourrelet assez considérable.

Il n'y a point eu d'accidents gangreneux produits par la compression exercée par la tête contre les tissus, et cela tient à ce que ces tissus, ne reposant pas sur un plancher osseux, la pression de la tête de l'enfant distend, mais ne comprime rien. De là, heureusement pour une bonne réparation, il n'y a pas eu de perte de substance. Le fait est très-important, car nous sommes seulement en présence, aujourd'hui, d'une rétraction par cicatrisation.

D'autre part, il faut convenir que les pauvres femmes atteintes d'une pareille lésion sont beaucoup plus malheureuses que si elles avaient une fistule vésico-vaginale. Pour les premières, en effet, toute sociabilité est impossible,

l'infirmité est épouvantable, repoussante ; le sphincter anal étant déchiré, elles laissent échapper, quelque effort qu'elles veuillent faire pour les retenir, elles laissent échapper bruyamment des gaz et involontairement aussi souvent des matières fécales.

C'est là un des plus misérables états qui se puissent voir, tandis qu'une femme, atteinte de fistule vésico-vaginale, peut vivre, à peu de chose près, comme tout le monde, en s'entourant, bien entendu, de certaines précautions (tamponnement, appareil ou autres).

Telle est donc l'infirmité à laquelle il nous faut aujourd'hui remédier.

C'est à Roux que nous devons d'avoir le premier institué la périnéoraphie dans les cas de déchirure recto-vaginale. Depuis lors, plusieurs procédés ont été proposés. Moi-même, j'en ai imaginé un, et comme tout auteur préfère toujours ses œuvres à celles d'autrui, et que celui-là n'est pas moins bon que les autres, c'est de lui que je vais maintenant vous parler. Il a été décrit dans son temps, dans la thèse de M. Bourdon.

En réalité, nous avons chez notre malade deux opérations à pratiquer, car s'il est des cas où il n'existe qu'une fistule recto-vaginale, s'il est aussi des cas où le périnée seul est déchiré, il en est d'autres, au contraire, où les deux lésions sont concomitantes.

La première opération consiste à réunir la cloison ; la seconde, le périnée, le vagin et le rectum ne faisant plus qu'un et formant, comme nous l'avons dit en commençant, un véritable cloaque.

Pour réparer la cloison, il faut aller à la recherche de ses débris sur les fesses, dans les deux mamelons situés des deux côtés de la déchirure ; il faut les disséquer et rechercher les lambeaux par une incision qui sépare les deux muqueuses, rectale et vaginale, l'une de l'autre. On dissèque ensuite un lambeau triangulaire de chaque côté et on les rapproche en les adossant sur la ligne médiane de façon à rétablir ainsi les cloisons jusqu'au périnée. C'est en réalité un dédoublement de la cloison avec deux lambeaux en plus ; je m'arrange aussi pour avoir une saillie, une sorte de crête de la muqueuse sur la ligne médiane, crête ou saillie telle que les liquides venant de l'utérus ou du vagin, liquides toujours plus ou moins âcres, ne puissent pas baigner la suture, mais s'écouler latéralement. C'est là une condition essentielle pour une bonne réussite.

La seconde opération est la périnéoraphie de Roux proprement dite, que je vais pratiquer comme tout le monde la fait depuis Roux. Il s'agit de retrouver de chaque côté, sur la face interne des fesses, une surface triangulaire correspondant au périnée cicatrisé, de détruire ainsi cette cicatrice, d'aviver les parties et de réunir les surfaces l'une à l'autre en suturant au moyen de trois fils d'argent, suture enchevillée bien entendu, car on prend là une certaine épaisseur de tissus.

La suture périnéale assure ainsi très-bien la suture vaginale et assure mieux encore son succès.

Enfin, je ne dois pas omettre de dire qu'il faut que la malade soit et reste constipée pendant les cinq ou six premiers jours qui suivent l'opération. Pour cela, on la purge tout d'abord la veille de l'opération, on lui donne un lavement le jour même, quelques instants avant de commencer, et l'on prescrit pendant les premiers jours les opiacés à assez haute dose, en même temps que la malade sera très-peu alimentée.

HOPITAL LAENNEC. — M. Damaschino.

Deux cas de paralysie pseudo-hypertrophique

(Leçon recueillie par M. Duplaix, interne du service, revue par l'auteur).

I

Nous avons en ce moment dans nos salles deux sujets atteints d'une affection assez peu commune, surtout dans les hôpitaux d'adultes ; je veux parler de la paralysie pseudo-hypertrophique, dénomination à laquelle je préfère celle de scléro-lipomatose musculaire progressive. Chez l'un de ces malades, il existe un ensemble de signes assez complet, pour qu'il soit possible et même facile de reconnaître à première vue la nature du mal ; mais le second présente des symptômes peu habituels et tellement spéciaux que le diagnostic demande à être discuté avec beaucoup de soin.

Voici le premier malade : c'est un jeune Savoisien, âgé de dix-sept ans, d'une forte taille et dont le système osseux est très-développé. A peine a-t-il fait quelques pas devant vous que vous êtes immédiatement frappés de la façon particulière dont il marche en se dandinant, et vous pouvez constater chez lui une sorte de déhanchement très-caractérisé. Si vous lui demandez de monter une marche même peu élevée, il a beaucoup de peine à y parvenir, et encore faut-il l'aider et le soutenir. Cette démarche toute spéciale, ce déhanchement si manifeste et si visible, n'existent chez ce jeune homme que depuis quelques années. A l'âge de dix ans, il a été pris d'une grande faiblesse des membres inférieurs ; il se fatiguait rapidement et, dès cette époque, on a constaté qu'il avait les mollets volumineux et qu'il marchait en se dandinant. La fatigue augmenta, les mollets restèrent gras, l'attitude morbide persista et devint même plus marquée.

Démarche spéciale et impossibilité ou du moins difficulté considérable pour monter les escaliers, voilà ce que vous constatez tout d'abord chez ce jeune homme. Si je le fais déshabiller, vous voyez que les mollets sont énormes, les cuisses petites, amaigries, et les fesses tombantes. Le biceps brachial est également amaigri, tandis que le triceps est relativement volumineux ; aux avant-bras, les masses musculaires sont encore très-développées, surtout à la région anti-brachiale externe. Ces modifications dans le volume des muscles n'existent pas d'un seul côté, l'altération est symétrique et porte au même niveau sur les membres des deux côtés ; il y a seulement quelques nuances en plus ou en moins dans le degré de l'atrophie.

Au cou, les muscles fonctionnent bien, et notre malade exécute facilement tous les mouvements. Par contre, à la face postérieure du tronc, vous pouvez constater un amaigrissement considérable des masses musculaires ; les omoplates sont saillantes et véritablement décharnées ; enfin, il existe aussi une ensellure lombaire tout à fait caractéristique. Chez notre Savoisien, comme chez tous les sujets atteints de paralysie pseudo-hypertrophique, cette ensellure est la conséquence d'une atrophie des muscles longs du dos et non point de ceux des parois abdominales. Pour s'en convaincre, il suffit de remarquer qu'un fil à plomb placé au niveau des dernières vertèbres cervicales passe en arrière du sacrum, tandis que dans le cas d'atrophie des muscles abdominaux, il tomberait sur le sacrum ou même en avant de cet os.

L'atrophie est semblablement très-appréciable au niveau

des deltoïdes et surtout des pectoraux; notez toutefois que ces derniers muscles sont encore assez volumineux dans leur faisceau claviculaire, mais complètement atrophiés dans leur portion interne, au point que l'on peut facilement compter les espaces intercostaux; le contraste est des plus prononcés si l'on vient à faire porter au malade ses bras fortement en avant et en dedans.

Les différents modes de la sensibilité cutanée ne présentent aucun trouble appréciable, et cependant il existe une modification dans l'aspect et la texture de la peau; les téguments sont épaissis, durs, et cet épaississement correspond à une augmentation de consistance du derme et du tissu cellulo-graisseux sous-jacent; ce symptôme est surtout marqué aux extrémités inférieures; en outre, quand les jambes sont découvertes, la peau tend à prendre plus ou moins rapidement une coloration bleuâtre, livide; il se fait dans ces parties une stase veineuse manifeste et l'on constate en même temps que la température du membre est notablement abaissée : on perçoit par le palper une sensation analogue à celle que l'on éprouverait au contact d'un reptile. Il faut noter que les troubles vasculaires s'accompagnent, chez ce malade, de sueurs aux pieds très-abondantes et qui l'incommodent beaucoup depuis plusieurs mois. Je vous signalerai enfin un fait curieux déjà indiqué dans la deuxième observation de Coste et Gioja et par Rinecker; c'est l'existence de palpitations, quelquefois très-violentes, qui surviennent par accès. Chez notre malade, elles ne sont en rapport avec aucune affection rhumatismale ou cardiaque actuelle; l'extrême diminution d'épaisseur des parois thoraciques (par le fait de l'atrophie des muscles pectoraux) permet d'entendre des battements d'une force considérable; mais à part cette exagération dans l'intensité des pulsations du cœur, l'oreille ne perçoit aucun bruit anomal.

Une fois assis, notre patient peut se mettre debout, mais avec beaucoup de peine, en s'accrochant en quelque sorte aux objets voisins, ou bien se faisant soutenir par les bras; si je lui demande de se coucher à plat ventre, il va falloir, pour qu'il se redresse sur ses pieds, toute une série de mouvements, d'attitudes successives depuis la position couchée jusqu'à la station debout. Il commence par se mettre à quatre pattes, et une fois dans cette situation, il rapproche les mains en les glissant vers ses jambes, il se redresse sur ses pieds, puis, appuyant l'une après l'autre la main sur le genou correspondant, il arrive enfin à se redresser tout à fait.

Vous pouvez d'ailleurs reconnaître, dans la série des projections que je fais passer sous vos yeux, les diverses attitudes que présente notre jeune Savoisien et constater ainsi la parfaite exactitude des dessins de Gowers.

Chez le second malade, le diagnostic est loin d'être facile et ne peut être affirmé à première vue comme pour le premier : les symptômes morbides sont également plus avancés, car le jeune Lucien, âgé de dix-huit ans, marche avec beaucoup plus de difficulté que son camarade, et n'a pas ce déhanchement si net et si particulier que vous avez vu tout à l'heure. On est obligé de soutenir le pauvre garçon pour l'aider à monter une marche et, une fois assis sur une chaise (sur laquelle d'ailleurs il se laisse tomber plutôt qu'il ne s'assied), il lui est absolument impossible de la quitter et de se dresser sur ses jambes; il faut l'aide de deux personnes, ou tout au moins d'un aide vigoureux pour qu'il puisse parvenir à se mettre debout.

L'affection actuelle a débuté dans des circonstances spéciales que je vous indiquerai tout à l'heure; je veux d'abord vous faire constater l'état des muscles, état tout particulier, car il existe un amaigrissement considérable et généralisé, étendu à presque toutes les masses charnues du corps et entraînant à sa suite des troubles très-marqués de la motilité.

Aux membres inférieurs, les cuisses et les jambes sont notablement émaciées, comme décharnées; les jumeaux des deux côtés sont surtout atteints par l'atrophie, mais celle-ci paraît moins évidente qu'elle ne l'est réellement, à cause de l'épaississement considérable de la peau et du tissu cellulo-graisseux sous-jacent; l'altération est principalement marquée sur le jumeau interne qui a presque totalement disparu; elle est moins avancée au jumeau externe et moins encore au niveau du soléaire.

Du côté gauche, nous constatons l'existence d'un pied bot équin; le pied est dans l'extension forcée sur la jambe, la pointe en est fortement abaissée, et, vu par la face plantaire, il présente l'aspect du pied creux avec griffe. En effet, les métatarsiens sont très-saillants, à la face plantaire; les premières phalanges en extension forcée, tandis que les autres sont fortement fléchies : il en résulte que le pied s'appuie sur le sol par l'extrémité antérieure des métatarsiens seulement, et que ses mouvements volontaires sont tous abolis.

A droite, où le tendon d'Achille a été sectionné, le pied ne présente plus d'équinisme, mais se trouve fléchi à angle droit sur la jambe; les mouvements passifs sont possibles, sauf ceux de flexion forcée, et pendant la station debout, la face plantaire appuie complètement sur le sol.

Vous pouvez constater également chez ce malade, comme chez notre jeune Savoisien, outre l'épaississement des téguments, la lividité de la peau des jambes et la tendance à la stase veineuse ainsi qu'au refroidissement.

Aux membres supérieurs, le triceps brachial des deux côtés est le seul muscle qui soit encore relativement bien conservé, et qui vous offre un vestige de la musculature naguère si remarquable chez notre malade. Quant au biceps, non-seulement il est atrophié, mais il est le siège d'une certaine rétraction qui maintient l'avant-bras dans une légère flexion et ne permet pas de l'étendre complètement; on peut, pendant les mouvements provoqués d'extension de l'avant-bras sur le bras, constater une réelle élasticité de ce muscle, qui devient apparent sous la forme d'une corde saillante; ce biceps semble alors résister à la façon d'un gros tube de caoutchouc fortement tendu. Vous remarquerez aussi, en examinant le malade bien de face, un certain écartement des bras du tronc; si vous essayez de porter les membres supérieurs dans l'abduction, ce mouvement est impossible. Il existe donc un obstacle invincible qui maintient les bras dans une position fixe et ne permet que des mouvements très-peu étendus de l'épaule : cet obstacle consisterait-il dans la rétraction du muscle sous-scapulaire ou bien encore du tendon de la longue portion du triceps? C'est là un point qui reste indécis et sur lequel nous ne pouvons nous prononcer absolument, M. Chrysaphis et moi, malgré des examens plusieurs fois répétés.

L'amaigrissement des muscles du tronc, soit en avant, soit en arrière, est très-appréciable; les omoplates, par suite de l'atrophie des muscles sus et sous-épineux, sont devenues saillantes. Toutefois, le processus morbide a porté principalement sur les masses dorso-lombaires, qui sont très-diminuées de volume, et si l'on vient à faire courber le dos du

malade, on peut voir qu'il lui est impossible d'exécuter un mouvement un peu étendu. Vous pouvez constater, en outre, qu'il existe au niveau de ces muscles une altération analogue à celle que nous avons constatée sur le biceps. Le malade étant debout, si je presse fortement sur sa nuque pour lui faire porter la tête en bas, ce mouvement de flexion du tronc ne peut se faire complètement, parce que les masses dorso-lombaires résistent à la façon d'un cordon élastique fortement tendu et, à chaque pression de la main, réagissent dans une certaine mesure pour rétablir un léger degré d'extension.

Tel est l'exposé des phénomènes morbides que présentent nos deux malades; nous avons maintenant des notions suffisantes pour établir le diagnostic de l'affection dont ils sont atteints.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 5 août 1882. — Présidence de M. PAUL BERT.

COMMUNICATIONS

Contracture hystérique guérie par des applications métalliques. — M. CHANTEMESSE rapporte l'observation d'une jeune fille atteinte de contracture hystérique qui persistait depuis neuf mois et qui a guéri par des applications métalliques, suivant la méthode de M. Burq. Issue de parents névropathes, cette jeune fille avait eu elle-même, depuis l'âge de dix ans, des migraines qui survenaient chaque mois pendant plusieurs jours; au moment où se montra la contracture, la malade avait alors quinze ans, les migraines disparurent complètement. Au mois de novembre dernier, à la suite d'une plaie de la main gauche par un éclat de verre, brusquement s'établit une raideur des muscles de la main; celle-ci prit la forme d'un cône dont le sommet était formé par l'extrémité des doigts. Cette contracture, qui s'accompagnait de sensations pénibles de tiraillement, résista à tous les moyens dirigés contre elle pendant de longs mois. Au commencement de juillet, la malade entra dans le service de M. Fernet, à l'hôpital Beaujon; on constata alors, dans tout le côté gauche, une hémianesthésie sensitivo-sensorielle complète avec contracture des muscles de la main, persistant depuis le mois de novembre. Le traitement, d'abord employé, consista dans l'électrisation faradique avec le pinceau, dans l'application d'un puissant aimant mis en contact du côté anesthésié, et enfin on eut recours à l'apposition de divers métaux : or, argent, étain, platine, zinc, cuivre, qui n'amenèrent dans l'anesthésie et la contracture aucun changement.

En dernier lieu, il y a huit jours, on enroula autour de l'avant-bras un bracelet composé d'armatures en acier; le lendemain, la contracture avait totalement disparu, mais l'anesthésie et l'amyosthénie du côté gauche étaient aussi intenses qu'auparavant. Depuis ce jour, malgré l'administration du fer à l'intérieur, les troubles de la sensibilité et de la motilité ne se sont pas modifiés encore; la contracture n'existe pas, mais elle est en imminence et reparaît quarante heures après l'enlèvement du bracelet; elle cède d'ailleurs facilement à une nouvelle application métallique. Il est certain que la guérison complète ne pourra être espérée que lorsque le fer pris à l'intérieur aura totalement modifié l'état présent de la sensibilité et de la motilité; en tout cas, il est un phénomène curieux à enregistrer, c'est l'élection du métal sur l'élément musculaire, la contracture, qu'elle fait disparaître, laissant inaltéré l'état de la sensibilité générale et spéciale.

Action des nerfs phréniques. — MM. HÉNOCQUE et ÉLOY, dans cette nouvelle série de recherches (voy. *Gazette des hôpitaux* du 1er août 1882), ont étudié l'action des nerfs phréniques et des nerfs intercostaux inférieurs et moyens sur la respiration. Les sections nerveuses ont été combinées de façon à obtenir les tracés de l'un ou de l'autre des phréniques ou des deux nerfs, indépendamment de celle des nerfs intercostaux. Les tracés respiratoires montrent que le rhythme respiratoire est modifié des deux côtés de la poitrine par la section d'un seul nerf phrénique, et que les racines inférieures ont une action moindre et autre que celle des racines supérieures. Ces dernières régularisent le rhythme respiratoire, et, après leur section, on constate pendant un temps considérable une amplitude plus grande, mais de l'arhythmie des mouvements d'inspiration et d'expiration.

Pour le moment, MM. Hénocque et Éloy laissent de côté l'interprétation théorique de faits résultant de nombreuses expériences, mais constatent, dès maintenant, que le rhythme des mouvements du diaphragme paraît dépendre de l'intégrité des racines supérieures du nerf phrénique. Il y aurait donc là une sorte d'action régulatrice. Avant de conclure définitivement, les expérimentateurs doivent exposer les résultats d'autres expériences déjà faites.

MM. HÉNOCQUE et **ÉLOY** complètent cette première communication, faite dans la séance précédente, par les trois communications suivantes :

I. *Effets produits par la section des racines supérieures du nerf phrénique.* Ces nouvelles expériences confirment les résultats précédemment communiqués. De plus, les auteurs présentent un cobaye vivant et opéré depuis six jours des deux racines supérieures des deux phréniques.

II. *Effets des sections de la moelle cervicale sur les contractions du diaphragme.* D'une série de vingt-cinq expériences, les auteurs ont pu conclure : 1° que la section longitudinale, dans dix cas seulement, a pu être faite sans produire la suspension de la respiration; 2° que la section au voisinage du sillon collatéral postérieur arrête les contractures de la moitié correspondante du diaphragme; 3° que les hémisections transversales au niveau des 3e, 4e, 5e, 6e et 7e vertèbres cervicales jusqu'à la première dorsale peuvent suspendre l'action de la totalité ou seulement de la moitié du diaphragme; si elles sont *incomplètes,* on peut les multiplier sans produire cette action. Quelquefois, des lésions très-légères (simple piqûre du bistouri sur la ligne médiane) ont pu arrêter tout mouvement respiratoire.

III. *Épilepsie spinale par lésions de la moelle cervicale.* Cinq fois, MM. Hénocque et Éloy ont vu l'épilepsie spinale se produire (quatre fois chez un cobaye et une fois chez un chat) par des lésions des cordons postérieurs entre la 4e et la 6e vertèbre cervicale ou par une hémisection au-dessus de la 3e vertèbre cervicale gauche.

L'épilepsie expérimentale n'avait pas été signalée à ce niveau et dans ces conditions à la suite de lésions de la moelle cervicale supérieure. L'importance clinique de ces faits sera mise en évidence par les auteurs dans des travaux ultérieurs.

Origine de la métallothérapie. Histoire de ses différentes phases et applications. Résultats qu'elle a donnés. — M. BURQ fait une communication sur ce sujet. (Sera publié.)

La séance est levée.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

Nouveau trocart à drainage.

M. Guyon, au nom de M. le docteur Délaissement, présente à la Société de chirurgie un nouveau trocart à drainage fabriqué par M. Mariaud.

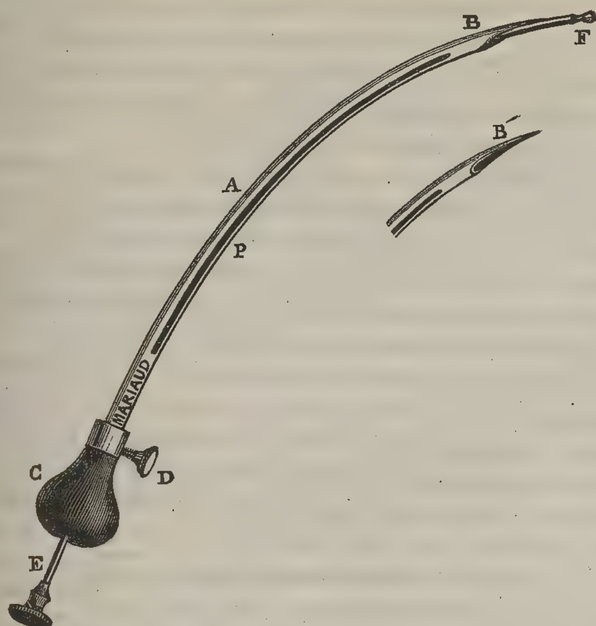
Cet instrument se compose :

1° D'une aiguille creuse A terminée par une pointe en bec de flûte, et montée sur un manche muni d'une vis de pression D, destinée à fixer la tige au mandrin E;

2° D'une tige F glissant à volonté dans l'aiguille ; à l'extrémité arrondie de cette tige est un collet ; on fixe le drain au moyen d'un fil.

Sur la face concave de l'aiguille, une cannelure permet de

glisser un bistouri, pour agrandir les ouvertures, si le chirurgien le juge convenable, ou même pour inciser complètement les parties comprises entre les deux ouvertures.



En faisant saillir l'extrémité du mandrin où en la retirant, on masque ou l'on dégage l'extrémité de l'instrument.

Description du nouveau trocart :

A aiguille creuse terminée en bec de flûte B.

C manche de l'instrument muni d'une vis de pression D.

E tige pleine glissant dans l'aiguille, portant à son extrémité un collet F.

Cet instrument présente sur les anciens trocarts les avantages suivants :

Il est d'une introduction plus facile et partant moins douloureuse ; la faculté de masquer la pointe permet d'explorer les cavités et de choisir le point de contre-ponction, sans lacérer les tissus ; il peut être transformé séance tenante en sonde cannelée.

Avec un seul trocart, on pourra passer des drains de différents diamètres.

VARIÉTÉS

Histoire de l'hôpital de Notre-Dame de Pitié de Paris (1612-1882) (1).

Par M. le docteur O. Guillier.

XII

LISTE DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DE LA PITIÉ DE 1813 A 1882

Médecins.

GOMBAULT. — Nommé médecin *titulaire* le 1er janvier 1874, en remplacement définitif de M. Marotte. — Sorti le... pour passer à Beaujon.

DAMASCHINO. — Nommé *provisoirement* à la Pitié le 1er janvier 1875, en remplacement de Lorain, décédé. — Sorti le 1er janvier 1876.

DUMONTPALLIER. — Nommé médecin *titulaire* le 1er janvier 1876, en remplacement de M. Damaschino, ancien service de Lorain. — Actuellement au même hôpital.

CHAUFFARD. — Nommé médecin *titulaire* le 5 février 1876, en remplacement de M. Vulpian. — Sorti le 24 décembre 1878, pour passer à la Charité.

STRAUS. — Nommé *provisoirement* à la Pitié le 12 octobre 1876, en remplacement de M. Chauffard *en congé*. — Sorti le 31 décembre 1876.

PÉTER. — Nommé médecin *titulaire* le 1er janvier 1877. — Sorti le 31 décembre 1881, pour passer à la Charité.

BROUARDEL. — Nommé médecin *titulaire* le 24 décembre 1878, en remplacement de M. Chauffard. — Actuellement au même hôpital.

LANCEREAUX. — Nommé médecin *titulaire* le 1er avril 1879, en remplacement de M. Desnos. — Actuellement au même hôpital.

CORNIL. — Nommé médecin *titulaire* le 27 décembre 1880, en remplacement de M. Gallard. — Actuellement au même hôpital.

AUDHOUI. — Nommé médecin *titulaire* le 1er janvier 1882, en remplacement de M. Péter.

Chirurgiens

CHEDIEU. — Nommé chirurgien-major à la Pitié le 15 septembre 1814, pour le service des Russes. — Sorti le 9 février 1815.

BERNARD (Claude-Joseph). — Nommé chirurgien aide-major à la Pitié le 15 septembre 1814, pour le service des Russes. — Sorti le 1er septembre 1815.

BÉCLARD. — Nommé chirurgien en chef de la Pitié le 1er octobre 1820. — Sorti en 1825.

LISFRANC. — Nommé chirurgien en chef de la Pitié le 1er mars 1825, en remplacement de M. Béclard. — Décédé en 1847.

GERDY. — Nommé, le 1er septembre 1828, chirurgien de seconde classe à la Pitié. — Sorti le...

LAUGIER. — Nommé chirurgien *titulaire* le 6 juin 1847, en remplacement de Lisfranc, décédé. — Sorti le 1er août 1853.

MICHON (Louis-Marie). — Nommé chirurgien *titulaire* le 15 mai 1848. — Nommé chirurgien *honoraire* le 1er janvier 1863.

DESPREZ. — Nommé *provisoirement* à la Pitié le 12 février 1848, en remplacement de M. Laugier, *en congé*. — Sorti le...

CUSCO (Edouard-Gabriel). — Nommé *provisoirement* à la Pitié le 24 juillet 1849, en remplacement de M. Michon, *en congé*.

SAPPEY (Marie-Philibert-Constant.) — Nommé *provisoirement* à la Pitié le 1er septembre 1849, en remplacement de M. Laugier, *en congé*. — Sorti le...

GIRALDÈS. — Nommé *provisoirement* à la Pitié le 1er septembre 1850, en remplacement de M. Laugier, *en congé*. — Sorti le...

GUÉRIN (Alphonse-François-Marie). — Nommé *provisoirement* à la Pitié le 25 août 1851, en remplacement de M. Michon, *en congé*. — Sorti le...

DEPAUL (Jean-Henri). — Nommé *provisoirement* à la Pitié le 25 août 1853, en remplacement de M. Laugier.

MARJOLIN. — Nommé *provisoirement* à la Pitié le 5 septembre 1853, en remplacement de M. Michon, *en congé*. — Sorti le....

DÉSORMEAUX (Antoine-Jean). — Nommé *provisoirement* à

(1) Suite. — Voir le numéro du 17 août 1882.

la Pitié le 25 décembre 1853, en remplacement de M. Marjolin (service de M. Michon). — Sorti le...

RICHET (Didier-Dominique-Alfred). — Nommé *provisoirement* à la Pitié le 24 avril 1854, en remplacement de M. Depaul. (Ancien service de Laugier.) — Sorti le...

MAISONNEUVE (Jacques-Gilles). — Nommé chirurgien *titulaire* le 20 octobre 1854, en remplacement définitif de M. Laugier. — Sorti le 31 décembre 1861, pour passer à l'Hôtel-Dieu.

DESORMEAUX (Antoine-Jean). — Nommé *provisoirement* à la Pitié le 15 août 1856, en remplacement de M. Michon, *en congé*.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 15 août 1882, ont été promus dans le corps de santé de l'armée de terre :

Au grade de médecin principal de première classe : MM. Pallé, en remplacement de M. Gaujot, promu ; Boisseau, en remplacement de M. David de Lestrade, retraité ;

Au grade de médecin principal de deuxième classe : MM. Delabrousse, en remplacement de M. Muller, retraité ; Molinier, en remplacement de M. Pallé, promu ; Milon, en remplacement de M. Boisseau, promu ;

Au grade de médecin-major de première classe : MM. Géniaux, en remplacement de M. Cotte, retraité ; Zaepffel, en remplacement de M. Ribadieu, retraité ; Boppe, en remplacement de M. François, retraité ; Poignon, en remplacement de M. Delabrousse, promu ; Rouget, en remplacement de M. Molinier, promu ; Crussard, en remplacement de M. Milon, promu ;

Au grade de médecin-major de deuxième classe : MM. Cicile, Huguenard, Testeau, Renaut-Maljean, Tournade et Wickersheimer ;

Au grade de pharmacien principal de deuxième classe : M. Babeau, en remplacement de M. Fontaine, retraité ;

Au grade de pharmacien-major de première classe : M. Zeller, en remplacement de M. Babeau, promu ;

Au grade de pharmacien-major de deuxième classe : M. Marty.

— Par arrêté en date du 1er août 1882, un enseignement spécial, à l'usage exclusif d'élèves sages-femmes externes, est institué, à titre gratuit, à la Faculté de médecine de Lyon, à partir du 1er novembre 1882.

Les matières de cet enseignement seront traitées en deux années.

Les élèves sages-femmes qui voudront suivre cet enseignement devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine et produire en même temps : 1° leur acte de naissance ; 2° un certificat dûment légalisé de bonne vie et mœurs ; 3° un certificat de vaccine ; 4° un certificat d'aptitude à l'examen préparatoire, prescrit par l'arrêté du 1er août 1879 ; 5° l'adresse d'un domicile réel et celle d'un correspondant.

Les inscriptions seront reçues au commencement de l'année scolaire jusqu'au 30 novembre, terme de rigueur, et la liste en sera transmise à M. le Recteur de l'Académie. Après le 30 novembre, aucune inscription ne sera autorisée.

Pendant leur scolarité, les élèves sages-femmes devront faire preuve d'une assiduité constante et d'une conduite irréprochable, et seront soumises, comme les internes et les élèves en médecine et dans les mêmes conditions, à toutes les règles de police et d'ordre intérieur établies dans l'hôpital. Sur le rapport du professeur, l'exclusion pourra être prononcée par M. le Doyen de la Faculté. Toutefois, il devra en être référé à M. le Recteur d'Académie.

L'enseignement donné par la Faculté aux élèves sages-femmes comprendra : 1° un cours théorique d'accouchements qui sera toujours précédé d'un exposé élémentaire des notions les plus importantes de l'anatomie et de la physiologie ; 2° des exercices pratiques. Le cours théorique sera fait par l'agrégé d'accouchements dans l'amphithéâtre de la clinique obstétricale et devra être suivi par les élèves de première et de deuxième année. Ce cours complet chaque année sera fait en deux trimestres et comprendra chaque semaine trois leçons, faites par l'agrégé, et une répétition ou conférence donnée par l'aide de clinique.

Les exercices pratiques seront dirigés par la sage-femme en chef de la clinique, sous la surveillance du professeur ou du chef de clinique. Ils comprendront, pour les élèves de première année, les soins à donner aux femmes en couches et aux enfants nouveau-nés, ainsi que l'examen des femmes enceintes ; et, pour les élèves de deuxième année, la pratique des accouchements et la continuation des exercices précédents.

Les élèves sages-femmes seront tenues de faire chaque année un stage hospitalier de dix mois. Pendant la première année, chaque élève devra faire un service de jour, consistant en soins quotidiens donnés aux accouchées et aux enfants nouveau-nés sous la surveillance de la sage-femme en chef, et trois fois par semaine en examens de femmes enceintes, sous la direction du professeur ou de l'agrégé d'accouchements. Ce service de jour aura lieu de huit à dix heures du matin et de trois à cinq heures du soir. Pendant la seconde année, chaque élève devra faire, au moins trois fois par semaine, un service de jour (le même que pendant la première année) et au moins une fois par semaine un service de nuit. Le service de nuit commencera à neuf heures du soir et finira à sept heures du matin. Seules, les élèves sages-femmes de deuxième année, de garde pendant la nuit, pratiqueront les accouchements naturels qui se présenteront, sous la direction de la sage-femme en chef ou de l'une des maîtresses sages-femmes. Pendant le jour, les accouchements naturels resteront le lot exclusif des étudiants en médecine.

Les élèves sages-femmes de garde ne pourront s'absenter de l'hôpital pendant toute la durée de leur service sans l'autorisation de la sage-femme en chef. L'assiduité des élèves sera constatée par un registre d'appel régulièrement tenu au cours théorique et par des feuilles de présence signées par les élèves à l'entrée et à la sortie de chacun des services de jour et de nuit.

Un certificat, délivré à la fin de l'année scolaire par la sage-femme en chef à chaque élève, devra contenir en outre le témoignage d'une conduite irréprochable et être visé par le professeur.

Aucune élève ne pourra suivre l'enseignement de la deuxième année si elle ne satisfait pas aux obligations d'assiduité et de conduite, et si elle ne fait pas preuve de connaissances suffisantes devant un jury composé du professeur de clinique obstétricale et de l'agrégé d'accouchements.

Les vacances des élèves sages-femmes seront combinées de manière que ces élèves puissent profiter des accouchements qui se font à la clinique pendant les vacances de la Faculté.

A la fin de la deuxième année scolaire, les élèves qui auront suivi les cours et exercices de la Faculté pourront se présenter aux examens de la première ou de la deuxième classe à leur gré. Les élèves refusées à leurs examens pourront être autorisées, à titre exceptionnel, à suivre les cours et exercices de la deuxième année, pour se préparer à subir une deuxième épreuve dans les délais voulus par le règlement.

Les élèves qui n'auront été reçues que pour la deuxième classe pourront être autorisées à suivre pendant une nouvelle année les exercices de deuxième année afin d'arriver à la première classe. Les sages-femmes de deuxième classe reçues en dehors de l'enseignement donné par la Faculté, et qui voudraient obtenir le diplôme de première classe, pourront également être autorisées à suivre l'enseignement de la deuxième année, à la condition de se soumettre aux obligations du présent règlement.

— M. le docteur Bernauer et M. Gobert, pharmacien, sont nommés membres du comité d'inspection et d'achats de la bibliothèque d'Oran.

— *Épidémies.* — D'une dépêche reçue à Bordeaux et datée de Gorée, il résulterait que l'état sanitaire paraissait s'améliorer. Huit décès causés par la fièvre jaune avaient été constatés jusqu'au 11 août, mais les six malades qui étaient à l'hôpital au moment du départ du paquebot *le Sénégal*, étaient en bonne voie de guérison. On affirmait de plus que Dakar, Rufisque et Saint-Louis étaient indemnes.

Par contre, d'après le journal *le Temps*, le choléra aurait fait de nouveau son apparition en Europe. En effet, depuis quelque temps déjà des bruits persistants signalaient la présence de cette affection en Arabie et en Égypte ; mais le fléau n'ayant pas pris d'extension, peu à peu les craintes s'étaient dissipées.

Voici maintenant que diverses dépêches annoncent que l'épidémie cholérique sévit à Varsovie, où, depuis le 4 août, soixante-huit personnes ont été atteintes, sur lesquelles vingt-sept ont succombé.

Enfin, on télégraphie de Limerick qu'un navire, ayant eu à bord deux cas de choléra asiatique, est arrivé à Feynes et a été soumis à la quarantaine.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons d'hygiène infantile, par J.-B. Fonssagrives, ancien professeur d'hygiène et de clinique des enfants, etc. 1 vol. in-8°. — Prix : 10 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Examen fonctionnel de l'œil, comprenant la réfraction, le choix des lunettes, la perception des couleurs, le champ visuel et les mouvements des yeux, par le docteur J. Masselon, premier chef de clinique du docteur de Wecker. Un beau vol. in-18, cartonné, avec figures dans le texte et 14 planches en couleur hors texte. — Prix : 8 francs. — Paris, O. Doin.

Le Sabbat des sorciers (premier volume de la Bibliothèque diabolique), par Bourneville et Teinturier. Plaquette grand in-8° carré de 40 pages, avec 25 figures dans le texte et une planche hors texte. Il a été tiré de cet ouvrage 500 exemplaires numérotés à la presse. — Numéros 1 à 300, papier blanc vélin, prix broché : 3 francs, cartonné, 4 francs ; numéros 301 à 450, papier parchemin, prix : 4 francs ; numéros 451 à 500, papier Japon, prix : 6 francs. — Paris, librairie du *Progrès médical*.

Contribution à l'étude de la valeur séméiologique des écoulements cérébraux, par le docteur Bonnamy. In-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Des fibromes du col de l'utérus au point de vue de la grossesse et de l'accouchement, par le docteur Chahbazian. In-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Étude sur l'accouchement prématuré artificiel, ses indications en dehors des rétrécissements du bassin ; principaux procédés opératoires, par le docteur Picard. In-8°. Prix : 3 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 13277.

N° 97. — JEUDI 24 AOUT 1882. 55e ANNÉE. JEUDI 24 AOUT 1882. — N° 97.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.



PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. le professeur Vulpian a communiqué à l'Académie le résultat de ses recherches sur le traitement de la fièvre typhoïde par divers agents antiseptiques, et une discussion assez vive s'est engagée à ce propos.

Après les travaux de M. Pasteur sur les organismes inférieurs, qui, par leur prolifération, causent les maladies contagieuses, il était légitime d'espérer que, peut-être, on arrêterait les progrès de telle ou telle de ces maladies par des substances détruisant ces germes ou affaiblissant leur vitalité.

Jusqu'ici cet espoir n'a pas été rempli. Dans un grand nombre d'expériences, à quelques-unes desquelles nous avons assisté et dont nous comptions parler bientôt dans une revue clinique, M. Vulpian a vu, il est vrai, la température s'abaisser d'une façon très-remarquable, particulièrement sous l'action de l'acide salicylique et l'état général s'amender en même temps; mais la durée de la fièvre typhoïde n'en a pas paru devenir moindre, et rien ne prouve qu'elle ait perdu de sa léthalité.

Bien d'autres moyens peuvent également faire disparaître l'hyperthermie, sans modifier le pronostic, par exemple l'acide phénique, le sulfate de quinine, que M. Hallopeau a employé concurremment avec le salicylate de soude, les bains froids ou même les bains tièdes, comme les fait donner M. Lancereaux. Hier encore, dans le service de celui-ci, à la Pitié, nous avons vu une malade qui, à la suite d'un bain tiède d'une heure de durée, avait présenté un abaissement de température de 2 degrés 1/2.

Mais il faut reconnaître que cet effet, quand il est produit par l'acide salicylique à hautes doses, paraît plus durable que dans les autres cas.

La discussion a porté surtout sur les chances qu'on pourrait avoir de guérir réellement la fièvre typhoïde. M. Jules Guérin, qui a rappelé ses beaux mémoires sur ce sujet, croit qu'il est dans cette maladie une première période durant laquelle une intervention médicale peut être pleinement efficace. Tel paraît être aussi l'avis de M. Vulpian, et ce que nous avons vu nous-même dans diverses épidémies nous conduirait plutôt à l'admettre. Mais MM. Villemin et Depaul sont d'une opinion tout à fait contraire. Suivant eux, la fièvre typhoïde, pleinement constituée dès les premiers symptômes, ne serait jamais susceptible d'être abrégée ou atténuée au point de vue du pronostic par aucun des moyens connus.

HOPITAL LAENNEC. — M. DAMASCHINO.

Deux cas de paralysie pseudo-hypertrophique (1).

(Leçon recueillie par M. DUPLAIX, interne du service, revue par l'auteur.)

II

Chez le jeune Savoisien, il existe deux phénomènes importants, à savoir : l'augmentation considérable du volume de certains muscles, notamment de ceux du mollet, et une excessive faiblesse de ces masses musculaires si puissantes en apparence. Eh bien! il n'y a qu'une seule maladie qui puisse donner lieu à la réunion de ces deux symptômes, c'est la paralysie pseudo-hypertrophique : volume considérable des masses musculaires et faiblesse plus ou moins grande de ces muscles, telle est la caractéristique de cette affection. Vous noterez seulement que, chez notre malade, certains muscles ont subi une atrophie extrême : si, par exemple, on ne tenait compte que de l'état des pectoraux, on serait amené à porter un tout autre diagnostic. Aussi, dans les cas difficiles, convient-il d'examiner attentivement le système musculaire tout entier.

Cette précaution indispensable, que je vous recommande d'une façon toute spéciale, trouve immédiatement son application chez notre second malade. Le jeune Lucien, en effet, ne présente pas d'hypertrophie musculaire apparente : il a, au contraire, presque tous les muscles atrophiés, et, cependant, je n'hésite pas à vous affirmer qu'il est atteint de la même maladie que son camarade. Mon diagnostic s'appuie non-seulement sur les symptômes actuellement existants, mais encore sur l'évolution des phénomènes morbides que nous connaissons d'une manière toute spéciale.

C'est à dix ans, vous vous en souvenez, que notre jeune Savoisien a été pris de faiblesse, en même temps que ses mollets augmentaient de volume. Avant cet âge, il marchait comme ses petits camarades, et c'est à partir de cette époque seule-

(1) Suite. — Voir le numéro du 22 août 1882.

ment qu'il a commencé à prendre cette démarche particulière, ce dandinement qui nous a frappés dès l'abord, au moment où le malade arrivait dans nos salles, envoyé par mon excellent collègue M. Nicaise, à la consultation duquel il s'était premièrement présenté.

De même, le jeune Lucien était un enfant robuste et dont le système musculaire, bien développé jusqu'à l'âge de treize ans, faisait l'admiration de sa famille, notamment par le volume excessif des mollets. Jusqu'à cette époque, l'enfant ne présente rien d'anomal dans la démarche, mais à ce moment, tout en conservant ses muscles volumineux, il commence à se plaindre d'une fatigue rapide quand il marche, et ses parents remarquent qu'il a de la tendance à traîner la pointe de ses pieds, ses chaussures étant toujours usées à ce niveau. (Cette tendance des enfants à marcher sur le bout des pieds est un fait important pour le diagnostic, car elle existe à divers degrés chez tous les malades.) Malgré des exercices gymnastiques répétés, Lucien devient de moins en moins adroit, se fatigue très-vite, et enfin on est obligé de lui faire cesser ce traitement. Malgré le volume toujours remarquable des muscles des bras et des jambes, la faiblesse augmente, bientôt on s'aperçoit qu'il a de la peine à se mettre debout, à se lever quand il est assis.

A l'âge de quinze ans, il ne pouvait marcher que sur la pointe des pieds et, pour se tenir debout, il lui fallait écarter les jambes et porter l'un des pieds au-devant de l'autre dans cette position, le malade pouvait leur faire toucher le sol par les faces plantaires, tandis que les pieds étant rapprochés, la station se faisait sur leur pointe. Par suite, l'affaiblissement des membres a été en augmentant, les muscles ont maigri et le patient est arrivé à cet état d'émaciation que vous avez constaté, ne conservant que le libre usage de ses mains et de ses doigts.

Ce jeune homme a donc présenté, alors qu'il possédait une belle musculature, et, fait important sur lequel j'insiste, des mollets que tout le monde admirait; ce jeune homme a présenté une faiblesse progressive qui est allée en augmentant chaque jour. C'est là un début absolument semblable à celui que nous avons constaté chez notre jeune Savoisien; mais, actuellement, nos deux malades sont dans une situation bien différente, puisque chez l'un l'atrophie musculaire est presque générale, tandis que chez l'autre elle est très-localisée.

Chez nos deux malades, l'examen avec les courants faradiques nous a donné des résultats identiques. La contractilité électrique est diminuée dans tous les muscles; quelques-uns semblent même l'avoir perdue en totalité, mais si l'on vient à électriser les nerfs mêmes de ces muscles qui ne répondent plus à l'excitation directe, on obtient une contraction affaiblie, il est vrai, mais du moins très-nette.

J'ai pu, grâce au harpon de Duchenne (de Boulogne), étudier chez ces deux malades l'état des muscles, et l'examen que j'en ai fait vient encore confirmer le diagnostic porté. Les lésions musculaires ne sont nullement comparables à celles que l'on observe dans le cas d'atrophie par lésion cérébrale; elles diffèrent également des altérations constatées dans l'atrophie musculaire progressive et la paralysie spinale de l'enfance. La dissociation des petits fragments musculaires enlevés par le harpon montre chez nos deux malades des fibres musculaires normales avec leurs stries et leurs noyaux; toutefois à côté de ces dernières, il en existe d'autres plus petites, dont les stries sont conservées, mais qui sont entourées de tissu conjonctif auquel se mêlent des cellules adipeuses. Dans les muscles les plus altérés, nous trouvons une diminution considérable du volume des fibres musculaires; elles ont encore conservé leur striation, mais dans le champ de la préparation, on ne retrouve que du tissu conjonctif avec de la graisse et seulement une ou deux fibres striées, évidemment atrophiées. Duchenne a insisté sur ces lésions des muscles et a montré qu'elles étaient la caractéristique de la paralysie pseudo-hypertrophique.

Voici, d'ailleurs, quelques détails sur les résultats précis fournis par l'examen histologique des fragments musculaires ramenés à l'aide du harpon. Chez notre Savoisien, au niveau des muscles du mollet qui, vous vous en souvenez, sont très-volumineux, c'est le tissu adipeux qui constitue l'élément essentiel, puis on trouve quelques faisceaux conjonctifs et des fibres musculaires légèrement diminuées de volume, mais dont la situation est normale. Par contre, dans le grand pectoral, très-atrophié, les faisceaux du muscle sont rares et très-étroits, quoiqu'avec stries transversales bien conservées; au milieu d'abondantes cellules graisseuses existent des éléments conjonctifs en grand nombre. Chez le jeune Lucien, les résultats obtenus sont à peu près les mêmes. Les fragments du triceps brachial, seul muscle à peu près normal chez notre jeune malade, sont constitués par des fibres de dimension et de striation normales, entourées de faisceaux bouclés du tissu conjonctif, mêlés d'un peu de graisse. Il ne faudrait pas croire (comme on a pu le dire quelquefois) que le harpon saisisse plus spécialement les tissus fibreux de préférence aux éléments musculaires eux-mêmes. Vous pouvez voir sous le microscope une préparation provenant d'un malade atteint de paralysie de cause cérébrale; or, dans ce cas, l'instrument de Duchenne a ramené exclusivement des fibres striées sans éléments conjonctifs. Je n'hésite pas à l'affirmer, on doit accorder une confiance absolue à ce mode d'exploration, qui nous permet bien réellement de faire l'*anatomie pathologique vivante*. Examinez comparativement le biceps du jeune Lucien : les fibres musculaires ont conservé leur striation transversale, mais comparez leur faible diamètre aux dimensions des fibres normales! Vous constaterez, en outre, qu'elles sont peu nombreuses et comme étouffées au milieu d'éléments du tissu fibreux et de quelques rares cellules adipeuses. Vous le voyez donc, la lésion qui prédomine chez notre second malade, c'est la sclérose, tandis que la production du tissu graisseux est beaucoup plus considérable chez notre Savoisien.

Les projections des préparations que j'ai faites vous montrent bien ces lésions ; elles sont, comme vous pouvez le constater, en tout comparables à celles qui sont décrites et dessinées dans le livre de Gowers. Il vous sera facile de reconnaître la différence qui sépare ces altérations de celles qui caractérisent la paralysie infantile; dans celle-ci, les fibres musculaires sont également variables dans leur volume et beaucoup plus atrophiées; mais le tissu conjonctif fait à peu près défaut et la préparation ne contient que des fibres musculaires à divers degrés d'atrophie et une quantité très-variable de cellules adipeuses.

En définitive, les lésions des muscles, de même que l'évolution des symptômes morbides, se ressemblent chez nos deux malades. C'est donc encore une preuve de plus à l'appui de notre diagnostic. Eh bien, ce diagnostic trouve encore sa confirmation dans la connaissance d'un fait dont je vais vous parler maintenant. La paralysie pseudo-hyper-

trophique est une maladie héréditaire au premier chef; or le jeune Lucien a trois sœurs, et toutes les trois présentent à des degrés variables les signes de la même affection : il en résulte que nous pouvons en quelque sorte suivre chez elles les modifications graduelles de la forme classique, modifications qui aboutissent finalement au type très-effacé que nous observons chez leur frère. La sœur aînée, qui est âgée de dix-sept ans, a eu, dès ses premières années, les mollets très-volumineux; à l'âge de huit ans, elle a commencé à se plaindre d'une fatigue rapide durant la marche qui devint difficile, et pendant laquelle la fillette, traînant toujours la pointe des pieds, usait ses chaussures au bout de la semelle. Actuellement, l'augmentation du volume des mollets a disparu et cette jeune fille présente, comme son frère, une forte déformation du pied avec prédominance de l'équinisme. C'est, en outre, un pied creux avec tendance à la griffe. Il existe également, chez cette malade, une scoliose avec un certain degré d'ensellure lombaire manifestement produite par l'insuffisance musculaire des masses dorso-lombaires.

Chez la sœur cadette, qui a quinze ans, nous n'avons constaté qu'une certaine augmentation du volume des mollets, notamment du côté gauche, où la circonférence de la jambe est d'un centimètre et demi plus large que celle du côté droit; comme sa sœur aînée, depuis plusieurs années, elle se fatigue vite en marchant et use ses chaussures à la pointe. Il faut noter aussi que la jeune fille offre également une légère scoliose.

Enfin, sa toute jeune sœur, qui a huit ans, présente, comme vous pouvez le voir sur ces photographies projetées, des mollets volumineux; or, contraste frappant, depuis l'âge de six ans, elle a beaucoup de peine à marcher ou à rester un certain temps debout, sans accuser une grande lassitude; dès que la fatigue commence, un nouveau symptôme apparaît, c'est l'ensellure lombaire, indice du mauvais fonctionnement des muscles longs du dos; j'ai pu vérifier moi-même ce fait lorsque l'enfant restait immobile pendant qu'on le photographiait.

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE. — M. COURSERANT.

Cataracte diabétique, opération, succès.

(Observation recueillie par M. LEVISTE, chef de clinique.)

L'année dernière, dans ce journal (1), nous avons publié l'observation d'une cataracte diabétique incomplète et pour laquelle notre maître, M. Courserant, avait fait une iridectomie préventive avec plein succès. Cette année, la malade est revenue à la clinique pour qu'on lui enlève sa cataracte arrivée à son entier développement. C'est cette seconde partie de l'opération que nous allons rapporter aujourd'hui :

Mme B..., de Pacy-sur-Eure, revient à la clinique le 18 avril 1882. L'opacification du cristallin est complète. La projection rétinienne est normale; la malade distingue nettement le jour de la nuit et, dans la chambre noire, elle perçoit assez nettement la flamme d'une lampe qu'on place dans différentes positions, l'œil restant fixe. L'examen des urines montre que la quantité de sucre est considérable.

Le lendemain, 19 avril, M. Courserant pratique l'extraction de la cataracte. Le cristallin sort facilement; mais il n'en est pas de même des débris capsulaires, la partie externe de la plaie ayant donné lieu à un épanchement sanguin dans la chambre antérieure. On instille deux gouttes d'un collyre à l'ésérine : eau distillée, 30 grammes; sulfate neutre d'ésérine, 10 centigrammes; puis on fait un pansement antiseptique avec le salicol.

A partir de ce moment, les urines sont recueillies pendant vingt-quatre heures; la quantité est de deux litres; nous les faisons analyser, et le résultat est de 42 gr. 50 de sucre par litre.

Le 20 avril, le pansement est renouvelé. Aucune trace de pus ou de muco-pus sur les linges. La chambre antérieure n'est pas encore reformée, car la cicatrisation n'est commencée qu'en deux points. L'épanchement sanguin est résorbé en grande partie, ce qui permet de voir nettement les débris capsulaires. On instille deux gouttes de collyre à l'ésérine et on réapplique un pansement antiseptique.

Le 21 avril, c'est-à-dire quarante-huit heures après l'opération, quand on lève le second pansement, il se produit une petite hémorrhagie dans la chambre antérieure, qui tranche par sa couleur rutilante sur le sang épanché l'avant-veille. La cicatrisation, quoique incomplète, est cependant plus avancée qu'hier. La malade compte facilement les doigts. Pansement antiseptique.

Le 22 avril, par conséquent le troisième jour, la cicatrisation est complète pour la lèvre interne de la plaie; la chambre antérieure est reformée; le sang épanché la veille est presque entièrement disparu. Il existe bien une toile capsulaire, mais celle-ci n'occupe que la moitié du champ pupillaire. Après avoir instillé quatre gouttes d'un collyre à l'atropine, on refait un pansement antiseptique.

Le 23 avril, quatrième jour, quatre gouttes d'atropine et pansement. La malade compte très-bien les doigts.

Nous avons fait de nouveau recueillir les urines de vingt-quatre heures et nous les portons à M. le docteur Henninger, professeur agrégé. Nous le prions en même temps de rechercher s'il y a du sucre dans le cristallin. Voici la note qu'il nous a remise :

« Quantité par vingt-quatre heures : 1,970 centimètres cubes.

Réaction faiblement acide.

Densité = 1,037.

Glucose, 56 grammes 5 par litre; ce qui fait 110 grammes 3 par vingt-quatre heures.

Pas d'autres éléments anomaux.

Dans le cristallin, il n'a pas été possible de déceler avec certitude la présence de la glucose. »

Le 24 avril, cinquième jour, plus de sang dans la chambre antérieure. Même traitement.

Le sixième jour, la lèvre externe de la plaie est cicatrisée. La toile est un peu moins grande. On laisse l'œil débandé.

Le 26 avril, c'est-à-dire sept jours après l'opération, la malade quitte la clinique avec une vision très-satisfaisante.

En publiant cette observation, nous avons voulu apporter une nouvelle preuve contre ceux qui défendent d'opérer les cataractes diabétiques, car notre malade a guéri malgré la quantité énorme de sucre contenue dans ses urines.

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 27 décembre 1881, nº 149, page 1186.

SUR LES PROPRIÉTÉS DES ANTISEPTIQUES
ET DES PRODUITS VOLATILS DE LA PUTRÉFACTION

Par le docteur Gustave LE BON.

(Note présentée à l'Académie des sciences, le 31 juillet 1882.)

Les recherches sur les antiseptiques et sur l'action des glycéro-borates de sodium et de calcium, que j'ai eu l'honneur de présenter récemment à l'Académie, m'ont conduit à des résultats que j'exposerai prochainement en détail et dont voici les conclusions :

1º Le pouvoir désinfectant d'un antiseptique quelconque varie

considérablement, toutes choses restant égales d'ailleurs, suivant l'époque à laquelle remonte le début de la putréfaction. Ce pouvoir est d'autant plus faible que la putréfaction est plus ancienne. Si on prend pour liquide normal une solution aqueuse contenant le dixième de son poids de viande hachée, cette solution exhalera, dès les premiers temps de la putréfaction, une odeur très-fétide, mais qui sera détruite par une quantité relativement minime d'antiseptique. Au bout de deux mois environ, il se sera développé des corps nouveaux d'une odeur spéciale qui ne sera détruite, contrairement à ce qu'on pourrait supposer, que par des proportions au moins deux fois plus grandes des mêmes antiseptiques;

2° Si on veut mesurer la puissance des antiseptiques, en prenant pour base leurs propriétés désinfectantes sur un poids donné de la solution normale mentionnée plus haut, on voit que les désinfectants les plus puissants sont les permanganates de potasse, le chlorure de chaux, le sulfate de fer acidifié par l'acide acétique, l'acide phénique et les glycéroborates de sodium et de potassium. Pour désinfecter par exemple 10 centimètres cubes de la solution normale précédente, il faudra 500 centimètres cubes d'eau saturée d'acide salicylique, 80 d'une solution saturée d'acide phénique, 80 d'une solution contenant 10 pour 100 de glycéroborate de sodium, et quelques gouttes seulement d'une solution de permanganate de potasse au centième;

3° Il n'y a aucun parallélisme entre l'action désinfectante d'un antiseptique et son action sur les microbes. Le permanganate de potasse, qui est un des plus puissants désinfectants, n'exerce aucune action appréciable sur les microbes. L'alcool, qui entrave au contraire à la longue leur développement, n'exerce sur les produits de la putréfaction qu'une action désinfectante très-faible;

4° Il n'y a pas davantage de parallélisme entre le pouvoir d'empêcher la production de la putréfaction et celui de l'arrêter quand elle a pris naissance. L'alcool et l'acide phénique, qui sont des agents préservatifs par excellence, n'ont qu'une action très-faible sur la putréfaction quand elle est commencée; et si l'acide phénique est si utile en chirurgie, c'est uniquement comme agent préventif;

5° A l'exception d'un très-petit nombre de corps qui sont des agents toxiques redoutables, tels que le bichlorure de mercure, la plupart des antiseptiques, et notamment l'acide phénique, n'ont sur les bactéries qu'une action très-faible. Lorsqu'on mélange 10 centimètres cubes de la solution normale précédente à 50 ou même à 100 centimètres cubes d'eau saturée d'acide phénique, les plus grosses bactéries sont immobilisées, mais les plus petites restent vivaces et se reproduisent parfaitement par des cultures. Je possède des solutions phéniquées, vieilles de quatre mois, riches en bactéries. Je considère même que l'acide phénique est un des meilleurs liquides qu'on puisse employer pour conserver pendant longtemps des bactéries vivantes;

6° Les expériences faites sur les alcaloïdes cadavériques ne pouvaient servir à résoudre la question de savoir si les alcaloïdes volatils, qui donnent à la putréfaction son odeur, sont toxiques, car ces expériences ont été faites généralement en introduisant dans l'économie des produits de la putréfaction contenant des bactéries auxquelles on pouvait attribuer les accidents observés. Après avoir essayé plusieurs procédés opératoires, j'ai simplement introduit des grenouilles dans un bocal au fond duquel se trouvait une couche très-mince du liquide normal cité plus haut. Dans ces conditions, on observe qu'au début de la putréfaction le liquide, bien que riche en hydrogène sulfuré, possédant une odeur extrêmement fétide, fourmillant de bactéries, et, comme on le sait, très-virulent quand on l'injecte sous la peau, n'exerce aucune action appréciable sur les animaux qui le respirent. Le même liquide, vieux de deux mois, et n'ayant plus, comme on le sait également, de propriétés virulentes, tue au contraire en quelques minutes les animaux qui le respirent. Il n'y a donc aucun parallélisme entre le pouvoir virulent d'un corps en putréfaction et le pouvoir toxique des composés volatils qui s'en dégagent. Ces deux propriétés semblent même en raison inverse l'une de l'autre;

7° La quantité très-faible des produits de la putréfaction avancée nécessaire pour tuer un animal par simple mélange avec l'air qu'il respire, montre que ces alcaloïdes volatils sont extrêmement toxiques. Les observations que j'ai involontairement eu l'occasion de faire sur les personnes ayant pénétré dans mon laboratoire, et sur moi-même pendant mes expériences, m'ont montré que ces alcaloïdes étaient également toxiques sur l'homme. Je ne connais qu'un très-petit nombre de corps, tels que la nicotine, l'acide prussique et le nouvel alcaloïde que j'ai extrait du tabac qui soient aussi toxiques;

8° Les expériences qui précèdent expliquent les accidents qui ont accompagné l'exhumation de corps enterrés depuis longtemps, et prouvent que l'atmosphère des cimetières peut, contrairement à ce qui a été avancé en se basant sur la faible richesse en microbes, être très-dangereuse. Ces mêmes expériences expliquent ces faits si souvent constatés d'épidémies de fièvres typhoïdes et d'affections analogues, reconnaissant comme point de départ l'action de substances volatiles dégagées de matières en putréfaction. Les alcaloïdes volatils, engendrés par l'action des microbes sur certaines substances organiques, jouent sans doute dans bien des affections un rôle fort important.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 août 1882. — Présidence de M. le baron Larrey.

CORRESPONDANCE

La correspondance non officielle comprend :

1° Des lettres de remerciement de Jacob Weill, Longet, Colgeot, lauréats de l'Académie;

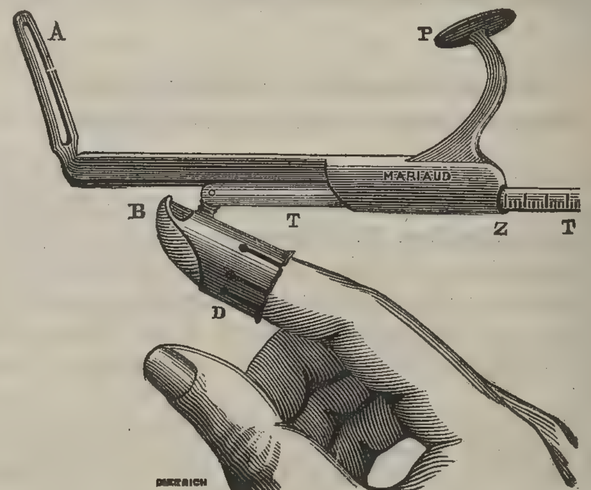
2° Une note de M. Grellety, de Vichy, sur le traitement du hoquet simple par le sucre imbibé de vinaigre.

PRÉSENTATION

M. Depaul présente, au nom de M. Crouzat, un mémoire intitulé : *Nouveaux éléments de pelvimétrie et de pelvigraphie obstétricale,* et en même temps un instrument destiné à mesurer les rétrécissements antéro-postérieurs du bassin, fabriqué par M. Mariaud.

Cet instrument, auquel le docteur Crouzat a donné le nom de pelvimètre direct à arc tangent au pubis se compose de :

1° Une tige directrice graduée TT portant à une de ses extrémités un doigtier D, mobile dans tous les sens, terminé par une boucle B destinée à placer entre l'ongle et la pulpe du doigt qui,



par la disposition de l'instrument conserve toute sa sensibilité;

2° Un curseur muni d'une poignée P sous laquelle se trouve un cylindre creux, dans lequel glisse la tige directrice.

On lit en Z, extrémité du curseur, le chiffre indiquant la longueur du diamètre mesuré.

A l'autre extrémité est un arc de cercle fenêtré appartenant à une circonférence de 8 centimètres de rayon.

L'emploi du nouveau pelvimètre est très-simple.

On place l'index dans le doigtier, l'ongle sur la boucle B, on ramène le point d'attache du doigtier contre le cylindre d'articulation et l'on saisit le curseur, entre l'index et le médius comme une plume à écrire; on introduit ensuite l'index de l'autre main dans le vagin, de manière à relever les parties molles, puis l'on glisse l'arc du curseur entre le doigt et le pubis, on retire le doigt et l'on saisit le curseur à la poignée. Le doigt qui porte la tige directrice va se placer contre le promontoire, l'on tire le curseur à soi avec douceur, mais en obtenant le plus grand écartement possible, entre l'extrémité de l'index qui touche et l'arc du curseur placé contre la face postérieure du pubis.

LECTURE

Sur le traitement de la fièvre typhoïde par l'acide salicylique. — M. VULPIAN rappelle d'abord les résultats qu'il avait obtenus contre la fièvre typhoïde par le salicylate de bismuth, le phénate de soude et l'acide borique.

Le salicylate de bismuth, à la dose de 12 grammes par jour, a produit un abaissement remarquable de la température et en même temps une amélioration incontestable dans l'état général du malade; mais l'amélioration n'a pas été durable et, dans quelques cas, il s'est produit des phénomènes de dyspnée et des hémorrhagies. A doses plus faibles, ce remède ne produit plus que des modifications sans grande importance. Les selles étaient désinfectées; la durée de la maladie et sa gravité ne paraissent pas avoir été influencées par ce médicament.

Le phénate de soude a été donné sous forme de pilules contenant chacune 15 centigrammes de sel. Quelques malades en ont pris sous cette forme plus de 2 grammes par jour. Les effets n'ont pas été très-saillants. Dans les cas où la maladie était légère, il y a eu un abaissement thermique notable, mais lorsqu'il s'agissait d'un cas d'une certaine gravité, l'influence sur la température a été peu marquée.

L'acide borique en solution a été prescrit à la dose de 12 à 16 grammes par jour dans un litre de limonade tartrique. Chez un malade, il y a eu des vomissements à la dose de 16 grammes. La dose de 12 grammes a été très-bien supportée dans tous les cas. Mais il n'y a pas eu d'action thérapeutique bien accusée.

Quant à l'acide salicylique, déjà employée par un certain nombre de médecins, particulièrement en Allemagne, il a été employé d'abord mêlé à du phosphate de chaux, puis à du sucre de lait, et enfin on l'a donné seul.

On a commencé par de faibles doses chez les premières malades, et on en est arrivé progressivement jusqu'à 6 et 7 grammes par jour. A partir de ce moment, chez les autres malades, on a administré 6 grammes dès le début et on monte à 7 grammes. Il n'y a jamais eu d'autre accident que, chez de très-jeunes gens, un peu de délire, qui cessait aussitôt le remède cessé pendant vingt-quatre heures. Chez la plupart des malades, il y a eu un abaissement considérable de température, deux à trois degrés en deux à trois jours, et en même temps l'état général s'est amélioré.

Le salicylate de soude était donné à l'état pulvérulent à dose de 25 à 30 centigrammes de demi-heure en demi-heure.

Les effets obtenus sur la température et l'état général persistèrent pendant les jours suivants, avec de faibles variations. Quand on continua le remède, ces effets ont toujours paru beaucoup plus marqués que ceux de l'acide borique à la dose de 12 grammes, du sulfate de quinine à la dose de 2 grammes, du phénate de soude à cette même dose, donnés parallèlement à des malades qui semblaient également atteints. Souvent même, au bout de quelques jours, M. Vulpian, n'obtenant rien par d'autres remèdes, employait subitement l'acide salicylique, et l'abaissement de température se dessinait en un jour ou deux. Cet abaissement s'accentuait encore dans la convalescence quand l'acide salicylique était continué. On voyait alors la température descendre au-dessous de 36 degrés, à 35,8 ou 35,6 ou même 35,5.

En un mot, sans constituer un agent véritablement curatif, car la durée de la maladie a toujours été à peu près normale, l'acide salicylique, prescrit à doses suffisantes, peut être considéré comme exerçant une action modératrice assez puissante dans la fièvre typhoïde, et à ce titre, en attendant mieux, dit M. Vulpian, il me paraît devoir prendre place dans le traitement habituel de la maladie.

Une autre question se pose, à propos de laquelle les renseignements nous font absolument défaut. L'acide salicylique ne pourrait-il pas être employé comme prophylactique dans certaines conditions d'épidémidité de la fièvre typhoïde? S'il était prouvé que le contage de la fièvre typhoïde s'introduit presque toujours dans l'organisme par la voie digestive, il serait permis de supposer que l'ingestion quotidienne dans l'estomac d'une petite dose d'acide salicylique pourrait peut-être annihiler ou paralyser le poison typhoïde avant son absorption par les parois du canal gastro-intestinal.

DISCUSSION

M. BOUCHARDAT considère la communication de M. Vulpian comme doublement intéressante. L'épidémie de fièvre typhoïde qui paraît se développer de plus en plus à Paris, surtout dans les quartiers excentriques habités par les étrangers, doit faire désirer un moyen prophylactique; et d'une autre part les expériences qui ont trait à des substances antiseptiques employées dans des maladies qui ont probablement un germe, sont tout à fait à l'ordre du jour. Au nombre des antiseptiques, il en est un, la thérébentine, qu'on n'a point encore essayé. L'administration en est facile. Ce n'est pas un poison dangereux pour l'homme, et tous les germes des fermentations en sont facilement tués.

M. JULES GUÉRIN rappelle que dans des mémoires communiqués tant à l'Académie des sciences qu'à l'Académie de médecine, il a prouvé qu'il existait en effet un germe typhique. Ce germe, facile à retrouver dans les matières fécales contenues dans l'intestin des typhiques, a pu être inoculé avec un plein succès sur des animaux par M. Jules Guérin. Il a également montré que cet agent morbide devait se multiplier par une fermentation interne, et que dans la première période de la maladie, avant qu'elle fût établie d'une façon définitive, ce qui importait par-dessus tout était d'évacuer les produits intestinaux. Il est de tradition de purger au début des fièvres typhoïdes; et cette tradition est très-bien fondée. On peut espérer ainsi arrêter une maladie commençante, en prévenir le développement ultérieur, la limiter à une durée de quelques jours. Durant cette première période, ce qui convient donc par-dessus tout, ce sont les évacuants.

Plus tard, la maladie une fois confirmée, il faudrait plutôt des neutralisants. Parmi les substances qui peuvent être employées dans ce but se trouve le charbon, que M. Jules Guérin a souvent prescrit avec grand avantage.

M. VULPIAN avait l'intention de citer M. Jules Guérin, dont il a lu avec grand intérêt les remarquables mémoires. S'il ne l'a pas fait, c'est par oubli.

M. LANCEREAUX demande s'il est bien exact de dire que l'acide salicylique exerce une action médicatrice dans la fièvre typhoïde. Il croit plutôt que ce remède se borne à produire de l'hypothermie, résultat qu'on peut obtenir par d'autres moyens, sans modifier aucunement la marche de la maladie, sans en atténuer la gravité.

Dans son service, M. Lancereaux abaisse la température à l'aide de bains tièdes et de teinture de digitale. La température du bain est de 28 à 30 degrés, sa durée d'une heure, et souvent après ce bain la température se trouve abaissée de plus de 2 degrés. Mais le fond de la maladie n'en est nullement modifié, ni sa gravité ni sa longueur.

M. VULPIAN ne comprendrait pas une hypothermie obtenue directement par un médicament interne qui n'agirait pas sur les éléments anatomiques. Un bain pourrait produire physiquement cet effet, mais un vrai remède doit d'abord agir sur les éléments anatomiques dont le fonctionnement, modifié par la maladie, produit un excès de chaleur. D'ailleurs l'état général s'améliore en même temps que la température s'abaisse.

M. LANCEREAUX admet parfaitement que l'abaissement de température en pareil cas n'est pas un effet direct et physique. L'acide salicylique abaisse évidemment la température en agissant d'abord sur le système nerveux ; mais la question est de savoir si la maladie est moins grave quand la température est basse. Chez un certain nombre de malades, les accidents les plus effrayants, dyspnée intense, pouls incomptable, etc., coïncidaient chez des typhiques avec une température qui n'atteignait pas 38 degrés. La mort n'en survenait pas moins.

M. VILLEMIN ne veut pas admettre qu'il y ait dans la fièvre typhoïde une première période pendant laquelle on puisse arrêter cette maladie par une médication quelconque. Dès le premier jour, dès le premier mal de tête, suivant lui, la fièvre typhoïde est déjà confirmée. Dans l'armée, on voit les soldats se présenter dès qu'ils ne peuvent plus faire leur service, et s'il existe une épidémie qui mette en garde, ils sont sur-le-champ envoyés à l'hôpital. Ils y arrivent donc sans aucun retard. Eh bien, rien ne peut arrêter les progrès de la maladie. Les purgatifs, loin d'être utiles, sont plutôt nuisibles. C'est ainsi qu'on voit ceux qui ont été purgés à plusieurs reprises avant leur entrée, aller un peu mieux dès qu'ils se reposent, dès qu'ils ne sont plus fatigués, soit par des purgatifs, soit de toute autre manière. Les fièvres typhoïdes sont graves ou légères, longues ou courtes, suivant les années, suivant les influences épidémiques. Cette année elles ne sont pas graves, bien qu'elles soient extrêmement nombreuses, dans les hôpitaux militaires, et toutes les médications y donneront de beaux succès. D'autres fois, c'est tout le contraire.

M. BOULEY. Les expériences de M. Vulpian ne conduisent-elles pas à penser que l'abaissement de température peut avoir un effet direct sur le développement du microbe, cause de la fièvre typhoïde? M. Pasteur a déjà montré qu'en abaissant la température des poules, il les rendait susceptibles de contracter le charbon, et, d'une autre part, une contre-expérience a été faite dans le laboratoire de M. Bouley sur les grenouilles, qu'on rend capable de contracter la même maladie en élevant leur température. Il est donc probable que les petits agents microscopiques qui jouent le rôle de germe dans les maladies contagieuses ont, pour chaque espèce, une température particulièrement apte à leur permettre de proliférer. Ainsi s'expliquerait comment l'état général s'améliore quand la température s'abaisse chez les malades de M. Vulpian. M. Pasteur a fait de nouvelles expériences, qu'il exposera lui-même, sur l'inoculation de la fièvre typhoïde du cheval au lapin.

M. JULES GUÉRIN répond à M. Villemin que s'il est un fait traditionnel bien établi en médecine, c'est l'utilité des purgatifs dans la première période de la fièvre typhoïde. Quant aux cas de fièvre typhoïde qui avortent dès les premiers jours sous l'influence de la médication évacuante, ils sont évidents, incontestables, dans les familles dont les divers membres se trouvent pris simultanément ou successivement des mêmes symptômes. Le germe était évidemment le même, et à côté de la maladie complète a produit la maladie ébauchée.

M. DEPAUL trouve que M. Vulpian a fort sagement agi en ne présentant pas l'acide salicylique comme un remède pouvant guérir la fièvre typhoïde. La fièvre typhoïde est une maladie qui évolue jusqu'ici d'elle-même, quoi qu'on fasse. Abaisser la température ne signifie rien, et on n'est pas autorisé, dans l'état actuel de la science, à disserter sur des microbes encore inconnus et sur les résultats que peut avoir pour eux l'abaissement de température.

Il en est tout à fait de la fièvre typhoïde comme de la fièvre puerpérale. Un jour, un médecin américain annonça qu'il avait trouvé dans le veratrum viride le remède de celle-ci. M. Depaul fit aussitôt venir d'Amérique de la teinture de veratrum viride, et il institua une série d'expériences. Il constata que toujours, en effet, il y avait un abaissement du pouls, parfois très-notable, dès le premier jour, chez les malades atteintes de fièvre puerpérale auxquelles on administra cette substance. On ne jugeait alors de la fièvre que par le pouls. Mais la maladie n'en marchait pas moins, tout aussi grave. M. Depaul a de même employé toute la série des antiseptiques contre la fièvre puerpérale sans en obtenir aucun avantage au point de vue de la guérison. Or ce qui importe au médecin, c'est de guérir, et pour être sûr qu'il guérit, il lui faut des milliers de faits quand il s'agit de maladies telles que la fièvre typhoïde, dont la gravité peut varier à l'infini sans intervention médicale.

M. VULPIAN trouve que M. Depaul est bien sévère dans ses appréciations. D'abord la fièvre typhoïde n'est pas la fièvre puerpérale; les statistiques prouvent qu'elle tue moins souvent, et par conséquent la comparaison n'est pas complètement exacte.

D'un autre côté, M. Depaul restreint le rôle du médecin dans de trop étroites limites. Alors même qu'il ne guérit pas, qu'il s'agit de maladies incurables pour lui, il a encore une mission, celle de soulager, et dans la fièvre typhoïde par exemple, quand on compare l'état des malades avant et après la médication par l'acide salicylique, la différence est souvent telle que pour ne pas en être heureux il faudrait n'avoir pas de cœur. C'est là déjà un résultat assez important pour mériter qu'on en tienne compte.

M. LE PRÉSIDENT LARREY, avant de clore la discussion, remercie M. Vulpian au nom de l'Académie.

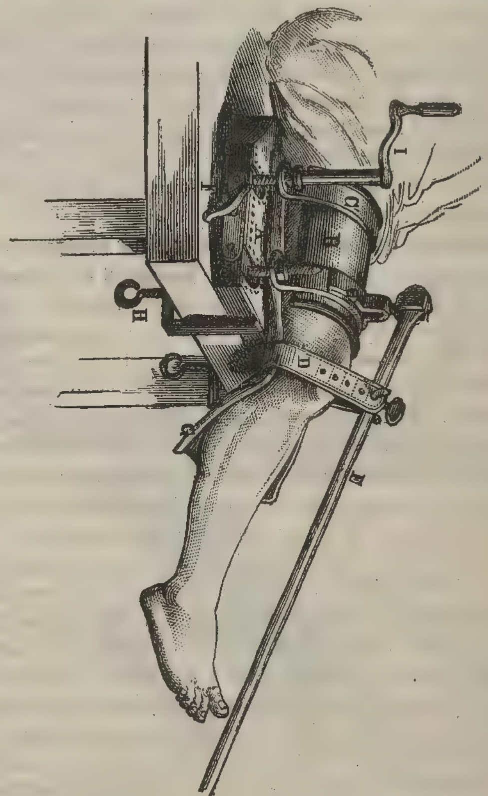
La séance est levée.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

Traitement du genu valgum des adolescents et des adultes par un nouveau procédé d'ostéoclasie (1).

M. le docteur Victor Robin, ex-interne des hôpitaux de Lyon, expose un nouveau procédé pour guérir rapidement avec une innocuité absolue le genu valgum de l'adolescence et de l'âge adulte.

Après de nombreuses expériences sur le cadavre, il a appliqué quinze fois son procédé chez des sujets de quatorze à vingt-sept



ans; autant de succès. Le procédé consiste à faire, à l'aide d'un appareil spécial, une simple fracture transversale et sous-périostée

(1) Note présentée à la Société de chirurgie dans la séance du 26 juillet 1882.

de l'extrémité inférieure du fémur à deux travers de doigt de l'articulation.

Les suites de l'opération sont des plus simples. Cependant il faut faire une distinction : les premiers malades ainsi traités ont présenté du gonflement, de l'hydarthose du genou, mais sans réaction générale. Après une moyenne de quarante jours d'immobilisation en bandages plâtrés, il y a eu des raideurs articulaires qui ont vite disparu par un traitement approprié ; et les malades ont quitté l'hôpital sans tuteur, bien entendu, parfaitement guéris.

Ces résultats étaient satisfaisants.

Mais, chose qui semble invraisemblable, lorsqu'on songe à la force que déploie l'appareil en apparence formidable, une seconde série d'opérations n'ont déterminé, grâce à la nouvelle modification du redressement tardif, aucun symptôme de réaction locale signalé dans le premier groupe des malades redressés immédiatement ; tous les malades redressés tardivement ont guéri sans qu'il y ait jamais eu de gonflement, d'hydarthose et, plus tard, de raideurs articulaires et de cal apparent.

Aussi, grâce au redressement qui se fait huit à dix jours après l'ostéoclasie, le traitement du genu valgum est réduit à un degré de simplicité qu'on n'aurait jamais osé espérer.

L'appareil, construit dans les ateliers de M. Cuzin, orthopédiste à Lyon, est représenté par la figure ci-jointe. Il diffère entièrement de tout ce qu'on a construit jusqu'ici.

Comme on peut facilement en juger, il produit une fracture en agissant d'arrière en avant.

La planche est inclinée sur la table, pour éviter, au moment du choc, la rotation de la cuisse qui doit être bien placée d'avant en arrière et dans l'extension. La demi-gouttière en métal, les deux colliers d'acier fixent la cuisse contre la planche et la maintiennent vigoureusement, car il est d'une nécessité absolue, pour obtenir la précision, de serrer *vigoureusement* et sans crainte. La fracture se fait inévitablement au milieu du premier collier d'acier. Juste assez grand pour que le levier effleure presque la rotule quand tout est placé, le collier de cuir repose sur les condyles fémoraux pour éviter toute action sur l'appareil ligamenteux articulaire. Le tablier de cuir amortit le choc du collier précédent et empêche la distension de la peau au moment de la flexion osseuse.

Enfin, le levier qui prolonge en quelque sorte l'os à fracturer donne la force suffisante pour tous les cas et permet au chirurgien de calculer, de limiter son effort, d'agir avec cette précision qui donne l'innocuité.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté en date du 22 août 1882, un concours sera ouvert, le 1er mars 1883, à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger, pour un emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

— Le ministre de l'intérieur vient de décerner une médaille d'honneur à M. le docteur Fernand Ledé, pour le dévouement dont il a fait preuve lors de la catastrophe survenue le 12 juillet dernier, rue François-Miron.

— *Avis.* — Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de thérapeutique appliquée basée sur les indications, suivi d'un précis de thérapeutique et de posologie infantiles, et de notions de pharmocologie usuelle sur les médicaments signalés dans le cours de l'ouvrage, par le professeur J.-B. Fonssagrives, deuxième tirage, augmenté d'un appendice comprenant les progrès récents réalisés en thérapeutique appliquée. 2 forts volumes in-8°. — Prix : 24 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

La dystocie simplifiée ; guide pratique de l'homme de l'art dans les accouchements difficiles et dangereux, par le docteur Hamon de Prosnay, professeur libre d'accouchements. 1 vol. in-8°. — Prix ; 3 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Clinical lectures on diseases of the urinary organs, delivered at University College Hospital by Sir Henry Thompson, surgeon extraordinary to His Majesty the King of the Belgians, Emeritus professor of clinical surgery and Consulting surgeon to University College Hospital. (Sixth edition, student's edition.) In-8°. — Price : half-a-crown. — London, 1882. J. et A. Churchill.

Étude sur la stéatose hépatique, considérée au point de vue chirurgical, par le docteur Gauchas. In-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

De la paralysie générale et du traumatisme dans leurs rapports réciproques, par le docteur Vallon. In-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Petit guide médical aux eaux de Vals, par le docteur Lafosse, médecin-inspecteur des eaux de Vals, etc. 1 vol. in-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 13288.

146

Pilules H. Royer *au tartrate de potasse et de lithine,* contre LA GRAVELLE, LA GOUTTE, LES RHUMATISMES CHRONIQUES (Diathèse urique)

De tous les produits préconisés jusqu'à ce jour, le tartrate de potasse et de lithine est le plus puissant neutralisant de l'acide urique. De là son efficacité incontestable dans toutes les affections où l'on trouve cet acide en excès. Une pilule neutralise *plus de* 40 *centigr.* d'acide urique.

Dépôt dans toutes les pharmacies. — Gros : phie ROYER, cours Morand, 40, Lyon.

56

Vin du docteur Forestier

TONIQUE RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE

Au Quinquina, Pyrophosphate de fer, Oranges amères et Malaga.

Voir : Traité de Thérapeutique, *Trousseau et Pidoux.* — Commentaires du Codex, *Gubler.*

Paris, ph. BOSREDON, r. des Francs-Bourgeois, 14.

110

La Meilleure Peptone C'EST LA

Peptone Defresne

Admise 1re, après concours, d. les Hôpitaux RÉCOMPENSÉE A L'EXPOSITION UNIVERSELLE DE 1878

Toutes les Pharmacies

134

Contrexéville (SOURCE DU PAVILLON).

Contre la gravelle, la goutte et les maladies des voies urinaires.

ÉTABLISSEMENT OUVERT DU 15 MAI AU 15 SEPTEMBRE.

DÉPÔT CENTRAL : 29, rue de la Michodière ; maison ADAM (Paris), où l'on trouve toutes les eaux minérales, et spécialement celles étrangères.

47

PHTHISIE, AFFECTIONS DES BRONCHES.

Capsules molles de Bourgeaud à la **CRÉOSOTE VRAIE** du goudron de hêtre et à l'**Huile de foie de morue**. — *Récompense unique à l'Exposit. universelle de Paris,* 1878. Les seules expérimentées et employées dans les Hôpitaux de Paris. — BOURGEAUD, pharm. de 1re cl., fourn. des hôp., 20, r. de Rambuteau, Paris. CAPSULES contenant 0,02, 0,05 et 0,10 de créosote. la boîte, 4 fr. — VIN et HUILE créosotés conten. 0,20 de créosote par cuillerée, la bouteille, 5 fr.

28

Papier Rigollot

Nous engageons vivement MM. les Médecins à n'admettre comme véritable PAPIER RIGOLLOT que les feuilles portant en travers la signature ci-contre, en rouge. *P. Rigollot*

61

Croisic Loire-Infre **Etablissement des bains de MER** de vapeurs térébenthinées, etc.; hydrothérapie marine. — Traitement spécial et héroïque des affections des os et des engorgements chroniques de la matrice, des maladies nerveuses et rhumatismales. Guérison de la scrofule à tous les degrés par les *eaux-mères.*

76

NÉVRALGIES — MIGRAINES

PILULES ANTI-NÉVRALGIQUES AU

Gelsemium sempervirens du docteur G. FOURNIER.

Une à cinq pilules au maximum en 24 heures.

Pharmacie de la Madeleine, 5, rue Chauveau-Lagarde, Paris.

Exiger la signature du Dr FOURNIER.

1

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.

Orezza, EAU MINÉRALE FERRUGINEUSE ACIDULE

la plus riche en fer et acide carbonique.

Cette **eau** n'a pas de rivale pour la guérison des GASTRALGIES, FIÈVRES, CHLOROSE, ANÉMIE, et toutes les maladies provenant de L'APPAUVRISSEMENT DU SANG.

127

LA PLUS PURGATIVE DES EAUX MINÉRALES.

Pullna (Bohême). GRANDS PRIX : Philadelphie 1876, Paris 1878, Sidney 1879. Melbourne 1880, Londres 1881. — A. ULBRICH.

8

Saint-Raphaël, Vin tannique, prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

DOSE : Un petit verre après les principaux repas.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

95

L'Acide Phénique du dr Déclat

Sirop et capsules d'**acide phénique ;** sirop et capsules au **phénate d'ammoniaque ;** *id.* au **sulfo-phénique ;** *id.* **iodo-phénique ;** huile de **morue phéniquée ; glyco-phénique** à 10 0/0 pour usage externe, pansement, brûlures, herpès, eczéma, maladies utérines, hémorrhoïdes, etc. *Chassaing et Cie, 6, av. Victoria, Paris.*

72

Bains d'eaux-mères

De Salies-de-Béarn (Basses-Pyrénées).

Eaux-mères chlorurées sodiques bromo-iodurées et sels concentrés d'eaux-mères pour bains chez soi.

Un litre pour un bain. Flacon : 1 fr. 50.

Rachitisme, lymphatisme, scrofules, nécroses.

Paris, Pharmacie centrale et principales phies.

10

Sirop MINERAL SULFUREUX **Crosnier**

goudron et monosulfure de sodium inaltérable

RAPPORT FAVORABLE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE (7 AOUT 1877).

Prescrit avec le plus grand succès dans la *Bronchite chronique,* le *Catarrhe,* l'*Asthme,* la *Laryngite* et dans la *Tuberculose,* quand l'expectoration est très-abondante. — r. Vieille-du-Temple, 21, Paris.

93

Dragées et Sirop dépuratifs DU DOCTEUR GIBERT,

Ancien secrétaire de l'Académie de médecine, ancien médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Ces deux préparations, introduites dans la thérapeutique en 1841, sont employées avec succès, depuis cette époque, dans le traitement des **Affections syphilitiques, scrofuleuses et rhumatismales, des maladies rebelles de la peau** et dans tous les cas où l'emploi des iodiques est indiqué.

Chaque cuillerée à bouche de sirop contient 0,50 d'iodure de potassium et 0,01 de bi-iodure. 2 dragées quivalent à 1 cuillerée à bouche de sirop.

Paris, pharmacie BOUTIGNY-DUHAMEL, DESLAURIERS, successeur, 31, rue de Cléry.

77

Maltine Gerbay,

Vérit. spécifique des Dyspepsies amylacées TITRÉE PAR LE Dr COUTARET,

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a subi l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon, Académie des sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liége, etc.

GUÉRISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

GROS : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

70

Pilules de Blancard,

Approuvées par l'Académie de Médecine.

Participant des propriétés de l'iode et du fer, ces pilules s'emploient contre les *scrofules,* la *phthisie* à son début, la faiblesse de tempérament, ainsi que dans toutes les affections (*pâles couleurs, aménorrhée,* etc.), où il est nécessaire de réagir sur le sang.

Exiger la signature ci-jointe au bas d'une étiquette verte. *Blancard* 40, *rue Bonaparte.*

SE DÉFIER DES CONTREFAÇONS.

22

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

23

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire ; apaise les douleurs des reins et de la vessie ; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

7

Les Dragées Carbonel

AU PERCHLORURE DE FER PUR.

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant quatre gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE francs.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

111

Bain de Pennès, hygiénique, RECONSTITUANT, STIMULANT.

Remplace **Bains alcalins, ferrugineux, sulfureux,** surtout les **bains de mer.**

Eviter contrefaçons en exigeant le timbre de l'Etat.

Gros : 2, r. de Latran. Détail : toutes pharm.

76

Vin bi-digestif de Chassaing

A LA PEPSINE ET A LA DIASTASE.

(*Rapport favorable de l'Académie de médecine de Paris, le 29 mars 1864.*)

Le rôle que chacun de ces deux ferments joue dans l'acte de la digestion étant bien distinct, les médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la Pepsine, qui dissout et rend assimilables les aliments azotés, à la Diastase, dont l'action se porte sur les aliments féculents pour les transformer en glycose et les rendre ainsi propres à la nutrition.

Ils trouveront donc dans nos préparations un médicament capable à lui seul de dissoudre le bol alimentaire complet et le remède le plus rationnel pour combattre les affections des voies digestives.

Paris, 4, avenue Victoria.

27

Elixir chlorhydro-pepsique **Grez**

(*Amers et ferments digestifs.*)

Expérimenté avec succès dans les hôpitaux, dans *dyspepsies, diarrhées chroniques, vomissements, anémie, troubles digestifs de l'enfance,* etc.

PARIS, phie GREZ, 34, rue de la Bruyère.

9

Delalain, DENTISTE, lauréat de la Faculté de méd. de Paris. 138, bd St-Germain pr. la Fac.

12

Ergotinine de Tanret

Lauréat de l'Institut.

L'auteur prépare avec cet *alcaloïde* une solution dosée à 1 milligr. le centimètre cube (dose de 10 à 20 gouttes) et un sirop à 1 milligr. la grande cuillerée (dose de 1 à 8 cuillerées à café par jour). Ce sont les préparations d'ergot les plus actives.

Paris, phie TANRET, 64, rue Basse-du-Rempart.

N° 98. — SAMEDI 26 AOUT 1882. 55e ANNÉE. SAMEDI 26 AOUT 1882. — N° 98.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

L'épidémie actuelle de fièvre typhoïde.

L'épidémie de fièvre typhoïde que nous traversons en ce moment, à Paris, présente certaines particularités bonnes à connaître.

Comme l'a dit M. Villemin dans la discussion qui vient d'avoir lieu à l'Académie de médecine, la maladie est généralement légère et la mortalité très-faible.

En effet, dans le service de M. Lasègue, par exemple, bien qu'on n'ait employé aucune des médications perturbatrices que nous avons vues en usage ailleurs, il n'y a eu qu'un seul cas de mort sur un très-grand nombre de malades.

Chez ces malades, qui ont été traités au début par les purgatifs, suivant la méthode traditionnelle, la langue est restée toujours humide, couverte seulement d'un enduit blanchâtre, au lieu de présenter, comme dans certaines autres épidémies, cette sécheresse, comme cornée, qui rappelle la langue du perroquet.

Presque chez tous, l'éruption caractéristique a été précoce, abondante et a persisté assez tard, comme dans le typhus exanthématique des cliniciens anglais, maladie, elle aussi, relativement bénigne.

La température a été rarement excessive. Il y a eu fort peu de troubles cérébraux, de délire permanent, de complications pulmonaires, etc.

Ce ne serait donc pas le moment de formuler des conclusions thérapeutiques sur l'action de tel ou tel remède, car dans le service dont nous parlons, on n'a guère employé, avec les purgatifs du début, que quelques toniques, tels que potion de Todd, extrait de quinquina.

Mais hâtons-nous de dire que la plupart des observations de M. Vulpian ont été recueillies avant cette dernière forme de l'épidémie; et nous avons été témoin, ainsi que nous l'avons déjà dit, de l'abaissement de température, très-considérable et persistant, produit par l'acide salicylique. Ailleurs, nous avons vu dernièrement employer un autre remède très-actif, à hautes doses; mais nous n'en parlerons pas aujourd'hui, car le clinicien qui a recours à ce mode de traitement désire se réserver le soin de l'exposer bientôt lui-même. Tout ce que nous pouvons dire, c'est que les résultats ne semblent pas l'emporter sur ceux que donnerait l'expectation pure ou la médecine des symptômes.

Paralysies spinales diffuses subaiguës suivies de guérison.

Dans une récente Revue clinique, à propos d'un cas de la maladie décrite par Duchenne (de Boulogne), sous le titre de : *Paralysie spinale antérieure subaiguë*, nous avons montré que le siège anatomique, reconnu d'après les symptômes, n'était pas tout pour le clinicien dans les affections de la moelle.

En effet, dans cette maladie, les symptômes observés paraissent se rattacher avec évidence à une souffrance des grosses cellules motrices des cornes antérieures de la substance grise de la moelle épinière.

Pour ceux qui se plaisent à nommer les maladies d'après les organes ou les tissus qu'elles affectent, ce serait donc une *poliomyélite* (ou tephromyélite, ou spodomyélite, etc., si l'on préfère à πολιός quelque autre qualificatif grec pour désigner la couleur grise) *antérieure*, *chronique* ou *subaiguë*.

Mais cette expression convient également à l'atrophie musculaire progressive, qui a certainement le siège qu'elle indique; et c'est pourquoi, dans la pratique, on voit des médecins confondre avec l'atrophie musculaire progressive la paralysie spinale antérieure, bien que le pronostic et la marche en soient absolument différents.

La paralysie spinale antérieure peut guérir: nous en avons rapporté un exemple; MM. Landouzy et Déjérine, dans le numéro du 10 août de la *Revue de médecine*, viennent d'en publier un autre, avec cette fois autopsie par suite d'une mort accidentelle. Jusqu'ici, au contraire, l'atrophie progressive a trop bien justifié son nom.

Serait-ce une simplification que d'appeler en commun *dermites* toutes les affections de la peau? Nous en doutons; et nous doutons aussi qu'il y ait grand avantage à se servir du mot *myélites* pour toutes les affections qui portent sur la moelle.

La nomenclature de Duchenne (de Boulogne) n'était pas parfaite : il n'y en a pas de parfaite au monde; mais elle était l'œuvre d'un clinicien, et elle n'amenait pas de confusions regrettables. Elle était donc encore préférable à celles

qu'on a proposées depuis. Par exemple, pour désigner tout un ensemble de symptômes relatifs à la fois à la motricité et à la sensibilité, et où dominait la paralysie, Duchenne (de Boulogne), convaincu d'ailleurs que la moelle était affectée un peu dans toutes ses parties, avait évité le mot myélite en créant le terme, un peu long, de *paralysie spinale diffuse subaiguë.*

On l'a critiqué vivement à ce sujet, et voilà que des faits nouveaux viennent lui donner pleinement raison.

En effet, la question de la curabilité des myélites proprement dites, et surtout des myélites chroniques, est encore grosse de difficultés. Jusqu'à quel point les cellules nerveuses et les tubes nerveux qui composent l'axe médullaire, une fois altérés, et altérés en masse, par un processus inflammatoire sont-ils susceptibles de reprendre leur constitution anatomique et leur fonctionnement? On peut voir, dans les beaux mémoires de M. Vulpian, combien tout ceci prête au doute. On ne sait pas même s'il est vrai qu'à la suite d'un traumatisme, les divers éléments de la moelle épinière puissent rétablir leurs relations.

Quand, par conséquent, il s'agit de cas terminés par la guérison, le mot myélite ne convient plus pour les observateurs prudents. Ils songent au mot *myélopathie*, comme l'a fait M. Déjérine en publiant deux faits analogues, suivant lui, à ceux que Duchenne (de Boulogne) a pris pour types de sa paralysie spinale diffuse subaiguë, mais dans lesquels la guérison, plus ou moins rapide, a été complète.

Avec la terminologie de Duchenne (de Boulogne), on reste exclusivement sur le terrain clinique. La *paralysie* est incontestable; c'est elle qui attire principalement l'attention de l'observateur. Elle est *diffuse* en ce sens qu'elle n'est pas bornée à l'un des systèmes moteur et sensitif, mais porte à la fois sur l'un et sur l'autre : au point de vue fonctionnel, du moins, l'affection n'est pas nettement limitée, systématique, elle est donc diffuse. Les fonctions abolies ou perverties sont, en premier lieu, les fonctions spinales. La moelle épinière n'agit plus comme dans l'état de santé. Ainsi tous les termes employés par Duchenne (de Boulogne) sont complètement exacts et ne motiveraient pas de scrupules.

La curabilité commune est même une raison nouvelle de rapprocher l'une de l'autre la *paralysie spinale antérieure subaiguë* et la *paralysie spinale diffuse subaiguë*. Il semble aujourd'hui démontré, par des faits de plus en plus nombreux, que les maladies affectant la moelle soit d'une manière aiguë, soit d'une manière chronique, sont de natures diverses, peut-être de natures tout aussi diverses que les maladies affectant la peau.

Si l'on en juge d'après les fonctions qui sont compromises, on peut tout au plus indiquer les points sur lesquels elles siègent. Les paralysies musculaires avec atrophie font songer aussitôt aux cellules motrices des cornes antérieures. Les contractures conduisent à admettre que les faisceaux pyramidaux ne sont plus à l'état normal. Les modifications de la sensibilité font soupçonner quelque altération des cornes postérieures de la substance grise et des cordons blancs postérieurs, ou des racines qui en émanent.

Mais quant à savoir quelle est la nature de la cause qui met obstacle au fonctionnement de ces parties, on ne peut pas jusqu'ici l'indiquer avec une complète certitude.

Il vaut donc mieux faire correspondre des termes vagues à des notions vagues.

C'est surtout pour des faits semblables aux deux observations de M. Déjérine que la dénomination de paralysies spinales diffuses subaiguës nous semble bonne de conserver provisoirement ; et cependant nous n'ignorons pas que Duchenne (de Boulogne) lui-même, y attachant un sens plus restreint, aurait hésité à l'employer en pareil cas.

En effet, les malades de M. Déjérine n'ont présenté ni une abolition complète des mouvements volontaires d'aucun muscle, ni un affaiblissement de la contractilité électrique sous l'influence des courants induits ou des courants directs, ni une contracture proprement dite et permanente des muscles affectés. Chez l'un et chez l'autre, l'affection a débuté par un sentiment de faiblesse qui s'est progressivement accru, les muscles ont diminué de volume d'une façon à peu près régulière et générale dans tout le corps, sauf à la face ; et l'on y constatait un degré de parésie plus considérable que l'atrophie ne le comportait. Tous les deux avaient exercé une profession assez pénible ; la supposition d'un surménage ne serait donc pas improbable.

Le premier portait des fardeaux toute la journée, et ce fut d'abord seulement le soir, après son travail, que, vers l'âge de cinquante-cinq ans, il commença à ressentir de la lassitude ; puis ce sentiment de lassitude devint permanent, s'accrut de plus en plus, les muscles s'affaiblirent, surtout du côté gauche, à tel point que le malade ne pouvait plus atteindre son épaule droite avec sa main gauche. A un degré plus ou moins marqué, la faiblesse est devenue générale dans tous les muscles des membres et du tronc.

C'était à peine si le malade pouvait encore un peu marcher en traînant les pieds sur le sol. Quand il était debout, il écartait les jambes pour élargir sa base de sustentation. Quand il était couché, si on lui disait de tenir la jambe audessus du lit, on voyait celle-ci devenir raide et être agitée de tremblements réguliers semblables à ceux de la sclérose en plaques. Quand on cherchait à fléchir la jambe sur la cuisse, on constatait aussi une certaine raideur. Les réflexes tendineux étaient exagérés. Le relèvement de la plante du pied, soit droit, soit gauche, produisait la trépidation épileptoïde.

Sauf la sensibilité au froid, tous les genres de sensibilité étaient à peu près abolis.

Pendant douze mois la maladie s'était accrue, elle resta sept mois stationnaire, puis elle mit onze mois à décroître jusqu'à complète guérison.

Le sujet de la seconde observation de M. Déjérine était tailleur de pierres. Il travaillait habituellement soit en plein air, soit sous un hangar, dans une position très-fatigante, debout, penché sur la pierre qu'il taillait, et, comme il était gaucher, tenant son ciseau de la main gauche et son marteau de la main droite. Il exerçait ce métier depuis près de trente ans, quand, vers l'âge de quarante-trois ans, il ressentit pour la première fois, vers la fin des journées de travail, des fourmillements et un engourdissement dans les mains. Cette sensation devint permanente ; elle s'étendit le long des bras. Bientôt cet homme cessa de sentir ses instruments quand il les tenait, et il les lâchait dès qu'il cessait de les regarder. En même temps les membres supérieurs perdaient de leur force. Les fourmillements, l'engourdissement, la faiblesse, s'étendirent aux membres inférieurs environ deux mois après le début.

Comme chez le premier malade, la parésie devint générale dans tous les membres, sauf à la face, et elle était plus considérable que ne l'aurait fait supposer un certain degré d'atrophie. Les réflexes tendineux étaient exagérés, la con-

tractilité électrique normale. Au repos, il n'existait pas de contracture; mais les muscles se raidissaient après un effort. L'anesthésie et l'analgésie étaient presque complètes sur toute la peau des mains, des pieds et des cuisses; la sensibilité était moins altérée sur les avant-bras et sur les jambes. La durée fut plus courte que dans le cas précédent : la période d'accroissement se prolongea quatre mois, celle d'état deux mois, puis les symptômes s'amendèrent pendant quatre mois, au bout desquels le malade, parfaitement guéri, pouvait reprendre son travail.

Dans ces observations dont nous venons de donner une idée sommaire, on n'a jamais noté aucun mouvement fébrile, aucun degré d'affaiblissement des divers sphyncters, aucun trouble trophique, et, nous l'avons vu, aucune diminution de la contractilité électro-musculaire mise en jeu par les courants directs ou les courants induits.

Le type est donc bien effacé à côté de celui de la vraie myélite diffuse; il rappellerait plutôt celui d'autres paralysies depuis longtemps décrites, guérissant à peu près toujours et le plus souvent considérées comme étant de nature réflexe quand on parvenait à découvrir dans les antécédents des malades le moindre prétexte plausible pour une explication de ce genre.

C'est ainsi qu'à la page 56 de notre thèse (1), nous avons résumé l'histoire d'un maçon, âgé de vingt-quatre ans, qui, quelques semaines après une pneumonie double, traitée par des vésicatoires, s'était aperçu qu'il s'affaiblissait. Il s'était produit graduellement chez lui une parésie générale des muscles de tout le corps, avec atrophie relative, tendance aux contractures, marquée surtout aux doigts, anesthésie, analgésie, etc. On avait songé, dans ce cas, à une paralysie de nature diphthéritique, parce qu'on s'était rappelé qu'à un certain moment les vésicatoires mis à l'occasion de la pneumonie s'étaient recouverts d'une couche pultacée grisâtre et comme gangréneuse. Mais était-ce là de la diphthérie? Cela pouvait sembler d'autant plus improbable qu'il n'existait alors dans la salle aucun cas de diphthérie et, ajoutions-nous, « un diagnostic fait après coup est toujours incertain de sa nature ».

Un peu plus tard, sans doute, quand Gubler eût publié son beau mémoire sur les paralysies qui surviennent à la suite des maladies aiguës, on aurait, de préférence, attribué celle-là à la pneumonie elle-même.

L'homme en question, parfaitement guéri et de sa pneumonie et de ses vésicatoires, avait pu depuis quelques jours reprendre son travail, et il exerçait son métier de maçon quand il commença à ressentir des fourmillements, de l'engourdissement et de la faiblesse dans les membres.

Comme chez les malades de M. Déjérine, il y eut une période d'augment, une période d'état, puis une période de décroissance aboutissant à une guérison complète.

Gangrène des extrémités bronchiques, guérie par l'hypophosphite de soude.

M. Lancereaux emploie, dans la gangrène des extrémités bronchiques, l'hypophosphite de soude à la dose de 4 grammes par jour; et ce mode de traitement lui a déjà donné plusieurs très beaux succès.

Nous citerons, par exemple, un malade qui occupe actuellement le n° 32 de la salle Piorry, à la Pitié.

Cet homme, âgé de vingt-trois ans, toussait habituellement depuis l'âge de quatorze ans, surtout la nuit, et il rendait en grande quantité des crachats ronds, à ce qu'il raconte. Mais, jusque vers la fin de juin dernier, son état général était toujours resté très satisfaisant.

A cette époque, il ressentit dans le côté gauche un point de côté violent. Pendant huit jours, il eut une toux sèche, puis l'expectoration devint très abondante et extrêmement fétide, la toux pénible et presque continuelle; l'appétit disparut, et le malade ayant perdu ses forces, incapable de travailler, se décida, le 20 juillet, à se faire admettre à l'hôpital.

Lors de son entrée, on trouva des râles sibilants dans toute la poitrine, une diminution notable d'élasticité des deux côtés, mais surtout à gauche, vers l'angle des côtes; vers ce dernier point on percevait à l'auscultation de la crépitation superficielle. Les crachats étaient vraiment infects.

Après un mois de traitement, ce malade est méconnaissable. Il n'a plus de fièvre; ses crachats ont perdu toute fétidité, ils ont considérablement diminué d'abondance; les nuits sont bonnes; la toux est rare, l'appétit excellent, les digestions parfaites, les forces sont tout à fait revenues; et, se sentant à peu près à son état normal, cet homme réclame sa sortie pour aller reprendre son travail.

Un autre malade, couché au n° 27 de la salle Jenner, dans le service de M. Lasègue, présente une autre forme de gangrène pulmonaire. On constate, dans son poumon droit, l'existence d'une vaste caverne qui s'est rapidement produite par cette cause; le poumon gauche est tout à fait sain. On ne sait ce qu'on obtiendra par les hypophosphites dans un cas de ce genre. On s'était assez bien trouvé de l'essence de thérébenthine et de la teinture d'eucalyptus.

La saignée et les purgatifs contre les accidents de l'urémie aiguë.

Contre les accidents convulsifs, comateux ou dyspnéiques de l'urémie, quand cette urémie se rattache à une néphrite aiguë, M. Joffroy préconise les saignées les plus abondantes possible, et poussées même jusqu'à la syncope, selon le précepte de Lorrain.

Ce serait, de tous les traitements, le plus efficace, aussi bien dans les néphrites, suite de scarlatine, que dans les attaques éclamptiques des femmes en couches.

M. Joffroy raconte que, chez une éclamptique, il a fait cesser les accidents d'une manière définitive en lui tirant, d'un coup, neuf cents grammes de sang. Chez une autre, qui avait subi une saignée de trois cents grammes quelques heures plus tôt, et qui, prise de nouvelles crises, était retombée dans le coma, il n'hésita pas à faire encore une saignée de plus de huit cents grammes; et la malade guérit sans nouvel accident.

On peut supposer qu'en cas semblable il existe un certain degré d'œdème rénal, œdème qui met obstacle au fonctionnement des reins, et que la saignée peut faire disparaître, en même temps qu'elle donne issue à une partie des produits excrémentitiels qui, n'étant plus éliminés avec l'urine, se sont accumulés dans le sang.

Contre l'éclampsie puerpérale, la saignée est de tradition presque universelle, et nous rappellerons que M. Peter recommande aussi la saignée contre tous les autres genres

(1) *Quelques mots sur les paralysies et sur leurs causes*, Victor Révillout. — Thèse de Paris, 1859.

d'éclampsie, notamment contre les convulsions éclamptiformes qui surviennent parfois dans l'apoplexie. Ce savant professeur a observé, d'ailleurs, ce qui confirme les hypothèses de M. Joffroy, que quand à la suite de pareilles attaques on trouvait dans l'urine une forte proportion d'albumine, cette proportion diminuait d'ordinaire très rapidement après la saignée.

M. Lancereaux emploie plutôt, contre l'urémie, les purgatifs, qui sont également indiqués contre l'œdème rénal. Il a fait ainsi disparaître, chez un malade de son service que nous avons vu dernièrement, des accès de dyspnée suffocante, dont il avait, au premier coup d'œil, reconnu la cause, une albuminurie récente par néphrite aiguë *a frigore*.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Péan.

Du drainage dans les grands traumatismes chirurgicaux.

La réunion par première intention, vantée par les uns, combattue par d'autres depuis tant d'années, nous a toujours donné les meilleurs résultats lorsque nous avons été à même de l'appliquer aux grands comme aux petits traumatismes artificiellement pratiqués. Bien que cette ligne de conduite ait été, à plusieurs reprises, vivement critiquée par des chirurgiens éminents, nous sommes moins disposés que jamais à l'abandonner. Toutefois, si l'on veut réussir dans cette voie, il ne faut rien négliger, au cours et à la suite des opérations, pour empêcher les liquides de s'accumuler dans les anfractuosités des plaies. C'est à la rétention de ces liquides que nous avons attribué, de tous temps, le danger des grands traumatismes, et dans les ouvrages de chirurgie que nous avons publiés (voy. *Traité de pathologie chirurgicale de Nélaton*, tomes II et III; *Traitement des tumeurs du ventre; Leçons de clinique chirurgicale*, etc.), nous avons fait connaître les diverses précautions que nous avons l'habitude de prendre pour éviter cette rétention.

Au nombre des moyens sur lesquels nous ne saurions trop insister, se placent, en première ligne, la déclivité à donner aux plaies; en seconde ligne, le mode d'hémostasie; en troisième ligne, le drainage.

A. — Une bonne direction donnée à la plaie ainsi que son mode de fermeture suffisent à coup sûr pour assurer, dans bien des régions, l'écoulement des liquides, surtout quand les plaies sont petites, superficielles et régulières. Mais cela est loin de suffire dans les conditions opposées. Certaines régions, en raison de leur forme, de leur siège, de leur profondeur, de la disposition irrégulière et de la multiplicité des plans qui entrent dans leur composition, sont mal disposées pour l'écoulement des liquides, surtout quand les tumeurs dont elles sont le siège envoient des prolongements importants dans plusieurs directions. Dans ces cas, la rétention des liquides est à peu près certaine et leur décomposition, résultant de cette rétention, amène presque fatalement des phlegmasies graves qui s'emparent du tissu cellulaire, des lymphatiques et des veines du voisinage, et qui, dans les cas les plus fâcheux, peuvent aller jusqu'à produire ces intoxications connues sous les noms de septicémie, d'infection purulente.

Pour obvier à ces dangers, on a proposé successivement des contre-ouvertures immédiates et secondaires et le placement de tubes élastiques fenêtrés dirigés par la partie la plus déclive de la plaie. De la sorte on peut obtenir, sans trop de dangers, la réunion par première intention de la plus grande partie des plaies.

B. — Le mode d'hémostasie a également une grande importance, que la plaie soit faite avec le bistouri ou avec le thermo-cautère. Au lieu de faire des ligatures et de laisser des fils dans la plaie, il est préférable de s'en tenir au pincement des vaisseaux, aux ligatures perdues, d'après les règles que nous avons posées, de façon à supprimer tous les corps étrangers qui seraient susceptibles d'irriter inutilement la surface des plaies. (Voy. *De la forcipressure, du pincement des vaisseaux*, in *Clinique de l'hôpital Saint-Louis.*)

C. — L'application de tubes élastiques fenêtrés offre également des ressources précieuses sur lesquelles Chassaignac a longuement insisté lorsqu'il fit la découverte du drainage, d'abord pour les abcès, ensuite pour les plaies. La méthode qu'il préconise et que nous avons depuis longtemps adoptée, ainsi que la plupart des chirurgiens français et étrangers, consiste à laisser au fond des plaies une portion plus ou moins étendue de tube de caoutchouc fenêtré dont l'une des extrémités sort par la plaie. Grâce à ce moyen, la réunion par première intention a gagné beaucoup de terrain. Il suffit pour les petits traumatismes et même pour les grands dont le fond est net et favorablement dirigé. Mais il y a bon nombre de plaies faites dans les régions profondes, anfractueuses, qui sont mal disposées pour l'écoulement total des liquides qu'elles sécrètent, et c'est la manière dont le drainage doit être appliqué à ces plaies que nous avons modifiée d'une façon qui nous a paru avantageuse. Voici, sommairement, en quoi la modification consiste : Au lieu de placer simplement un ou plusieurs tubes dont les extrémités sortent par l'un des angles, nous nous occupons surtout d'assurer le passage du tube de caoutchouc à travers les parties les plus profondes, en créant, au besoin, soit avec le trocart, soit avec le bistouri, des trajets artificiels pour le passage du tube, sans qu'il soit nécessaire de faire repasser celui-ci entre les points de suture qui sont ensuite placés pour obtenir la réunion immédiate. De la sorte, l'écoulement des liquides est assuré par la voie la plus directe et le tube ne produit pas d'irritation fâcheuse sur les lèvres de la plaie qu'il s'agit de réunir.

Prenons quelques exemples pour mieux faire comprendre le mode d'application de ce nouveau procédé : Supposons qu'il s'agisse d'une amputation; qu'elle soit circulaire ou à lambeaux; la plupart des chirurgiens, de nos jours, à l'instar de Chassaignac, placent au fond de la plaie une anse de caoutchouc dont les extrémités sortent par les angles opposés de cette plaie, ou bien ils placent un tube à chaque extrémité. Nous avons souvent réussi, par ce moyen, en nous aidant, bien entendu, de toutes les autres ressources dont dispose la chirurgie moderne.

Voici comment nous procédons maintenant : Nous plaçons toujours le milieu de l'anse au centre de la plaie, dans la partie la plus profonde, autant que possible en un point qui ne corresponde pas exactement à la surface de section de l'os, mais nous faisons sortir les extrémités ailleurs que par la plaie, par une voie plus directe, en faisant passer le tube à travers les parties molles. Ce tube doit être disposé de façon que les liquides soient conduits aisément en dehors par la voie la plus courte et la plus déclive. Si la surface amputée est vaste et s'il faut mettre un second tube, tantôt

nous le plaçons comme le précédent, dans un point plus ou moins rapproché, tantôt nous faisons sortir l'une des extrémités de ce nouveau tube par l'angle le plus déclive de la plaie.

Supposons qu'il s'agisse d'une résection, nous nous conduisons de même, avec cette différence que si la résection est pratiquée au milieu de tissus qui portent des trajets fistuleux anciens ou récents, nous faisons passer de préférence les extrémités du tube par ces trajets s'ils sont placés dans une bonne direction. Au contraire, nous procédons comme dans le cas précédent si ces trajets suivent une direction impropre à prévenir la stagnation des liquides.

S'agit-il d'une large plaie comme celles qui succèdent à l'ablation des grandes tumeurs des parois ou des cavités splanchniques ou même des membres? Dans ce cas, ou bien on laissera un tube suivant le grand axe de la plaie et l'on fera passer directement son extrémité à travers les parties molles voisines de la partie la plus déclive; c'est ainsi que, depuis longtemps, nous avons proposé de faire sortir par le vagin un tube engagé par l'hypochondre chez les malades auxquelles l'ablation de larges tumeurs pelviennes par la gastrotomie avait causé de trop grands délabrements qui eussent entraîné la mort par septicémie, si les liquides n'avaient pas trouvé un écoulement favorable pendant les premiers jours qui suivirent l'opération.

De même, à la suite de l'ablation des tumeurs du sein ou de l'aisselle qui envoient des prolongements au-dessous de l'omoplate, nous avons toujours soin de faire passer au-dessous de cet os, à travers les parties molles, l'extrémité du tube qui est placé dans la plaie. C'est ainsi également que, pour les grandes tumeurs ganglionnaires, fibreuses, sarcomateuses du cou, nous avons l'habitude de faire sortir un ou plusieurs tubes à travers les parties molles, dans les points les plus favorables. Il en est de même pour l'ablation des grandes tumeurs qui prennent naissance dans les parties molles ou dans les os des membres et, dans ces cas, s'il est nécessaire de prévenir la rétention du pus dans les gaines synoviales qui entourent les tendons, nous n'hésitons pas à les suivre à l'aide de trocarts, et à les traverser pour prévenir les dangers de la synovite aiguë, de même que pour les os, si nous craignons la rétention du pus d'un abcès, nous n'hésitons pas à les trépaner de part en part pour faciliter le passage du tube et empêcher le pus de stagner dans le canal médullaire aussi bien que dans les parties molles.

Ainsi conduits, les drains, outre les résultats du drainage ordinaire, offrent de nombreux avantages :

1° Ils déterminent très-peu d'irritation dans les parties qu'ils traversent;

2° Ils sont plus solidement fixés, ont moins de tendance à s'échapper et, par suite, ont moins souvent besoin d'être renouvelés;

3° Ils facilitent l'écoulement des liquides des plaies et assurent cet écoulement par la voie la plus courte et la meilleure;

4° Ils permettent au chirurgien de réunir par première intention, soit le jour même, soit le lendemain de l'opération, la totalité des plaies, aussi bien de celles qui sont faites par le bistouri que de celles qui sont faites par le thermo-cautère;

5° Dans les amputations, ils ne causent pas plus de désordre que les fils de suture profonds, et ils facilitent la fixité des lambeaux;

6° Ils permettent d'augmenter, dans une notable proportion, le nombre des succès à la suite des grands traumatismes chirurgicaux, comme nous avons pu le constater depuis un grand nombre d'années en comparant ce mode d'application des tubes à drainage avec les autres.

LES ÉTONNEMENTS DE LA MÉTALLOTHÉRAPIE

Par M. le docteur V. Burq.

I

Il y a peu de temps, nous traitions devant la Société de Biologie des *Surprises de la métallothérapie*. Aujourd'hui, nous venons y ajouter la première page d'un deuxième chapitre, destiné à venir à la suite, celui de ses *Étonnements*.

De quel autre nom qualifier, en effet, l'impression produite par la découverte de ce phénomène si inattendu, le transfert, où l'on voit un côté du corps perdre ou gagner ce que l'autre côté gagne ou perd, exactement dans des points symétriques; ou bien par des guérisons de malades, comme celles dont il est parlé dans les rapports de M. Dumontpallier sur la métalloscopie et sur la métallothérapie, par quelques doses de sel d'or ou de sel de cuivre, guérisons qui faisaient dire à M. le professeur Charcot devant son nombreux auditoire de la Salpêtrière : « Je dois déclarer que j'ai été quelque peu ému de voir que chez quatre malades que j'avais choisies moi-même parmi les cas les plus accentués, et que j'avais offertes à la métallothérapie comme pouvant lui fournir l'occasion d'une preuve décisive, *la situation s'était très-remarquablement amendée,* pour ne pas dire plus. » (Voy. in *Gazette des Hopitaux*, des 7, 12 et 14 mars 1878.)

Et presque dans le même moment où M. Charcot témoignait de la sorte en faveur de la métallothérapie, il observait lui-même ce double succès, que nous aurions hésité, nous, à dire, si la bonne fortune nous en était échue, la guérison *définitive* par une seule application métallique, de moins d'une demi-heure de durée, de deux paralysies organiques: l'une, posthémorrhagique, qui datait de dix années et l'autre, infantile, qui durait depuis plus longtemps encore.

Comment qualifier aussi le cas de cette jeune mercière, Mlle M..., présentée à la Société d'abord par M. Charcot et plus tard par nous-même, que l'or *extra* et *intus* n'avait fait qu'améliorer un moment, et chez laquelle l'application sur un seul bras d'une plaque d'argent de quelques centimètres carrés de surface doublée d'une plaque de maillechort, *métal neutre*, au moment où Mlle M... allait entrer dans la phase des effets post-métalliques, suffit pour lui rendre sur l'heure tout ce qu'elle avait perdu : chaleur, sensibilité, vision des couleurs, sens gustatif, force musculaire, etc., et fixer, cette fois, les résultats qui jusqu'alors n'avaient été que passagers, et pour rétablir ensuite toutes ses fonctions, ramener les règles, lui donner de l'appétit, rendre à son sang tous les éléments qui manquaient et, finalement, la faire engraisser de 7^{k},500!

Quoi de plus étonnant encore que l'observation de cette malade de la Pitié qui nous valut l'honneur d'y faire, le 13 juin 1878, dans le fauteuil de M. le professeur Lasègue, une conférence sur la métallothérapie (rapportée *in extenso* par la *Gazette des hôpitaux*) et qui fut débarrassée en quelques heures d'une hyperesthésie féroce de tout le membre inférieur droit, par l'application de huit petits disques en or, et d'un pied bot varus du même côté en cinq ou six jours par l'administration interne du chlorure d'or, qui duraient, l'une et l'autre, depuis quatre années et que ni les courants continus, appliqués pendant quatre mois consécutifs, ni les injections de morphine à haute dose, ni rien n'avait jamais pu même amender!

Et que dire de ces guérisons instantanées de tétanie ou de crampes féroces, de violente migraine, etc., obtenues par l'application d'objets vulgaires, clefs, pelles, pincettes, casseroles, etc., par MM. Bouchut, A. Richard, Dufraigne (de Meaux), Durand, etc., qui, plus d'une fois, firent crier *au miracle* par les assistants?...

A la liste de tous ces faits si peu vraisemblables, mais trop hautement affirmés par de nombreux témoins, aussi compétents que désintéressés pour que personne ait le droit de les révoquer en doute, nous allons en ajouter d'autres tout récents qui offrent un intérêt tout particulier. Dans deux il ne s'agit rien moins, en effet, que d'une angine de poitrine de l'apparence la plus grave qui s'était montrée rebelle à tous les moyens classiques et que la métallothérapie a *jugulée*, pour ainsi dire, du jour au lendemain. Un distingué confrère, de Villers-Bretonneux, M. le docteur Dubois, vient d'en témoigner itérativement, en mai et en juin, devant la Société médicale d'Amiens, dans deux notes qu'il a bien voulu nous communiquer.

Voici le premier cas par ordre de date.

Angine de poitrine. — Guérison rapide chez un bimétallique.

Dans les premiers jours de février dernier, notre honorable confrère, le docteur Dubois, nous amenait un de ses clients, M. X..., député, âgé de quarante ans environ, qui, depuis deux mois passés, se trouvait en proie à des accidents thoraciques qu'il a caractérisés en ces termes :

« Tout à coup M. X... est pris d'une douleur présternale atroce qui l'étreint et l'immobilise. L'oppression est accablante ; les yeux sont hagards ; le faciès exprime l'anxiété et la terreur ; la tête est renversée en arrière et le rachis est fortement étendu comme dans l'opisthotonos ; les muscles de la mâchoire inférieure et du cou sont contractés ; la voix est entrecoupée ; l'inspiration est accompagnée d'un cri rauque et étouffé.

« J'ai assisté à un de ces accès qui, au dire du malade, n'était qu'un diminutif de ses fortes crises et j'ai été véritablement effrayé de sa gravité. Les crises duraient quelquefois plus d'une heure. Les accès se produisaient plusieurs fois par jour et par nuit. Ils arrivaient au milieu du sommeil le plus profond. Un changement de température, le passage d'un appartement dans un autre, des mouvements trop brusques les provoquaient. M. X... ne pouvait plus monter un escalier sans souffrir. Impossible à lui d'écrire ou de toucher du piano. La lecture déterminait une crise.

« Il faut remarquer cependant que M. X... n'avait point d'irradiation bien marquée de la douleur vers les membres supérieurs! »

Les accidents remontaient à deux mois. Une course rapide à contre-vent, — M. X... est un grand marcheur, — en avait été le point de départ, et tout ce qu'on avait pu faire pour les conjurer, l'opium, la morphine, la belladone, le bromure de potassium, à la dose de 8 grammes par jour, etc., avait échoué.

M. le professeur Charcot, consulté avant nous, avait prescrit à peu près les mêmes moyens. M. le docteur Dubois et un autre confrère, M. Lenoël, estimant que M. X... n'avait plus de temps à perdre, le dirigèrent alors vers la métallothérapie. Cette préférence était pour elle, sans doute, un grand honneur ; mais nous confessons que, de prime abord, elle ne fut point sans faire naître en nous quelques regrets que nous ne pûmes taire à notre confrère. Outre que l'état de M. X... paraissait des plus graves, bien que l'irradiation brachiale de la douleur fît à peu près défaut, son affection ne semblait point, en effet, rentrer précisément dans le cadre de celles dont la métallothérapie est habituée à triompher, et nous aurions très-vraisemblablement décliné ici notre compétence si les choses que nous allons dire ne nous eussent inspiré confiance.

Le père de M. X... était mort diabétique à quarante ans. Sa mère, qui vit encore, est névropathique. M. X... avait, de son côté, une impressionnabilité vive, mobilité des traits, volubilité dans le langage, gestes saccadés. Il était depuis longtemps sujet à de violentes migraines, et l'acéphalie avait complètement cessé depuis la venue de ses accès d'angine de poitrine. De plus, il avait une anesthésie et une amyosthénie qui était en rapport avec la sévérité des accidents thoraciques. Son cas semblait donc déjà sous le coup de cette loi que, depuis trente années, nous nous efforçons de faire prévaloir, à savoir : « Qu'une affection nerveuse avec anesthésie et amyosthénie — proportionnées à l'intensité des accidents inverses, *spasmes* et *névralgies* — étant donnée, tout le traitement consiste à trouver un moyen, quel qu'il soit, qui puisse ramener la sensibilité et la motilité à l'état normal. »

De plus, la mère de M. X... et sa fille avaient présenté des accès de somnambulisme naturel, et lui-même, sans avoir offert rien de pareil était rêvasseur, sujet aux cauchemars. Nous pouvions donc aussi supposer qu'il existait chez lui une sensibilité cuivre ou or, cette sensibilité marchant toujours de pair avec l'aptitude somnambulique ou magnétique.

D'autre part nous n'ignorions point les succès obtenus par Laënnec dans des cas semblables avec des plaques d'acier aimanté ; nous avions lu la remarquable observation d'angine de poitrine guérie par la métallothérapie, qu'ont publiée, en juin 1880, dans la *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, MM. Lépine et Garel (de Lyon). Mais nous nous souvenions surtout qu'à Vichy, en 1871, nous avions obtenu nous-même une guérison complète par notre méthode chez un diabétique, M. S..., graveur, atteint de cette complication, l'angine de poitrine, qu'on a signalée comme assez fréquente dans le diabète, et partant, chez les individus qui sont prédisposés à cette affection par leur hérédité, comme c'était le cas de M. X..., guérison qui se trouve longuement rapportée sous le nº IX, p. 78 et suiv., dans notre brochure : *la métallothérapie à Vichy contre le diabète et la cachexie alcaline.*

Nous nous mîmes donc à faire l'examen métalloscopique, et bientôt nous eûmes acquis la preuve et démontré à notre confrère que, comme nous l'avions prévu et annoncé tout d'abord, M. X... était sensible au cuivre et à l'or, mais surtout au cuivre, *et à ces deux métaux seulement*, et que, par conséquent, c'était un *bimétallique* tributaire de la métallothérapie. « Il était vraiment curieux, disait le 2 mai le docteur Dubois devant ses honorables collègues d'Amiens, de voir M. X..., dont on piquait le bras à traverser la peau de part en part, ne rien sentir et le sang ne pas couler avant l'application du cuivre, et, au bout d'un quart d'heure de cette application, la force musculaire augmenter de 10 kilogrammes, la sensibilité revenir et les piqûres suinter, en même temps que de la chaleur et des fourmillements se faisaient sentir dans le même membre. Mêmes phénomènes, mais moins intenses, avec l'or. »

En conséquence, nous prescrivîmes le traitement suivant :

1° Application d'une armature de cuivre, la nuit, sur les quatre membres, et, en ceinture, sur la poitrine ;

2° Solution de chlorure d'or et de sodium à 1/100, deux fois par jour, une demi-heure avant le repas, depuis 5 gouttes jusqu'à 15, dans un peu d'eau pure;

3° Friction stimulante, le matin avec de l'eau de Cologne et un gant de crin ;

4° Si, au bout d'une quinzaine, pas de changement, faire de la métallothérapie en sens inverse, c'est-à-dire donner le cuivre à l'intérieur et appliquer des armatures formées de louis d'or.

Le traitement fut commencé le 12 février. Sur ses résultats, voici comment s'est exprimé M. le docteur Dubois, d'après des notes prises, jour par jour, par M. X... : « Je vous ferai remarquer, messieurs, qu'à partir du premier jour de l'application du traitement, les grandes attaques ne se sont plus montrées. Il resta seulement à M. X... un peu de toux précédée de douleur présternale. Cette dernière disparut elle-même bientôt et fut remplacée par un léger point sur la première côte droite. La toux, d'abord nerveuse, devint ensuite un peu plus grasse. Un vésicatoire, appliqué dans le but de faire disparaître les râles du côté droit, produisit de la douleur, tandis qu'au mois de janvier ce même côté était resté insensible sous l'influence d'un vésicatoire semblable, qui avait pourtant produit une grosse bulle.

« Dès le 17 février (cinq jours après le début du traitement) il n'y avait plus ni spasme, ni toux.

« Le 18, un peu de diarrhée étant survenue et ayant forcé de suspendre le chlorure d'or, la douleur présternale et la toux revinrent un peu. Un accès ayant eu lieu la nuit fut calmé par l'application des armatures.

« Le 24 février, aucun point douloureux, plus de toux, seize gouttes de sel d'or.

« Le 12 mars, en tournant un coin de rue par un vent très-frais, M. X... est pris d'un accès de toux avec douleur qui le force à monter en voiture.

« Le 15 mars, il n'y a plus d'oppression. M. X... marche comme avant d'être malade; il monte les escaliers sans suffocation, ni étouffement. Pouls à 60.

« Le 21 mars, les plaques ayant été mises seulement sur les bras, il survient vers minuit une douleur présternale très-aiguë. M. X... remet aussitôt son armature entière, au bout d'un quart d'heure il se rendort.

« Le 2 avril, cessation de tout traitement. Depuis ce moment aucun accident n'est survenu.

« Aujourd'hui (2 mai) M. X... est complètement guéri et a repris ses occupations et sa vie qui est très-active. Quand il se sent fatigué et qu'il s'aperçoit d'une fréquence plus grande du pouls, il remet son armature de cuivre, sans laquelle il ne voyage jamais, et son pouls redescend quelquefois, en un quart d'heure, de 15 à 20 pulsations. »

Nous n'ajouterons aucun commentaire. Nous nous bornerons à dire que nous avons revu deux fois M. X... qu'il avait repris des couleurs et de l'embonpoint; que sa sensibilité et ses forces musculaires étaient normales, et qu'il ne se plaignait plus de rien, voire même de migraine.

Depuis le 15 juillet, son état de santé continue à être aussi satisfaisant que possible.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hospice général de Tours. — Concours pour trois places d'élèves-internes et pour un nombre indéterminé de places d'élèves suppléants. Le concours pour l'internat est fixé au mardi 19 septembre à midi.

Le concours pour la suppléance s'ouvrira le 26 septembre, à la même heure.

Le registre d'inscription, ouvert au bureau du directeur de l'Hospice, sera clos, pour les candidats à l'internat, le 10 septembre, à huit heures du matin, et pour les candidats à la suppléance, le 17 septembre, à la même heure.

— Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Louis-Auguste Desmarres, décédé le 22 août, à l'âge de soixante et onze ans. Les obsèques de ce savant maître, qui a eu l'honneur de compter parmi ses élèves des oculistes tels que De Graefe et tant d'autres, ont eu lieu aujourd'hui vendredi, à midi, en l'église Saint-Louis-d'Antin.

— Pour répondre une fois pour toutes aux différentes demandes qui nous sont adressées à ce sujet, nous faisons savoir que tous les appareils du docteur Burq (armatures, dynamomètres, esthésiomètres, thermomètres, etc.) se trouvent chez le successeur de M. Andriveau, M. Dupré, fabricant d'instruments de physique, rue Campagne-Première, n° 5, Paris.

— *Avis.* — Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Cours de pathologie expérimentale. Leçons sur l'action physiologique des substances toxiques et médicamenteuses, par M. le professeur A. Vulpian (de l'Institut). 2e fascicule. 1 vol. in-8° carré de 250 pages. — Prix : 5 francs. Le volume complet, format in-8° compact de 700 pages, prix : 13 francs. — Paris, O. Doin.

Recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur les affections cutanées d'origine nerveuse, par le docteur H. Leloir. 1 vol. in-8° de 220 pages, avec 4 planches et plusieurs figures intercalées dans le texte. — Prix : 5 francs. — Paris, Delahaye et E. Lecrosnier.

La mère et l'enfant dans les races humaines, par le docteur A. Corre, professeur agrégé de l'École de médecine navale de Brest. 1 vol. in-18 de 300 pages, avec figures dans le texte. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Contribution à l'étude du goître exophtalmique ; pathogénie, traitement, par le docteur Nimard. In-8°. — Prix : 3 fr. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Signes et diagnostic de la grossesse extra-utérine, par le docteur Chayé. In-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Histoire d'une balle retrouvée dans le larynx dix ans après son entrée dans la tête, guérison, par le docteur Ch. Fauvel. In-8°, avec 6 figures dans le texte. — Prix : 1 fr. 25. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Conseils aux jeunes mères, aux nourrices et aux sages-femmes pour éviter la mortalité fréquente chez les enfants en bas-âge, par le docteur Girault, médecin-inspecteur de l'asile modèle des écoles communales, etc. 1 vol. in-18. — 1 fr. 25. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Les Eaux de Châtel-Guyon, par le docteur Édouard Voury. In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Du pansement à l'iodoforme et de ses dangers, par le docteur Le Dentu. In-8°. — Prix : 50 centimes. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 13301.

N° 99. — MARDI 29 AOUT 1882. 55e ANNÉE. MARDI 29 AOUT 1882. — N° 99.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50.** — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOPITAL NECKER. — M. TRÉLAT.

I. Tubercules de la langue. — II. Fracture bicondylienne du fémur. — III. Abcès froid, foyers multiples.

I. Il y a quinze jours, je vous ai fait une leçon sur un malade que je considérais comme atteint d'une affection tuberculeuse de la langue (1). Cet homme, qui était couché au numéro 47, a été l'objet d'une étude histologique de M. Latteux sur un tout petit fragment que nous avons enlevé, deux jours après notre conférence, sur la partie ulcérée de l'organe lingual. Nous y avons trouvé, dans les fibres musculaires, un tubercule primitif, un seul il est vrai, mais suffisant néanmoins pour confirmer notre diagnostic, et parfaitement caractérisé par un follicule tuberculeux primitif avec sa cellule géante au centre.

Le cas était assez pressant pour que jeudi dernier, sans plus tarder, nous ayons dû procéder à l'ablation de la partie malade de la langue au moyen de l'anse galvano-caustique.

L'opération a été faite sans aucun incident et, bien entendu, sans donner lieu à aucune hémorrhagie. Le résultat opératoire est très-satisfaisant. La langue a perdu seulement un copeau superficiel du côté gauche, ainsi que toute l'épaisseur du bord correspondant à la lésion.

Un nouvel examen histologique a montré des masses tuberculeuses considérables à tous les degrés de développement.

II. Parmi les malades entrés ces jours derniers dans nos salles, nous avons un homme de quarante ans atteint d'une fracture des deux condyles du fémur. Cette lésion est assez rare à cet âge où elle ne se produit que par cause directe. La fracture bicondylienne du fémur est, de toutes les fractures de l'extrémité inférieure du fémur, celle dont les titulaires, — si je puis m'exprimer ainsi, — sont les plus âgés.

Les fractures des condyles se divisent en trois groupes : 1° les fractures sus-condyliennes, se produisant par arrachement épiphysaire, alors que la soudure de l'épiphyse à la diaphyse est encore incomplète ou récente ; elle ne s'observe guère passé l'âge de vingt à vingt-deux ans ; 2° la fracture d'un seul condyle, par cause directe, ayant lieu aussi chez des individus jeunes encore ; et 3° la fracture bicondylienne, que l'on ne rencontre que chez le vieillard, à moins qu'elle ne soit le résultat d'un traumatisme direct.

Chez notre malade, l'accident remonte à mardi dernier. Cet homme, tandis qu'un premier fiacre le renversait sur la chaussée, avait la cuisse prise sous les roues d'une autre voiture. Apporté aussitôt à l'hôpital, on constatait une fracture de l'extrémité inférieure du fémur avec un ensemble symptomatique spécial.

En effet, il existait une mobilité anomale considérable de la jambe, telle qu'on pouvait lui faire exécuter des mouvements de polichinelle, dont le centre se trouvait en un point situé à 8 ou 9 centimètres au-dessus de l'interligne articulaire. Cette mobilité exagérée peut appartenir aux trois variétés de fractures condyliennes que je viens de vous énumérer. Mais l'articulation du genou était vide, sans trace de liquide, et, si l'on venait à promener la rotule dans la gorge intercondylienne, on sentait une certaine crépitation résultant d'un trait de fracture verticale situé entre les deux condyles, je dois dire même beaucoup plus qu'un simple trait de fracture, difficile à diagnostiquer pendant la vie, car il ne donne pas de crépitation véritable. Je dirai que la crépitation était le résultat d'une fracture avec déplacement et élévation de l'un des condyles à un niveau supérieur à son congénère.

Il y avait donc bien fracture bicondylienne. J'ai essayé d'intervenir par l'application d'un appareil plâtré qui m'avait donné, peu de temps auparavant, de très-bons résultats chez le malade du n° 2 atteint d'une fracture sus-condylienne avec mobilité considérable et mouvements de polichinelle comme ici.

Mais chez l'homme à la fracture bicondylienne, nous avions affaire à un sujet violent, alcoolique, indocile, qui présentait, en plus, un chevauchement prononcé des fragments osseux. Aussi avons-nous dû renoncer à cet appareil pour établir cette extension énergique dont M. Reclus parlait récemment dans un article sur certaines fractures du membre inférieur.

Nous avons donc eu recours à une extension de 6 kilogr. environ sur la partie inférieure du membre, tandis que, d'autre part, le pied du lit était relevé par des briques, de façon à ajouter ainsi une nouvelle traction de 1 à 2 kilogr. produite directement par tout le poids du corps tirant direc-

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1882, p. 747.

tement sur la cuisse de haut en bas. Ce n'est que lorsque nous aurons obtenu, dans quelques jours, par ces deux moyens combinés de traction en sens inverse, la restitution des formes, que nous pourrons, sans crainte alors, appliquer l'appareil plâtré que nous avons rejeté dès le début.

III. Je vais maintenant opérer une femme de vingt-trois ans, qui, jusqu'au mois de décembre 1879, avait toujours été bien portante. A cette époque, elle a commencé à éprouver des douleurs de reins, vives surtout lorsqu'elle se baissait.

L'année d'après, elles devinrent plus intenses et donnèrent même lieu quelquefois à de véritables crises qui la forcèrent à cesser toute occupation.

C'est alors qu'elle entra à Beaujon; pendant son séjour dans cet hôpital, elle se plaignit surtout d'une douleur dans la hanche droite qui irradiait dans le membre inférieur. Elle fut traitée par les bains sulfureux et les douches, et, au bout de deux mois, elle sortait non pas guérie, mais améliorée.

La hanche restait toujours cependant un peu douloureuse et le membre inférieur du côté malade était plus faible.

Au mois de mai 1881, elle s'aperçut tout à coup d'une grosseur au niveau du flanc droit descendant vers la face interne de la cuisse, grosseur douloureuse à la pression. Puis, un peu plus tard, toute la région de la fesse droite était tuméfiée ainsi que tout le membre inférieur du même côté, et bientôt il ne lui était plus possible de marcher.

Nous étions au mois de juillet, elle entra à la Charité; elle y fut soumise au repos, à des applications externes de teinture d'iode et à l'iodure de potassium à l'intérieur. A cette époque avait lieu le concours de chirurgie du Bureau central, un de nos jeunes collègues des hôpitaux diagnostiqua une sacro-coxalgie droite, opinion qui fut partagée par les membres du jury. Encore une fois cette malade sortit améliorée par le repos; mais la tuméfaction n'avait pas diminué.

Enfin, au mois d'octobre dernier, les souffrances ayant reparu aussi intenses qu'auparavant, cette femme est entrée dans le service placé, en mon absence, sous la direction de M. Bouilly qui a diagnostiqué un abcès froid. Il a fait une ponction exploratrice, et, celle-ci ayant démontré l'existence d'une collection purulente, il a pratiqué une large incision, fait le grattage de la cavité, placé un drain et appliqué le pansement de Lister. Le résultat a été excellent bien que la cicatrisation se soit faite lentement, laissant seulement après elle un petit trajet fistuleux, filiforme, de 1 à 2 centimètres de longueur, que nous avons traité par les injections iodées.

Cette femme était donc en très-bonne voie de guérison, lorsque, vers le milieu du mois de décembre, elle s'est plainte de nouveau de douleurs lombaires, plus prononcées cette fois à gauche qu'à droite; en même temps nous constations un gonflement au niveau de la partie supérieure et externe de la fesse gauche, s'accompagnant d'élancements douloureux. Bientôt cette tuméfaction se développa surtout un peu au-dessous de la crête iliaque et parallèlement à sa direction, tuméfaction allongée, oblongue, qui mesurait 12 centimètres sur 8.

Notre malade jouissant d'un certain embonpoint, la tuméfaction était un peu plus difficile à reconnaître; néanmoins elle était assez évidente, sous un examen attentif, pour que, en raison du développement lent de la tumeur, en raison des antécédents de la malade, notamment de la collection purulente du côté droit incisée et drainée antérieurement par M. Bouilly, nous n'eussions aucune hésitation à diagnostiquer l'existence d'un nouvel abcès froid.

Le fait n'a rien d'extraordinaire, car nous savons aujourd'hui mieux que jamais, par les nombreux faits observés ainsi que par les recherches les plus récentes sur cette question, que les abcès froids tuberculeux se présentent souvent avec des foyers multiples, n'ayant pour seul lien qu'une diathèse commune.

Je considère, du reste, la jeune femme que nous allons opérer comme un sujet scrofuleux, quoiqu'elle soit gentille et fort avenante, ma foi! Du reste, la scrofule n'est pas l'ennemie de la gentillesse.

Nous allons inciser ce nouvel abcès comme l'a fait M. Bouilly précédemment, et nous procéderons également aussi au grattage, au lavage, au tubage, puis à la suture et au pansement de Lister.

HOPITAL LAENNEC. — M. Damaschino.

Deux cas de paralysie pseudo-hypertrophique (1).

(Leçon recueillie par M. Duplaix, interne du service, revue par l'auteur.)

III

Tous ces faits sont précieux pour le diagnostic, ils nous montrent une même affection, facile à reconnaître chez un enfant jeune encore dont les muscles offrent un développement exagéré, un volume excessif et, malgré des apparences aussi luxuriantes, une faiblesse réelle et une incontestable insuffisance fonctionnelle. Chez la sœur cadette, l'affection est tout à fait fruste et pourrait échapper à un examen superficiel. La sœur aînée au contraire nous présente une phase plus avancée du processus morbide. L'apparente hypertrophie des muscles a disparu et nous sommes en présence d'un pied bot équin creux comme chez le jeune Lucien. Voilà donc des faits qui s'éclairent les uns les autres et qui, si je ne me trompe, confirment pleinement l'existence d'une paralysie pseudo-hypertrophique.

Du reste, il faut bien savoir que cette affection peut présenter plusieurs variétés, je dirais volontiers plusieurs formes qui sont en rapport avec la marche des lésions musculaires. Son évolution se fait effectivement en plusieurs stades et, selon l'époque où nous examinons les malades, ce tableau symptomatique apparaît sous un aspect différent. Il importe que vous en soyez prévenus, d'autant plus que, suivant les sujets, c'est telle ou telle période qui prédominera, tel ou tel symptôme qui sera plus accentué et fixera plus positivement l'attention. Tantôt l'hypertrophie musculaire persistera jusqu'à la fin, tantôt elle sera fugace, et les déformations consécutives constitueront le fait capital : aussi me semble-t-il utile de vous décrire quatre types, ou, si vous le préférez, quatre formes principales qui peuvent, chez un même malade, constituer des périodes successives :

1° Dans une première forme il existe une pseudo-hypertrophie généralisée, étendue à tous ou presque tous les muscles des membres et du tronc; le malade présente une musculature superbe et des apparences vraiment herculéennes, tandis qu'il est affaibli et se fatigue au moindre travail et, au bout d'un temps variable, perd progressivement la faculté d'exécuter certains mouvements. Dans ces circon-

(1) Fin. — Voir le numéro du 24 août 1882.

stances, la production du tissu graisseux est considérable et c'est à elle qu'on doit attribuer l'extrême augmentation de volume des muscles : la lipomatose l'emporte alors sur la sclérose.

2° Une deuxième variété comprend les cas dans lesquels la pseudo-hypertrophie est tout à fait localisée, principalement aux masses charnues des membres inférieurs. Il semble alors que les autres muscles soient encore indemnes ou que, du moins, le processus pathologique y soit moins avancé. Vous vous souvenez de la jeune fille que je vous ai fait voir dans nos conférences de l'année dernière : elle présentait cette variété de scléro-lipomatose et je vous ai fait observer que certains muscles étaient atrophiés en partie : leur altération était partiellement masquée par le développement du tissu cellulo-adipeux sous-cutané.

3° Chez le troisième groupe de sujets, l'atrophie porte manifestement sur un grand nombre de muscles, et la pseudo-hypertrophie se restreint de plus en plus : c'est ce qui existe chez notre jeune Savoisien. Parfois même, les gastro-cnémiens seuls restent volumineux et contrastent par leur volume excessif avec l'amaigrissement des autres masses musculaires. Sachez toutefois que l'atrophie paraît assez souvent moins évidente aux membres inférieurs qu'elle ne l'est réellement à cause de l'épaississement, de l'endurcissement que présentent la peau et le tissu cellulaire sous-jacent.

4° Il existe enfin une quatrième catégorie de faits, très-importants et certainement beaucoup moins rares qu'on ne le croit, faits dans lesquels l'augmentation de volume des muscles n'est que transitoire et fait place très-vite à l'atrophie réelle avec rétraction véritable. Je suis convaincu que, dans ces cas, il existe une tendance à la sclérose simple sans développement considérable du tissu adipeux. Il en résulte que les masses musculaires, temporairement augmentées de volume, disparaissent bientôt et sont remplacées par des tissus scléreux, de telle sorte que la maladie évolue alors sans donner naissance au développement excessif des muscles que nous constatons dans les autres variétés. Il est très-probable que bon nombre des observations publiées en Allemagne sous l'étiquette d'atrophie musculaire progressive héréditaire ne sont autre chose que des cas de paralysie pseudo-hypertrophique, présentant le dernier mode d'évolution que je vous signale.

Cette production exagérée du tissu scléreux a une conséquence très-importante et que vous devez spécialement connaître : c'est la tendance à la rétraction musculaire et par suite aux déformations persistantes. Chez le jeune Lucien il en est résulté d'abord à droite un pied bot pour lequel il a fallu pratiquer le ténotomie du tendon d'Achille; actuellement la déformation est tellement développée au pied gauche qu'une section sera nécessaire de ce côté. Je vous rappelle, en outre, que notre malade présente des signes évidents de la rétraction du biceps et des muscles longs du dos. J'ai suffisamment insisté sur ce point pour n'avoir plus à y revenir. Souvenez-vous surtout que ce processus morbide semble affecter tout particulièrement les gastro-cnémiens et détermine chez nombre de sujets des pieds bots plus ou moins développés, mais dans lesquels l'équinisme est toujours la déformation prédominante. Vous pourrez en voir un bel échantillon sur cette projection qui vous représente les membres inférieurs d'un enfant qui se trouve actuellement dans le service de mon excellent collègue M. Cadet de Gassicourt. Dans ce fait, le diagnostic ne saurait être mis en doute un seul instant, puisque les muscles sont encore très-volumineux, quoique cependant très-durs.

L'atrophie musculaire progressive de l'enfance est la seule affection avec laquelle cette dernière forme de paralysie pseudo-hypertrophique puisse être confondue. Toutefois le mode d'apparition des symptômes morbides diffère complètement dans ces deux maladies. Duchenne (de Boulogne) a démontré que chez les jeunes sujets l'évolution de l'atrophie musculaire progressive est absolument spéciale. Les muscles de la face sont premièrement et, pendant un temps parfois assez long, uniquement atteints par l'atrophie, et c'est plus tard seulement que le processus morbide s'étend aux membres ou au tronc et finalement se généralise. Ce mode de début diffère essentiellement de celui de la paralysie pseudo-hypertrophique dans laquelle les muscles de la face sont au contraire épargnés, c'est là un point capital qu'il vous importe de connaître au point de vue du diagnostic différentiel.

Je n'insisterai pas sur le pronostic de la scléro-lipomatose musculaire; c'est, vous le savez, une de ces affections dont la marche, essentiellement progressive, ne laisse guère espérer une guérison réelle : l'altération morbide ne peut rétrocéder et presque toujours elle continue son évolution, frappant successivement un certain nombre de muscles, dont les fonctions subissent, par suite, une déchéance corrélative. Sachez néanmoins qu'il existe des temps d'arrêt parfois assez longs et que, chez certains sujets, on a vu la maladie se localiser sur un ou plusieurs groupes musculaires; mais ce sont des faits absolument exceptionnels et sur lesquels vous ne devez pas compter. Il arrive un moment, au contraire, où l'impotence devient presque complète et condamne au séjour du lit les sujets encore enfants ou adolescents, rarement parvenus à l'âge adulte. Ils succombent le plus souvent à une maladie intercurrente, en général à quelque affection broncho-pulmonaire. Je dois ajouter que l'atrophie des muscles respirateurs semble avoir joué un certain rôle dans quelques cas de mort plus rapide.

Quant à la thérapeutique, elle se borne à l'emploi des frictions, des massages, et surtout à l'application de l'électricité; les meilleurs résultats obtenus sont produits par les courants continus ou plutôt par les courants interrompus à longue intermittence pour ne pas fatiguer les muscles. Ce mode de traitement, vous ne l'avez pas oublié, semble avoir été très-utile à la jeune malade qui a fait l'an dernier un assez long séjour dans mon service.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. Daniel Mollière.

L'infection empêche l'ivresse alcoolique.

Au n° 11 de la salle Sainte-Marthe a été apporté, il y a cinq jours, le nommé Joseph B..., âgé de trente et un ans. Dans une chute d'un lieu élevé, cet homme s'est fait une fracture comminutive de l'extrémité inférieure de la jambe avec issue des fragments et ouverture de l'articulation tibio-tarsienne. L'accident datait de la veille, quand on l'a apporté dans nos salles, et le membre était immobilisé dans un appareil très-classiquement et très-méthodiquement appliqué. Bandelettes de diachylon imbriquées *secundum artem*, coussinets de charpie, attelles, rien n'y manquait.

Comme nous avons l'habitude de le faire en pareille circonstance, nous plaçant dans le nuage phéniqué, nous avons

soigneusement lavé le membre fracturé avec des solutions désinfectantes variées, et nous l'avons immobilisé dans une attelle plâtrée sous un pansement antiseptique.

Vous avez pu voir, dans les autres salles, plusieurs malades chez lesquels nous avons pu appliquer d'emblée ce mode de traitement avant tout pansement infectant, et vous avez pu juger de son efficacité presque constante.

Mais chez le malade dont nous parlons, il n'en a pas été de même. A son entrée, il était infecté déjà, probablement par la charpie, substance essentiellement dangereuse, car elle est ordinairement préparée avec des linges vieux et sales et par des doigts sordides. Actuellement, notre blessé a une fièvre ardente, 40°,5. Il souffre beaucoup, il est anxieux. Le membre s'est tuméfié et les tissus distendent la gouttière plâtrée dans laquelle il est enfermé. Nous le découvrons, nous voyons des plaques bleuâtres au niveau de la fracture. Les bords de la plaie ont une teinte lie de vin; sur le dos du pied, nous voyons une plaque gangréneuse verte.

Sommes-nous en présence d'un cas de sphacèle reconnaissant pour cause la violence du traumatisme ou l'excès de l'inflammation? Ces tissus sont-ils morts par étranglement inflammatoire, ou serons-nous au contraire spectateurs d'un de ces cas désespérants que nous observons encore quelquefois et que j'ai décrits sous le nom de *gangrène gazeuse?* Le diagnostic est difficile, je l'avoue, car le traumatisme qu'a subi cet homme est assez grave en lui-même pour que la fièvre, ou pour mieux dire l'hyperthermie n'ait aucune signification au point de vue du diagnostic. Le traumatisme lui-même et le gonflement qui en est la conséquence peuvent expliquer aussi les douleurs excessives. Il n'y a pas d'épanchement gazeux sous la peau, mais il y a des phlyctènes et des plaques vertes, et l'odeur de la plaie est mauvaise. Nous allons, dans le doute, agir énergiquement, sans pratiquer cependant l'amputation. Elle ne donnerait, en cas de gangrène gazeuse, que peu de chances de succès. Elle serait inutile en cas d'inflammation simple avec étranglement et sphacèle. Je me bornerai donc à désinfecter aussi bien que possible la plaie. Pour ce faire, je vais injecter dans le foyer de la fracture, non une solution phéniquée forte, dont l'action sur certains microbes n'est, paraît-il, appréciable qu'au bout de plusieurs heures, mais bien une solution concentrée de permanganate de potasse qui détruit tous les proto-organismes par suroxygénation. Je ferai ensuite avec le fer rouge, suivant les errements de Pouteau, un large débridement et je cautériserai énergiquement la plaie et les plaques bleuâtres. Des mouchetures ignées superficielles seront pratiquées le long de la jambe pour arrêter la propagation des germes infectieux dans les réseaux lymphatiques superficiels.

Enfin, je vais instituer chez ce malade une médication interne par l'alcool à hautes doses. Les résultats de cette médication nous permettront bien vite d'établir notre diagnostic, et partant notre pronostic.

Si j'insiste sur ce point, c'est que l'on a peu étudié jusqu'ici l'action de l'alcool à hautes doses dans les maladies infectieuses parasitaires. Nous ne trouvons, en effet, que quelques lignes consacrées à cette étude, dans le remarquable volume que vient de publier le professeur Verneuil. Il se borne à relater quelques observations, anciennes déjà, d'accidents septiques aigus guéris par l'administration de l'alcool jusqu'à ébriété.

Depuis plusieurs années, j'ai cherché à désinfecter par ce moyen le sang des sujets atteints de maladies chirurgicales septiques. J'avais déjà vu faire des tentatives analogues par mes prédécesseurs à l'Hôtel-Dieu. Mais on était alors en présence de la pyohémie. Toujours, ou à peu près, je l'ai vu résister à l'enivrement thérapeutique. Depuis que Létiévant, en introduisant à Lyon la méthode antiseptique, a fait disparaître la pyohémie à l'Hôtel-Dieu; j'ai tenté de combattre les autres septicémies par l'alcool.

Voici, en deux mots, ce que j'ai pu observer :

1° L'alcool administré à hautes doses peut produire facilement l'ébriété chez les sujets atteints de pyohémie; 2° Il est à peu près impossible d'enivrer un sujet atteint de gangrène gazeuse; 3° Nous observons la même résistance à l'enivrement chez les sujets porteurs de pustules malignes; 4° Dans les quelques cas de morve aiguë que j'ai pu voir, j'ai observé le même phénomène; 5° Les petits enfants qui sont atteints de diphthérie laryngienne (avec croup, albuminurie, etc.) sont très-difficiles à alcooliser. Ils supportent sans ivresse des doses très-fortes de vin et de liqueurs fortes.

Nous aurons bientôt à aborder de nouveau cette étude; mais, pour en revenir à notre malade, je suis convaincu que si ce soir nous le trouvons en pleine ivresse, il guérira, il n'aura pas la gangrène gazeuse.

— On administra à ce malade, après l'avoir opéré par le feu, 300 gr. de rhum qu'il absorba sous forme de grogs. On prescrivit en outre du vin d'Espagne (500 grammes). A dix heures du soir, il était complètement ivre. La fièvre, les jours suivants, s'éteignit. La température, qui le soir même descendit à 39°,1 pour remonter à 40°,5 le lendemain, tomba définitivement le troisième jour à 38°, pour arriver à la normale au bout d'une semaine. Rien n'enraya plus la cicatrisation, sous le pansement antiseptique. Le malade est aujourd'hui guéri.

DES CORPS ÉTRANGERS DE L'ŒSOPHAGE.

Par M. le docteur Fourrier (de Serrouville).

La *Gazette des hôpitaux*, dans son numéro du 27 novembre 1880, a rapporté l'observation d'un homme de quarante ans, qui avait avalé avec rapidité une poire sèche, et qui était mort deux jours après, sans qu'on eût pu retirer le corps étranger, resté dans l'œsophage. Je puis me rappeler un cas assez semblable au précédent, dans lequel j'ai été plus heureux que le docteur Badoud.

Une vieille femme de Fillières (Meurthe-et-Moselle), n'ayant plus de dents et mangeant d'une façon très-gloutonne, avait avalé tout d'une pièce une poire sèche, qui lui était restée dans le pharynx et qui, comprimant le larynx, déterminait une suffocation presque complète. Lorsque j'arrivai près de cette malheureuse, deux heures s'étaient écoulées depuis que l'accident s'était produit: elle avait la face bleuâtre, et sa respiration, semblable à celle d'une personne qu'on étrangle, faisait peine à entendre. Des efforts de vomissement, provoqués par tous les moyens possibles, n'avaient amené aucun résultat. J'avais pris avec moi l'instrument de de Græfe; je l'introduisis assez facilement sur le côté du corps étranger, que j'accrochai avec le panier, en retirant la baleine; mais la poire était solidement maintenue dans sa position, je ne pus l'ébranler; il en vint seulement un morceau qui resta dans le panier. Après avoir débarrassé celui-ci de son contenu, je répétai la même opération, et je fis cela un assez grand nombre de fois, enlevant à chaque reprise un nouveau morceau de poire, pour qu'au bout d'une demi-heure ma malade pût respirer avec assez

de facilité, tant le corps étranger était diminué de volume ; néanmoins, comme elle était très-fatiguée, je crus bon d'en rester là pour le moment. Lorsque je vins la voir le lendemain, je ne retrouvai plus rien de la malheureuse poire ; pendant la nuit, le spasme pharyngien avait éprouvé une détente, et ce que je n'avais pas enlevé avait été avalé.

Permettez-moi, puisque l'occasion se présente ici de parler de l'instrument de de Græfe, de protester contre les assertions d'un des plus éminents chirurgiens de Paris, qui disait, il y a quelques années, à la Société de chirurgie, que cet instrument pouvait avoir de graves inconvénients, entre autres celui de faire basculer les corps étrangers ; mais tous les instruments peuvent avoir des inconvénients ; et les pinces, quelles qu'elles soient, ont aussi les leurs ; faut-il pour cela les condamner et prononcer leur ostracisme, comme il le faisait à l'égard de l'instrument de de Græfe ? Au moyen de celui-ci, j'ai pu enlever un os plat, à forme triangulaire, mesurant au moins 3 centimètres sur chaque côté et présentant des angles très-aigus, lequel os était solidement accroché à la naissance de l'œsophage chez un homme âgé, n'ayant plus de dents. A une première tentative, le panier se renversa au moment où j'exerçai des tractions ; mais une seconde fois je fus plus heureux : par un coup sec, j'enlevai l'os et il fut projeté au loin dans la chambre. Le patient, qui était venu chez moi avec la conviction qu'il était un homme perdu, ayant souffert quelques années auparavant pendant plus de trois mois pour avoir avalé un très-petit os, fut au comble du bonheur, et depuis cette époque il m'a toujours témoigné, ce qui est rare dans les campagnes, une véritable reconnaissance.

Dans une occasion encore récente, l'instrument de de Græfe me fut des plus utiles. Une femme, assez bien conservée, mais n'ayant plus de dents, vint me voir se plaignant de ce que la veille, en mangeant une galette de prunes, elle avait avalé quelque chose qui lui était resté dans la gorge et qui la faisait souffrir considérablement. Ma première pensée fut qu'il s'agissait probablement d'un noyau de prune : je songeai donc à le refouler dans l'estomac. Pour arriver à ce résultat, je soumis la patiente à l'introduction successive de deux sondes œsophagiennes de calibre différent ; l'extrémité des sondes ne rencontra rien, mais en retirant la dernière, qui était la plus grosse, j'eus la sensation d'un corps dur, qui se trouvait pour ainsi dire accolé à la paroi de l'œsophage, dans une région située bien au-delà de l'union de l'œsophage avec le pharynx. Ce fut alors que j'introduisis l'instrument de de Græfe ; j'accrochai un corps dur que je sentis manifestement, mais je ne fus pas peu surpris de voir le panier arriver dans un état de vacuité complet. Plusieurs fois de suite je fis descendre dans l'œsophage de ma patiente le panier de de Græfe, mais je ne rencontrai plus rien : il semblait que le corps étranger se fût évanoui. Il me vint alors à l'esprit que j'avais probablement remonté le corps étranger jusque dans le pharynx et qu'il était logé sur un des côtés de cette assez vaste cavité. Dans cette pensée, je fis pénétrer dans l'œsophage de la patiente la petite éponge qui se trouve à l'extrémité de la baleine de l'instrument de de Græfe ; je la laissai en place quelques minutes pour qu'elle pût s'imbiber et se gonfler, puis je la retirai lentement ; mais au moment où l'éponge arriva à l'isthme du gosier, l'instrument s'arrêta. Ayant alors abaissé la langue de la patiente, je ne fus pas peu étonné de voir une épine énorme collée à mon éponge et qui, se présentant transversalement, était arrêtée par les piliers du voile du palais ; un mouvement de bascule l'amena facilement au dehors.

Que les détracteurs de l'instrument de de Græfe en disent ce qu'il leur plaira ; pour moi, si j'ai un conseil à donner aux jeunes médecins qui vont habiter la campagne, et qui devront faire toutes les opérations d'urgence, ne pouvant pas, comme leurs confrères de Paris, avoir recours à des maîtres éminents, c'est celui-ci : Le premier instrument que vous devez acheter après votre trousse et le forceps, c'est l'instrument de de Græfe.

VARIÉTÉS

Histoire de l'hôpital de Notre-Dame de Pitié de Paris (1612-1882) (1).

Par M. le docteur O. GUILLIER.

XIII

LISTE DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DE LA PITIÉ DE 1813 A 1882.

Chirurgiens.

BAUCHET (LOUIS-JOSEPH). — Nommé *provisoirement* à la Pitié le 25 août 1861 en remplacement de M. Michon, *en congé*. — Sorti le 8 octobre 1861.

GOSSELIN. — Nommé chirurgien *titulaire* le 1er janvier 1862, en remplacement de M. Maisonneuve. Nommé professeur de clinique chirurgicale le 26 janvier 1866. — Sorti le 1er octobre 1867, pour passer à la Charité.

RICHET. — Nommé chirurgien *titulaire* le 1er janvier 1863, en remplacement de M. Michon. — Sorti le 31 décembre 1866, pour passer à l'Hôtel-Dieu.

PANAS. — Nommé *provisoirement* à la Pitié le 10 août 1863, en remplacement de M. Richet, *en congé*. — Sorti le 19 octobre 1863.

LABBÉ (LÉON). — Nommé *provisoirement* à la Pitié le 15 août 1864, en remplacement de M. Richet, *en congé*. — Sorti le 30 septembre 1864.

DESPRÉS (ARMAND). — Nommé *provisoirement* à la Pitié le 1er octobre 1864, en remplacement de M. Labbé. (Service de M. Richet.) — Sorti le 1er novembre 1864.

TARNIER. — Nommé *provisoirement* à la Pitié le 1er août 1865, en remplacement de M. Richet, *en congé*. — Sorti le 1er octobre 1865.

GUÉNIOT. — Nommé *provisoirement* à la Pitié le 1er septembre 1866, en remplacement de M. Richet, *en congé*. — Sorti le 31 octobre 1866.

VOILLEMIER. — Nommé chirurgien *titulaire* le 1er janvier 1867, en remplacement de M. Richet. — Sorti le 31 décembre 1867, pour passer à l'Hôtel-Dieu.

DUPLAY. — Nommé *provisoirement* à la Pitié le 26 août 1867, en remplacement de M. Voillemier, *en congé*. — Sorti le 1er octobre 1867.

MARC SÉE. — Nommé *provisoirement* à la Pitié le 20 octobre 1867, en remplacement de M. Gosselin. — Sorti le 12 novembre 1867.

BROCA. — Nommé chirurgien *titulaire* le 21 décembre 1867, en remplacement définitif de M. Gosselin. — Sorti le 15 mai 1872, pour passer à l'hôpital des Cliniques.

DESPRÉS. — Nommé *provisoirement* à la Pitié le 10 août 1868. — Sorti le 1er octobre 1868.

PÉAN. — Nommé *provisoirement* à la Pitié le 21 août 1868, en remplacement de M. Broca, *en congé*. — Sorti le 1er octobre 1868.

MEUNIER. — Nommé *provisoirement* à la Pitié le 22 octobre 1868. — Sorti le 16 décembre 1868.

TRÉLAT (ULYSSE). — Nommé chirurgien *titulaire* le 16 décembre 1868, en remplacement définitif de M. Voillemier. — Sorti le 25 décembre 1871, pour passer à la Charité.

(1) Fin. — Voir le numéro du 22 août 1882.

ANGER. — Nommé *provisoirement* à la Pitié le 18 février 1869, en remplacement de M. Trélat, *en congé*. — Sorti le 31 avril 1869.

DUPLAY. — Nommé *provisoirement* à la Pitié le 1er août 1869, en remplacement de MM. Trélat et Broca, *en congé*. — Sorti le 1er décembre 1869.

POLAILLON. — Nommé *provisoirement* à la Pitié le 19 août 1870, en remplacement de M. Trélat, *en congé*. — Sorti le 15 mars 1871.

LABBÉ (Léon). — Nommé chirurgien *titulaire* le 25 décembre 1871, en remplacement de M. Trélat. — Sorti le 25 décembre 1877, pour passer à Lariboisière.

DUPLAY. — Nommé *provisoirement* à la Pitié le 15 mai 1872, en remplacement de M. Broca. — Sorti le 15 août 1872.

TERRIER. — Nommé *provisoirement* à la Pitié le 15 août 1872, en remplacement de M. Duplay (service de M. Broca). — Sorti le 15 octobre 1872.

VERNEUIL. — Nommé chirurgien *titulaire* le 15 octobre 1872, en remplacement définitif de Broca. — Actuellement professeur de clinique chirurgicale à l'hôpital de la Pitié.

POLAILLON. — Nommé chirurgien *titulaire* le 25 décembre 1877, en remplacement de M. Labbé. — Actuellement au même hôpital.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — M. Jaillet, préparateur du laboratoire de thérapeutique, est nommé chef de ce laboratoire, en remplacement de M. Journiac, démissionnaire.

M. Grenet (Adrien-Dominique) est nommé préparateur du laboratoire de thérapeutique, en remplacement de M. Jaillet.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — Sont institués, pour une période de deux ans, à dater du 1er novembre 1882, à la Faculté mixte de médecine et pharmacie de Bordeaux :

1° *Chefs de clinique médicale :* MM. les docteurs Dallidet (Jacques), en remplacement de M. Dubreuil, dont le temps d'exercice est expiré ; Cayla (Frédéric), en remplacement de M. Davezac, dont le temps d'exercice est expiré ;

2° *Chefs de clinique chirurgicale :* MM. les docteurs Chevalier (Gabriel-Léon) et Courtin (Félix), en remplacement de MM. Piéchaud et Monod, dont le temps d'exercice est expiré ;

3° *Chef de clinique obstétricale :* M. le docteur Hirigoyen (Louis), en remplacement de M. Bitot, dont le temps d'exercice est expiré ;

4° *Chef adjoint de clinique obstétricale :* M. Rivière (Maurice), en remplacement de M. Hirigoyen, nommé chef de la même clinique.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — Sont nommés pour une période de trois ans, à partir du 1er août 1882 :

1° *Chef de clinique obstétricale :* M. le docteur Rémy (Sébastien-Joseph), en remplacement de M. Hippolitte, dont le temps d'exercice est expiré ;

2° *Chef de clinique chirurgicale :* M. le docteur Guillemin (Paul-Augustin-François), en remplacement de M. Rohmer, dont le temps d'exercice est expiré.

M. Nicolas, aide d'anatomie, est nommé prosecteur, en remplacement de M. Étienne, appelé à d'autres fonctions.

— *Perception des droits universitaires à Paris.* — A partir du 1er octobre 1882, les droits et produits universitaires seront reçus, à Paris, à la caisse du receveur spécial institué par le décret du 25 juillet 1882 (1), sur la production d'un bulletin de versement délivré par le secrétaire de la faculté ou de l'établissement d'enseignement supérieur, et indiquant les nom et prénoms du débiteur, la somme à percevoir et l'acte scolaire auquel elle se rapporte. Les bulletins de versement seront détachés d'un registre à souche et porteront un numéro d'ordre, dont la série, pour chaque année scolaire, devra être suivie sans interruption.

Le receveur des droits universitaires délivrera à la partie versante une quittance détachée d'un journal à souche et rappelant, outre le numéro d'ordre du bulletin de versement, toutes les autres indications y contenues. Cette quittance servira aux étudiants à justifier, auprès du secrétaire, du versement des droits auxquels ils sont assujettis.

Le receveur des droits universitaires tiendra, pour chaque faculté ou école, un journal à souche distinct, conforme au modèle n° 4 de la circulaire du 20 décembre 1862.

Les totaux journaliers de chacun des journaux à souche seront reportés sur le livre-journal des recettes et des dépenses dont le modèle est donné sous le n° 2 de ladite circulaire. Ce dernier livre servira également à constater les versements à la recette centrale et les remboursements de consignations dont il sera question ci-après.

Les familles des étudiants qui suivent les cours des établissements d'enseignement supérieur de Paris ont la faculté d'effectuer aux caisses des trésoriers généraux et des receveurs des finances dans les départements, le versement de tous les produits à recouvrer par le receveur des droits universitaires. Ces versements auront lieu sur la production des bulletins de versement mentionnés au premier paragraphe, et il en sera délivré des récépissés à talon que les ayants droit produiront au secrétaire au lieu et place des quittances à souche.

A l'expiration de chaque dizaine, les trésoriers généraux transmettront au receveur central de la Seine, en un mandat sur le Trésor, à l'ordre du receveur des droits universitaires de Paris, le montant des droits qu'ils auront recouvrés pour son compte. Ce mandat, qui devra être accompagné de bulletins de versement produits par les parties versantes, sera appuyé d'un état détaillé indiquant le numéro et le montant de chacun des récépissés délivrés, le nom de la partie versante, les nom et prénoms de l'étudiant débiteur, et l'acte scolaire auquel se rapporte le versement.

Tous les soirs, le receveur des droits universitaires adressera à chacun des secrétaires des facultés et établissements d'enseignement supérieur un état détaillé des versements qu'il aura reçus pendant la journée, soit directement, soit au moyen de mandats sur le Trésor. Cet état permettra aux secrétaires de contrôler la régularité des versements effectués par les étudiants ou leurs familles et d'exercer telles mesures que de droit à l'égard de ceux qui n'auraient pas rempli leurs obligations pécuniaires.

Le remboursement des consignations aura lieu à la caisse du receveur des droits universitaires, sur la production par l'ayant droit : 1° de la quittance à souche ou du récépissé à talon, justificatif de son versement; 2° d'un ordre de remboursement délivré par le secrétaire de la faculté ou de l'école et énonçant les motifs de la restitution des droits consignés. Les ordres de remboursement dûment acquittés seront compris dans les versements du receveur des droits universitaires à la recette centrale de la Seine.

Tous les dix jours, le receveur des droits universitaires adressera à chacun des secrétaires des facultés et écoles un état détaillé des remboursements qu'il aura effectués, en vertu des ordres de remboursement mentionnés précédemment.

Les secrétaires des facultés et établissements d'enseignement supérieur continueront, en exécution des articles 425 et 426 de l'instruction générale du 20 juin 1859, de remettre au receveur central de la Seine : 1° dans les cinq premiers jours de chaque trimestre, l'état sommaire des droits constatés au profit du Trésor pendant le trimestre précédent; 2° à la fin de l'année, le relevé des consignations antérieures, qui ne sont pas susceptibles d'être appliquées aux actes scolaires.

Avant de procéder aux opérations de recette et de dépense sus-

(1) Voir ce décret dans la *Gazette des hôpitaux* du 15 août.

mentionnées, le receveur des droits universitaires doit s'assurer de la régularité des pièces produites. Au cas où il constaterait une irrégularité, il devrait suspendre l'opération et consigner ses observations dans une note, disposée de manière à recevoir la réponse du secrétaire.

Dans le cas où la réponse du secrétaire ne donnerait pas satisfaction au receveur des droits universitaires et où celui-ci maintiendrait ses précédentes observations, il en serait référé par le receveur central au doyen de la faculté. En cas de désaccord, il serait statué de concert entre les ministres des Finances et de l'Instruction publique.

— *Avis.* — Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la Maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales, publié sous la direction de M. le docteur A. Dechambre, avec la collaboration d'un très-grand nombre de professeurs, de médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires et de la marine. — La 1re partie du tome XI de la 3e série et la 2e partie du tome VIII de la 4e série viennent de paraître aux librairies Asselin et Cie et G. Masson.

Leçons sur les maladies mentales, par le professeur B. Ball, deuxième fascicule. Des formes du délire ; de la mélancolie. 1 vol. in-8°. — Prix : 4 francs. — Paris, Asselin et Cie.

Travaux scientifiques des pharmaciens militaires français, par A. Balland, pharmacien-major de première classe, membre de la Société de pharmacie de Paris. 1 vol. in-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Asselin et Cie.

De la nutrition dans la santé et la maladie, essai de physiologie appliquée, par le docteur James-Henry Bennet, ex-interne des hôpitaux de Paris, traduit de l'anglais sur la troisième édition par P. Barrué, et revue par l'auteur. 1 vol. in-8°, avec une planche. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, A. Asselin et Cie.

Contribution à l'histoire du cancer de l'intestin, étiologie et anatomie pathologiques, par le docteur Ernest Haussmann, préparateur du cours de pathologie externe à la Faculté de médecine de Paris. In-8° de 93 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, A. Asselin et Cie.

Des dyspepsies constitutionnelles et de leur traitement par les eaux sulfureuses, par le docteur Senac-Lagrange. In-8°. — 1 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Syphilis et alcool : Les inviteuses, par les docteurs Barthélemy et L. Devillez. In-8°. — Prix : 75 centimes. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 13308.

N° 100. — JEUDI 31 AOUT 1882. 55e ANNÉE. JEUDI 31 AOUT 1882. — N° 100.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie de médecine vient de faire acte d'initiative comme conseil supérieur de la santé publique. Elle a envoyé en son propre nom, officiellement, au ministre de l'intérieur, sans avoir été consultée par lui, tout un plan de réformes relatif à la mauvaise réglementation, à la mauvaise organisation, à l'insuffisance des hôpitaux d'enfants.

Ce plan avait été d'abord longuement développé par M. Marjolin, avec la haute compétence et l'autorité considérable que tout le monde lui reconnaît en pareilles matières. Puis le vote des conclusions et quelques légers changements à la rédaction primitive ont pris le reste de la séance.

Le temps a manqué pour la lecture d'un mémoire appelé à faire sensation, car il s'y agirait d'un microbe qui, spécial à la syphilis, transmettrait encore cette maladie une fois cultivé et multiplié suivant des procédés semblables à ceux qu'a décrits M. Pasteur. Nous ne pouvons en dire aujourd'hui davantage.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. HARDY.

De la pellagre.

Je profite des deux cas de pellagre que je viens d'avoir au même moment dans mes salles, pour vous parler de cette maladie singulière qui forme une entité à part.

La pellagre est une affection générale, constitutionnelle, caractérisée par des phénomènes spéciaux du côté de la peau, de l'appareil digestif et du système nerveux, entraînant une cachexie véritable et la mort.

Elle est endémique dans certains pays, bien qu'elle puisse se développer partout. Elle n'est pas connue depuis bien longtemps. C'est en 1730 qu'elle fut signalée en Espagne pour la première fois, par Casale (d'Oviedo), chez des paysans des environs de cette ville, sous le nom de mal *de la rosa* ou de la rose. En 1776, elle apparaît dans le nord de la Lombardie; puis, en 1794, Strangliosi en donne, le premier, une description tellement exacte qu'elle est encore vraie à l'heure actuelle. Depuis lors, nous trouvons de nombreux écrits sur la pellagre, parmi lesquels nous citerons Calderini en 1830 et Balardini (de Brescia) en 1845, qui lui donne une origine particulière.

Déjà, dès les faits d'Oviedo, Casale avait considéré l'alimentation par le maïs comme l'une des causes de la maladie. Mais c'est surtout Balardini qui invoque l'altération du maïs par un champignon particulier, le verdet, comme l'ergot pour le seigle.

En 1844, le docteur Amaubert, de la Teste, près Arcachon, signale un certain nombre de cas de pellagre chez des paysans des Landes, et les attribue aussi au maïs et à la misère des habitants. Puis viennent MM. Gintrac père et fils, de Bordeaux. Il y a une vingtaine d'années, Landouzy père nous prouve, par des exemples cliniques, que cette maladie n'est plus endémique à certains pays, mais qu'on l'observe un peu partout, chez des sujets qui n'ont jamais fait usage de maïs, et qui n'ont voyagé ni en Italie ni en Espagne; cette opinion avait déjà été émise par Gintrac.

A Paris, à l'hôpital Saint-Louis, chaque année, nous en observons des cas où le maïs n'a joué aucun rôle. Par contre, M. le docteur Roussel soutient dans ses écrits que la pellagre est une affection spécifique exclusivement due au maïs.

La question est encore *sub judice;* en Italie, elle est l'objet d'enquêtes sérieuses, qui semblent montrer que la pellagre n'est pas uniquement due au maïs, mais qu'elle est le résultat de la misère, des mauvaises conditions hygiéniques, etc. : de là son nom de *male della miseria.*

Quoi qu'il en soit, sa symptomatologie est très-caractéristique. Elle débute par des prodromes. Ce sont, surtout du côté du système nerveux, comme des phénomènes de spasme, de la lourdeur de tête, de l'alanguissement des fonctions intellectuelles, de la rachialgie, de la tristesse; du côté de l'appareil digestif : une sensation de chaleur, de brûlure à l'estomac, comme du pyrosis, un appétit languissant, des digestions pénibles. Puis, quelques semaines ou quelques mois plus tard, surviennent les accidents du côté de la peau, qui sont tout à fait spéciaux à la pellagre et se montrent sur la face dorsale des mains et quelquefois aussi ailleurs. Ces phénomènes sont marqués par une rougeur un peu brune, violacée sans gonflement, exanthématique, disparaissant sous la pression du doigt; rougeur simple, unie, sans rugosités, persistant pendant quelques jours ou quelques semaines, jusqu'au moment de la desquamation. Alors l'épiderme s'exfolie en lamelles, minces comme des pelures d'oignon, blan-

ches ou grises, qui se renouvellent incessamment, et finissent par prendre une coloration brune. Dans certains cas, c'est une éruption vésiculeuse, bulleuse même, comme celle du pemphigus. Puis la maladie peut disparaître complètement; mais ce n'est pas là le cas ordinaire et le plus souvent le mal récidive.

C'est ainsi que, si chez certains sujets les accidents se répètent d'année en année, la main reste brune et les muscles s'atrophient. Toutefois les phénomènes qui caractérisent ces récidives ont une durée limitée et la main reprend son aspect antérieur ou garde sa coloration brune. Il n'est pas rare de voir tous les ans au printemps, pendant un certain nombre d'années, les mêmes phénomènes se reproduire pour cesser à l'entrée de l'hiver.

Enfin, après plusieurs récidives, la main devient sèche, elle s'atrophie, se fendille, revêtant ainsi un aspect particulier. Les mêmes accidents se produisent quelquefois sur la figure. Dans les Landes, où les bergers marchent avec des échasses, il n'est pas rare de voir la maladie se montrer sur le dos du pied avec les mêmes caractères qu'aux mains.

Chez des individus déprimés on la voit quelquefois au cou, et la peau, ne résistant pas à l'action solaire, est comme brûlée. Le fait, du reste, est prouvé par cela même que les parties du corps qui sont couvertes ne sont pas atteintes, tandis que les gens mal vêtus présentent les phénomènes cutanés là où la peau est exposée aux rayons solaires.

Ce n'est pas tout : chez certains malades j'ai observé les mêmes accidents aux mois de janvier et de février, notamment chez des marchands des quatre saisons vivant constamment au dehors. C'est dans ces cas-là que la théorie de M. Charcot trouverait peut-être son application, l'influence solaire n'étant pas due aux rayons caloriques mais à une action chimique.

Voilà donc pour l'érythème pellagreux.

De plus, on constate quelquefois une autre altération de la peau, qui a été signalée par Landouzy père ; je veux parler d'une teinte bronzée de la face que l'on a voulu considérer comme produite par la maladie d'Addison compliquant la pellagre. Ceci est une erreur, car, dans aucune des autopsies qui ont été faites, on n'a trouvé les capsules surrénales malades. Du reste, cette coloration n'affecte ni le même siège ni la même étendue que dans la maladie bronzée.

Quant aux phénomènes qui se passent du côté du tube digestif, ce sont des digestions pénibles, du pyrosis, de temps en temps des vomissements et surtout une diarrhée incoercible, sans que l'on découvre cependant d'autres lésions intestinales qu'une certaine rougeur de la muqueuse et des ulcérations qui n'ont rien de spécial. Ce qu'il y a donc de particulier, c'est la diarrhée, dont l'aspect est parfois dysentérique, muqueux, avec un peu de sang de temps en temps, mais le plus ordinairement verdâtre, brune, très-liquide et très-abondante.

De plus, lorsque la pellagre est bien développée, les lèvres sont fendillées, notamment la lèvre supérieure ; la langue est fissurée, inégale, à sillons longitudinaux, rouge comme si elle était écorchée, avec saillie des papilles comme dans la scarlatine. La muqueuse des joues est rouge aussi et ulcérée, les gencives sont fongueuses, ramollies, augmentées de volume ; parfois les dents sont ébranlées. Le fait a surtout été observé en Lombardie, où on lui a donné le nom de scorbut alpin pellagreux.

Du côté du système nerveux, les phénomènes du début vont croissant : affaiblissement considérable de l'intelligence, hébétude, perte de mémoire, tristesse, lypémanie. Les malades répondent à peine aux questions qu'on leur adresse ; ils ont un profond dégoût de la vie, qui les conduit assez fréquemment au suicide. Ce sont aussi des phénomènes de paralysie générale, parésie, faiblesse des membres inférieurs surtout, démarche incertaine, tremblotante, chutes fréquentes par étourdissements, par vertiges et aussi par faiblesse des jambes. Quelquefois encore c'est de la rachialgie et des élancements dans les membres.

Tels sont les phénomènes principaux que l'on observe du côté de la peau, du tube digestif et du système nerveux, et dont la triade permet de diagnostiquer la pellagre.

La marche de cette maladie est lente ; elle dure, non pas des mois, ce qui serait un fait assez exceptionnel, mais bien plusieurs années, deux, trois, cinq, dix ou douze ans, avec des intermissions de périodicité annuelle, les phénomènes allant en augmentant chaque année jusqu'à la cachexie ou jusqu'à l'aliénation mentale. Chez d'autres elle se termine par quelque affection intercurrente. En tous cas la guérison est rare.

Dans la Lombardie, la pellagre décime tellement certains villages, que le gouvernement italien a fait faire des enquêtes sur les causes d'un mal auquel il était urgent de porter remède. On a donc incriminé le maïs. Mais, lorsque l'on voit à Paris et en maints autres endroits la pellagre survenir chez des individus qui n'ont jamais mangé de maïs, lorsque l'on constate que la maladie n'existe pas dans certains pays où l'on en consomme au contraire une grande quantité, comme en Sicile, à Naples, en Turquie, l'on est bien forcé de reconnaître que cet aliment ne saurait être la cause exclusive de la maladie.

La dernière enquête faite en Italie, et dont les résultats ont été publiés au mois de septembre, a prouvé qu'il fallait considérer aussi la pellagre comme une maladie de misère survenant chez des individus mal vêtus, mal logés, mal nourris, et se livrant à des excès de travail.

Cela est parfaitement vrai, et je crois pouvoir dire qu'en dehors de cet état misérable vous rencontrerez rarement des pellagreux. Si parfois vous la trouvez chez des gens aisés, ce sera alors la conséquence de l'alcoolisme. Certes il ne vaut pas mieux se nourrir exclusivement de maïs que de blé de sarrasin.

La misère, l'alcoolisme et une alimentation exclusive de maïs, telles sont les causes débilitantes qui engendreront la pellagre, causes auxquelles nous ajouterons encore les climats chauds comme en favorisant le développement.

Le pronostic, nous l'avons déjà dit, est grave. Quant au traitement, il doit consister tout d'abord à diminuer la misère, assainir les habitations, défendre tout excès de travail, améliorer la nourriture, assurer une bonne hygiène en y joignant des toniques et des bains sulfureux.

HOPITAL DE LA CLINIQUE. — M. Depaul.

Version pelvienne (1).

II

J'en étais arrivé, dans ma dernière leçon, après vous avoir parlé du col dilaté ou dilatable, après avoir reconnu à leurs caractères les extrémités pelviennes, à prendre mon point

(1) Fin. — Voir le numéro du 17 août 1882.

d'appui sur lesdites extrémités, en saisissant soit les deux pieds, soit l'un d'eux seulement, comme un certain nombre d'accoucheurs en ont fait une règle.

Pour moi, je vous l'ai dit, 7 fois sur 10 je n'en prends qu'un seul et, autant que possible, le plus éloigné des deux. Mais comment les saisir? Autrefois c'était une affaire d'État, on disait : « Si vous prenez les deux pieds, tenez-les en plaçant votre doigt indicateur entre eux deux pour les séparer et éviter qu'ils ne heurtent l'un contre l'autre. » C'est absolument inutile; saisissez à pleine main sans trop serrer, et profitez de ce que l'utérus ne se contracte pas pour retourner. S'il se contracte, attendez que la contraction soit passée. Mais ayez toujours grand soin de tirer doucement, et peu à peu la version s'opérera.

Quelquefois cependant rien ne vient; refoulez alors un peu la tête si c'est elle qui vous gêne; en tous cas faites plusieurs tentatives, mais toujours avec douceur.

Enfin les extrémités pelviennes sont, je suppose, parvenues à l'entrée de la vulve, l'enfant est retourné; il reste alors le plus difficile et le plus dangereux à faire au point de vue de l'enfant, tandis que ce qui est terminé était la partie la plus difficile et la plus dangereuse pour la mère.

Un certain nombre de médecins disent qu'il faut alors laisser agir la nature. Mais il y a des cas où il n'en peut être ainsi, tels que la procidence du cordon, une hémorrhagie, etc.; cas où il n'est pas permis d'attendre.

Pour moi, je trouve presque toujours avantageux d'extraire l'enfant dans un temps relativement court.

Vous avez donc devant vous, se présentant à la vulve, soit les membres inférieurs, soit quelquefois les membres supérieurs, soit aussi parfois deux bras et un pied, enfin quelquefois encore les quatre membres plus ou moins engagés. Si vous n'avez qu'un bras en vue, vous l'attachez au moyen d'un lac par un nœud coulant afin de l'empêcher de remonter; de même pour un pied. Avez-vous, au contraire, un bras et un pied? vous placez deux lacs de couleur différente, afin de ne pas les confondre.

Enfin, les deux membres pelviens sont pendants en dehors, et il s'agit d'extraire l'enfant. Vous prenez alors un morceau de linge, un peu fin, une vieille serviette ou un vieux mouchoir, peu importe, que vous jetez sur les deux membres et vous tirez en bas et en arrière. Peu à peu les membres descendent et, dès que vous voyez apparaître l'origine des cuisses, vous remontez vos doigts vers elles; puis aussitôt que les fesses apparaissent, vous faites subir au siège un petit mouvement de rotation afin d'avoir une hanche en avant et l'autre en arrière, puis vous vous assurez de la position du cordon, pour savoir s'il n'est pas comprimé, s'il n'est pas trop court. Dès que vous l'avez trouvé, vous l'attirez un peu à vous afin d'avoir une anse, tout en évitant bien de le déchirer. Puis pour dégager la hanche qui est en arrière vous relevez, tandis que vous abaissez pour celle qui est en avant.

Le plus souvent les bras se relèvent en passant au niveau du col; ils peuvent par suite former quelquefois un certain obstacle. Enfin la tête vient à son tour, en tirant en bas et en arrière; on relève alors doucement la tête et le tronc, et l'accouchement est fini.

Mais cela ne se passe pas toujours ainsi, et il y a des cas où l'on éprouve certaines difficultés à dégager les hanches, surtout chez les primipares; vous tirez alors doucement jusqu'à ce que le périnée de la femme soit suffisamment distendue, et peu à peu les choses se terminent favorablement.

Le cordon, trop court, peut aussi se déchirer, donner lieu à une hémorrhagie et l'enfant ne plus respirer. Ces cas sont heureusement assez rares.

Le relèvement des bras sur les parties latérales du tronc peut parfois occasionner de grandes difficultés, devenir même dangereux pour la vie de l'enfant, car le dégagement va demander du temps; 90 fois sur 100 ils seront déplacés dans le sens de la flexion du membre; très rarement ils seront relevés en arrière dans l'extension. Dans les deux cas il faut les ramener dans leur sens naturel.

Pour moi, quand j'ai les bras à dégager, j'agis comme dans le déplacement le plus fréquent, sans aucune violence; si je sens de la résistance, j'essaie en sens inverse; si le dos de l'enfant est tourné à gauche, je me sers de la main droite; s'il est tourné à droite, je me sers de la main gauche, en essayant de dégager avec les trois premiers doigts de la main. Le plus généralement, du reste, il n'est pas difficile de dégager les bras de l'enfant, à moins d'avoir affaire à un rétrécissement du bassin, ou à une tête d'enfant volumineuse.

Il se présente quelquefois des cas embarrassants dans lesquels la manœuvre de dégagement est assez longue à faire, pour que l'enfant puisse pendant ce temps succomber par suite de la perturbation utérine qui retentit fatalement sur lui. L'enfant peut aussi dans un premier mouvement respiratoire avaler toutes sortes de liquides ou de matières renfermées dans la cavité utérine, telles que les eaux de l'amnios, du sang, du méconium, etc.

Ainsi donc le dégagement des bras peut demander depuis trois minutes jusqu'à une demi-heure et même plus parfois.

Le plus souvent tout va bien jusqu'au dégagement des bras inclusivement; et il ne reste plus à venir que la tête, ce qui n'est pas le morceau le moins difficile, je ne dirai pas à avaler, mais à rendre, car il est des cas où, par suite de conditions diverses, elle résiste absolument aux tractions que l'on exerce sur elle.

Cette difficulté tient généralement au col de la matrice. La plupart des accoucheurs disent que cela tient à la tête défléchie ou à la nuque qui est accrochée en arrière, ou bien encore au volume considérable de la tête. Eh bien! le plus souvent rien de tout cela n'est vrai, et la raison s'en trouve dans le col de la matrice, qui ne s'est pas maintenu suffisamment dilaté, qui s'est refermé au niveau du cou, qu'il étrangle comme une boutonnière le fait d'un bouton double.

C'est alors que vous verrez quelques accoucheurs tirer quand même et déchirer le col; ou bien d'autres tirer si violemment que c'est le cou de l'enfant qui se déchire et le corps vient seul, la tête restant dans la cavité utérine. J'ai vu le fait se produire entre les mains de jeunes médecins ou d'internes inexpérimentés.

Mais comment reconnaître que la résistance est due au col de l'utérus? Il suffit de tirer un peu pour entraîner le col et il suffit aussi d'entr'ouvrir les grandes lèvres pour l'apercevoir.

Dans ces cas de résistance du col, je fais, au moyen d'un bistouri boutonné concave conduit avec le doigt, je fais, dis-je, un petit débridement à droite et à gauche, de 2 ou 3 millimètres seulement; je tire doucement et avec précaution, la fente s'agrandit légèrement et la difficulté se trouve vaincue sans donner lieu à aucun accident.

Je ne nie pas, bien entendu, que l'obstacle, ne puisse dans quelques cas dépendre de la tête par son renversement en arrière, par une extension exagérée ou par sa position. Non,

loin de là, et c'est alors que vous chercherez à fléchir la tête, si elle est défléchie; si l'occiput est en arrière, vous imprimerez à la tête un mouvement de rotation et ramènerez l'occiput en avant.

Dans tous les cas, je ne cesserai de trop vous le répéter, et c'est par là que je termine, de la douceur toujours, de la violence jamais.

LES ÉTONNEMENTS DE LA MÉTALLOTHÉRAPIE (1)

Par M. le docteur V. Burq.

II

Angine de poitrine (sensibilité acier), guérison.

Voici la seconde observation de M. le docteur Dubois (de Villers-Bretonneux :

La nommée L..., femme robuste, âgée de cinquante-sept ans, a joui jusque dans ces derniers temps d'une excellente santé. Elle est mère de sept enfants, tous bien portants. Elle eut quelques métrorrhagies à l'époque de la ménopause, qui n'altérèrent point sensiblement sa santé. — Rien donc ne pouvait faire prévoir l'invasion d'une affection grave, quand, le 24 février dernier, à la suite de vives contrariétés, Mme L... fut prise d'une attaque d'angine de poitrine typique : constriction de la poitrine, douleur présternale, irradiant dans le bras gauche, trismus de la mâchoire inférieure, contraction des muscles du cou, opisthotonos, cri rauque, étouffé au commencement de l'accès, angoisse extrême. Les accès, d'abord éloignés, devinrent d'une extrême fréquence. Ils se répétaient plusieurs fois le jour et la nuit, ne laissant que de rares intervalles d'accalmie, et duraient souvent deux heures consécutives. Dans ces derniers temps, ils en étaient arrivés à se produire sous l'influence du moindre bruit. Les enfants et le mari de cette malheureuse femme n'osaient plus la quitter. C'est à peine si elle pouvait se lever pour faire son lit. Il y avait perte complète d'appétit, constipation opiniâtre. Le danger semblait imminent. J'avais employé toute la série des calmants et des antispasmodiques sans obtenir le moindre soulagement. C'est alors que j'eus recours à la métallothérapie. Je reconnus que Mme L... était sensible à l'acier. Le traitement métallique fut commencé le 1er juin (notez bien cette date). C'est dans la nuit du 1er au 2 juin que je fis faire à cette malade l'application de quarante-huit plaquettes d'acier et, à dater de cette nuit, Mme L... n'a plus eu ni accès ni crise d'aucune sorte. La première nuit, elle dormit d'un profond sommeil. Elle ressentit une chaleur agréable. Comme traitement interne je prescrivis à la malade de l'eau ferrugineuse naturelle qui se trouve à Amiens à la source des Huchets.

Tous les matins, frictions sur tout le corps avec un gant de crin imprégné d'eau de Cologne. A partir de cette époque, la malade, qui ne pouvait plus boire que du lait et du bouillon, a repris appétit. Elle mange bien maintenant et n'a plus de constipation. Ses selles sont régulières.

7 juin. La douleur, qui irradiait dans le bras gauche, bien que diminuée, persiste encore. Mais la malade, qui ne pouvait se lever, a pu hier (6 juin) *après six jours de métallothérapie*, sortir de chez elle et faire une promenade à pied de près de 3 kilomètres. Inutile d'ajouter que Mme L... n'avait aucune lésion du cœur, ni du poumon.

N. B. Aujourd'hui, 15 juillet, la malade continue d'aller de mieux en mieux, au point que depuis trois semaines je n'en ai plus entendu parler.

Action des plaques doubles dans un cas d'hystérie rebelle.

Nous passons maintenant à un troisième cas. Il ne s'agit ici que d'hystérie. Mais le fait que nous allons rapporter n'a pas des droits moindres que ceux qui précèdent à figurer dans le chapitre des étonnements de la métallothérapie, nous espérons le démontrer à la Société de biologie.

P..., la malade, est infirmière à l'hôpital Cochin. Nous serons bref sur l'histoire de son affection. Nous nous bornerons à dire que P... est hystérique à un haut degré, qu'elle est anesthésique et amyosthénique en proportion, et que ses sens sont *tous* plus ou moins fermés. Ses attaques sont généralement violentes, durent longtemps et s'accompagnent de perte complète de connaissance. Quand elles font défaut, P... est plus que jamais en proie à l'ovarie, à des névralgies et à des spasmes de toute sorte, tantôt sur un point et tantôt sur un autre. C'est ainsi qu'il y a deux ans, il lui survint une coxalgie féroce, avec contracture du pied correspondant, pour laquelle M. le professeur Trélat l'envoya à M. Dumontpallier. Elle fut traitée à la Pitié par le platine, *intus* et *extra*. Après examen métalloscopique préalable, coxalgie et contracture se dissipèrent, mais très-lentement — après environ trois mois seulement — et il resta de l'anesthésie et de l'amyosthénie pendant et après le traitement. Il y avait donc lieu de supposer que la *sensibilité platine* n'était point la vraie, qu'elle ne venait qu'en sous-ordre, et que P... était vraisemblablement une *polymétallique*.

Dernièrement, nous avons eu occasion de revoir P... Elle avait redescendu la pente, son état de santé était à nouveau très-misérable. Nous l'avons soumise à un deuxième examen métalloscopique, et nous avons pu constater qu'en effet, en plus de la sensibilité platine, elle avait une sensibilité cuivre peu commune. Son cas étant particulièrement intéressant, nous avions fait promettre à P... de se rendre à cette séance, mais elle n'en a rien fait, pour deux raisons : la première, parce qu'une promesse d'hystérique vaut généralement moins encore que certain billet fameux, et la seconde, qui, nous le croyons, est la principale, parce qu'elle redoutait extrêmement la démonstration que nous nous proposions de faire sur elle sous les yeux de la Société. Voici une simple plaque de cuivre, grande au plus comme deux fois une pièce d'argent de 5 francs, et P... en a une telle peur, qu'elle fuit à son approche et qu'on lui demanderait vainement de se la laisser appliquer, *en l'état où nous la présentons*. Pourquoi? Parce que ce métal a le don de déterminer chez elle des effets caloriques comme nous n'en avons jamais vu. A peine la plaque en question a-t-elle touché la peau de son bras, du côté qui est plus particulièrement frappé d'anesthésie, qu'il se produit dans ce membre, en outre de tous les autres phénomènes bien connus, une sensation de chaleur intolérable, semblable, dit P..., à celle que lui occasionnerait un charbon ardent. Qu'on ne croie pas que c'est là un caprice ou une fantaisie d'hystérique, ni que, pour P..., ladite plaque ait quelque chose de cabalistique. Un objet quelconque en cuivre produit les mêmes effets et est tout aussi redouté. Nous avons maintes fois cherché à tromper la malade, à lui faire accroire, ses yeux étant fermés ou détournés, que nous lui appliquions autre chose que du cuivre; nous n'y sommes jamais parvenu. On peut, au contraire, la couvrir de fer, d'acier, de zinc, d'argent, etc.; elle ne ressent absolument rien. Avec le platine, seulement, il se produit une chaleur douce et de la sensibilité au contact et à la piqûre, mais qui n'a point d'acuité et ne rayonne que peu ou pas. P... est donc une *bimétallique*, sensible au platine un peu, mais répondant à un rare degré au cuivre et, partant, un sujet éminemment magnétique. Il suffit, en effet, de fixer un moment les yeux sur les siens pour déterminer un commencement de léthargie.

Mais comment la faire bénéficier de la métallothérapie externe *toute seule?* Comment atténuer chez elle les effets du cuivre de façon à le faire supporter tout le temps voulu? Ces effets étant, bien entendu, des plus fugaces, comment les fixer; comment s'opposer à l'anesthésie et à l'amyosthénie postmétallique? Enfin comment, surtout, empêcher que P... ne donne raison à feu M. Briquet, disant : « Que la métallothérapie n'est bonne à rien, puisqu'un côté du corps y perd ce que l'autre y gagne »?... La réponse ne semblait point, de prime abord, bien facile. Heureusement nous avions par devers nous le cas de la jeune mercière que nous rappelions en commençant, cas identique à celui de P... sauf que les

(1) Fin. — Voir le numéro du 26 août 1882.

deux métaux qui étaient la caractéristique de son *bimétallisme* étaient l'argent d'abord et l'or ensuite, au lieu d'être le cuivre, puis le platine, et que l'argent n'avait point chez elle la férocité du cuivre. En conséquence, nous avons pris un métal neutre, l'acier, qui, dans l'échelle métalloscopique, est à l'opposé du cuivre. Nous l'avons marié, sous forme d'un disque à peu près grand comme une pièce de 2 francs, à la *si terrible* plaque, mais, au lieu de procéder ici comme nous l'avions fait chez Mlle M..., c'est-à-dire d'attendre que les premiers effets métalloscopiques, se fussent produits pour mettre l'acier sur le cuivre, nous avons appliqué de suite la plaque double.

Le retour de la sensibilité et de la force musculaire s'est effectué comme de coutume, un peu moins vite seulement, et, cette fois, la chaleur produite a été si modérée que P... s'est laissé faire. De plus, il n'y a point eu de phénomènes postmétalliques du côté de l'application. Mais le transfert a continué à se faire, de sorte que nous n'avions encore résolu que la moitié du problème.

Nous avons alors formé un bracelet avec trois de nos anciens disques mi-partis cuivre et acier; nous avons retiré la plaque double pour laisser toutes choses revenir en leur état pathologique habituel, et lorsqu'il en a été ainsi, lorsque P... n'a plus répondu à droite à l'esthésiomètre, nous avons commencé par poser une barrière à gauche au moyen du bracelet cuivre et acier, après quoi la plaque double a été réappliquée à droite sur le bras dans un point correspondant et fixée à *demeure* par une bandelette de sparadrap. Eh bien! il n'en a pas fallu davantage pour obtenir sur l'heure la cessation complète et permanente de tous les troubles nerveux, tant du côté de la motilité que de la sensibilité sensorielle. Le jour même, l'estomac fonctionnait plus régulièrement, la figure reprenait de l'animation, et, chose inouïe, les règles, absentes depuis plusieurs jours, reparurent. La nuit suivante, P..., qui ne trouvait plus un peu de sommeil qu'au prix d'une piqûre de morphine, a dormi comme elle ne l'avait point fait depuis longtemps; le lendemain, elle faisait sa besogne avec entrain et sans fatigue; elle mangeait avec plaisir, etc., et trois jours ne s'étaient point écoulés qu'il était déjà survenu une amélioration telle que P..., ne croyant plus avoir besoin de rien, mettait de côté plaque et bracelet.

En vérité, le mot étonnement est-il encore ici de trop? N'est-ce point plutôt celui de stupéfaction que nous devrions écrire à sa place; et n'est-il point profondément regrettable qu'une méthode capable de donner de pareils résultats ne soit pas plus connue, ou que ceux qui la connaissent n'usent point tout d'abord des moyens propres à les produire, puisque ces moyens sont partout et à la portée de tous, quittes à recourir ensuite, s'ils ont été infidèles, à tous autres agents esthésiogènes et dynamogènes, la métallothérapie, redisons-le, puisque l'occasion s'en présente, n'ayant jamais eu d'autre prétention que d'en grossir le nombre, d'éclairer d'un jour tout nouveau l'action de ceux dont elle fait usage et de diriger sûrement dans leur emploi?

Nous n'avons point besoin d'ajouter que P..., chez laquelle le traitement externe n'avait duré qu'un moment et qui n'avait point encore reçu à l'intérieur le métal que nous nous étions proposé de lui administrer pour rendre les résultats plus durables, n'a point tardé à subir les conséquences de son indocilité, et qu'aujourd'hui c'est entièrement à recommencer.

REVUE DE LA PRESSE

Influence de la suppression d'un membre sur le système nerveux central. — L'année dernière M. le docteur Raymond, suppléant à l'Hôtel-Dieu M. le professeur Germain Sée, perdait en quelques jours d'une méningite tuberculeuse un individu âgé de trente et un ans, quelque peu alcoolique et tuberculeux au troisième degré. Cet homme présentait cette particularité qu'il avait été amputé onze ans auparavant du bras gauche en même temps qu'il avait perdu deux doigts de la main droite. M. Raymond profita de l'autopsie, que la mort du malade lui permettait de faire, pour étudier l'influence de la suppression d'un organe muni de nerfs sur le système nerveux central, question encore actuellement contestée malgré les travaux parus jusqu'à ce jour, et des faits produits, les uns étant positifs, les autres négatifs.

Il était donc extrêmement intéressant de rechercher si les amputations subies par le malade de M. Raymond avaient eu quelque retentissement sur les zones motrices du cerveau et sur la moelle épinière.

Relativement à cette dernière, en ouvrant la cavité rachidienne, on ne reconnut à l'œil nu aucune lésion. En particulier, il n'y avait aucune différence entre la moitié gauche de la moelle et sa moitié droite, entre les racines rachidiennes droites et les racines rachidiennes gauches. Mais il n'en était pas de même du côté du cerveau, et dès que l'on comparait attentivement le cerveau gauche au cerveau droit, on s'apercevait bien vite que l'hémisphère droit différait assez notablement de l'hémisphère gauche. En effet, à gauche, dans la région motrice, toutes les circonvolutions étaient bien développées; à droite, au contraire, les deux circonvolutions frontales ascendantes et pariétales étaient aplaties, comme creusées, et leur volume était de 4/5 moindre qu'à droite. La lésion était surtout marquée sur la frontale ascendante, à partir de sa région moyenne jusqu'à un centimètre environ de son extrémité supérieure.

La pariétale ascendante, quoique moins volumineuse qu'à gauche, n'avait pas subi une atrophie aussi notable. Toutes les autres régions du cerveau étaient parfaitement saines et symétriques. (*Progrès médical.*)

Traitement de l'angine diphthérique. — M. le docteur Lollé préconise le traitement suivant qui paraît lui avoir donné d'excellents résultats : 1° il rejette la cautérisation, les émissions sanguines, les purgatifs et les vomitifs, sauf dans quelques cas rares; 2° son but est de favoriser et d'exciter les fonctions de la peau; à cet effet il applique des compresses tièdes, des sinapismes, et prescrit le repos au lit pendant tout le cours de la maladie; 3° à l'intérieur il fait exclusivement usage du liquide suivant :

Eau de chaux	450	grammes.
Sesquichlorure de fer, de. . .	1 à 3	—
Acide phénique, de.	1 à 3	—
Miel rosat.	30	—

Toutes les demi-heures, badigeonner ou se gargariser avec cette solution. A l'intérieur il fait prendre la même solution mêlée avec trois fois son volume d'eau ou de thé, par cuillerée à bouche, de deux heures en deux heures, en alternant avec les badigeonnages ci-dessus indiquées. Il prescrit, en outre, des toniques et une nourriture fortifiante. (*Rev. de thérap. méd.-chirug.*)

Le coryza et le sulfate d'atropine. — Se basant sur cette notion de physiologie que l'atropine diminue la sécrétion de la muqueuse nasale, au point de la dessécher complètement, M. le docteur Gentilhomme a eu l'idée d'employer ce médicament dans le traitement du coryza. Il rapporte l'observation d'un malade, fréquemment atteint de coryza et auquel il ordonna des pilules contenant un demi-milligramme d'atropine en lui recommandant de prendre une de ces pilules dès qu'il ressentirait les premiers symptômes de la maladie.

A la première atteinte de l'inflammation, le malade prit une pilule; un quart d'heure ne s'était pas écoulé que les éternuements avaient cessé, la sécrétion avait disparu et la respiration était redevenue libre. La même chose se reproduisit plusieurs fois chez ce malade et celui-ci fut bientôt amené à constater qu'une demi-pilule, c'est-à-dire un quart de milligramme de sulfate d'atropine, suffisait pour obtenir l'effet cherché.

En continuant le traitement, ce jeune homme vit ses rhumes du cerveau devenir de plus en plus rares, et, aujourd'hui complètement guéri, il peut sortir par tous les temps sans s'enrhumer.

M. Gentilhomme rapporte quelques autres faits du même genre, entre autres celui d'un vieillard de soixante-douze ans, atteint depuis l'âge de trente ans d'un coryza grave, et qui fut guéri par ce moyen.

Lorsque l'atropine est administrée contre le coryza confirmé, elle produit également un grand soulagement, mais son action est moins remarquable que lorsqu'elle est donnée au début de l'inflammation. Lorsque la bronchite existe en même temps que le coryza, le sel d'atropine produit un effet également favorable sur la muqueuse bronchique, dont il modifie la sécrétion, et il diminue certainement la durée de la maladie. (*France médicale.*)

Purpura fébrile aigu. — M. H. Dauchez termine, par les conclusions suivantes, une note sur quelques cas de fièvre purpurique saisonnière ou purpura fébrile aigu observés dans le service de M. le docteur E. Guibout, à l'hôpital Saint-Louis :

1° Le purpura est souvent précédé de fièvre, de malaise, de courbature et d'inappétence. En raison de ces phénomènes, on peut désigner cette forme de purpura sous le nom de purpura fébrile aigu.

2° Il survient quelquefois chez des sujets en apparence vigoureux, mais presque toujours affaiblis, soit par des fatigues (excès alcooliques prolongés, masturbation, veilles, alimentation insuffisante, allaitement, etc.), soit par un état constitutionnel mauvais (scrofule, aliénation mentale), toutes causes affaiblissantes qui détériorent la constitution et diminuent la plasticité du sang.

3° Cette affection doit être rangée dans le groupe des maladies pseudo-exanthématiques. Elle apparaît généralement sous deux formes : le purpura spontané primitif, le purpura récidivant au printemps chez un malade déjà affecté antérieurement de purpura. Enfin elle se distingue des exanthèmes vrais par l'irrégularité du mouvement fébrile qui l'accompagne, par la persistance des taches sous la pression du doigt et par l'absence de tout caractère contagieux. (*La Thérap. contemporaine.*)

Tuberculose parasitaire. — M. Laulanié, professeur à 'école vétérinaire de Toulouse, a eu récemment l'occasion d'observer dans le poumon d'un chien des altérations provoquées par les œufs d'un nématoïde, le *strongylus vasorum* (Baillet), altérations auxquelles leur identité avec celle de la tuberculose paraissent prêter un grand intérêt.

De ses recherches l'auteur croit pouvoir conclure :

1° Que l'agent spécifique de la tuberculose agit de la même manière que les œufs des strongles et porte son action initiale sur les vaisseaux dans lesquels il est en circulation ;

2° Que le follicule tuberculeux n'est pas autre chose qu'une vascularité noduleuse ;

3° Qu'il est dépourvu de toute spécificité anatomique. (*Gaz. méd. chir. de Toulouse.*)

Herpès noir. — M. le docteur Lagout (d'Aigueperse) rapporte le fait, des plus intéressants, observé par lui et M. le docteur Thomas, d'un herpès noir des lèvres chez une jeune femme de vingt-un ans, parvenue au terme de sa première grossesse, observation de laquelle il résulte que cette affection doit être rangée, comme le fait du reste M. le professeur Parrot, dans le cadre des fièvres éruptives.

La valeur démonstrative de cette observation est basée sur ce fait que, dans toutes les fièvres éruptives, on rencontre parfois des anomalies dans leur évolution et des altérations dans le produit éruptif. C'est à cette dernière catégorie qu'appartient le fait de MM. Lagout et Thomas. Et certes, dit l'un d'eux, il est de la pire espèce, ce produit ; c'est de l'herpès noir, analogue, par son aspect extérieur et sa gravité, à la variole noire.

Dans l'observation de cette malade, les deux éléments qui ont dominé sont : 1° une fièvre intense et incessante ; 2° une éruption d'herpès labial noir, mais cette éruption n'ayant commencé que vers le cinquième jour de la fièvre et ayant été précédée de l'apparition d'une plaque gangreneuse de l'abdomen, il en est résulté une indécision qui n'a permis à aucun de nos confrères de formuler un diagnostic précis, tout en ayant bien l'intention d'une éruption fébrile à transformation gangreneuse. Mais lorsque sous l'influence de la même fièvre, vers le cinquième jour, l'herpès noir fit son apparition aux lèvres, M. Lagout y vit la caractéristique de l'affection soumise à son examen.

Après avoir discuté ensuite dans son travail la question de la pneumonie herpétique, M. Lagout conclut ainsi :

1° Si la pneumonie franche aiguë de M. Fernet, autrement dit la pneumonie herpétique, n'est pas contagieuse, cela tient à ce que l'élément morbide spécifique ne l'est pas ;

2° L'herpès qui constitue cet élément reconnaît pour cause la formation dans l'organisme de ce principe infectieux ; formation qui, résultant d'un refroidissement, n'en constitue pas moins un élément éruptif très-visible ;

3° En nosologie, je ne vois pas la nécessité de maintenir les fièvres éruptives contagieuses en groupe fermé, lorsque, non contagieuses, l'évolution est la même ; lorsque surtout le poumon peut être le support de principes non contagieux, comme l'éruption catarrhale ou herpétique, ou contagieux comme l'éruption rubéolique, miliaire, érysipélateuse, etc. ;

4° L'herpès, comme toutes les fièvres éruptives, a son évolution régulière ou irrégulière ; l'éruption peut être normale ou anomale. C'est seulement en tenant compte de ces conditions que l'on peut déterminer la marche et le pronostic de cette fièvre éruptive. L'observation d'herpès noir, relaté en tête de ce travail, légitime cette conclusion. (*Union médicale.*)

Abcès du sein, traitement préventif. — A l'occasion d'une femme couchée au lit n° 6 de la salle Sainte-Marthe, accouchée depuis un mois environ et entrée depuis quelques jours dans son service de l'Hôtel-Dieu, M. le professeur Le Fort faisait remarquer, aux personnes qui suivaient sa visite, que les abcès du sein chez les femmes récemment accouchées se développaient généralement en bas et en dehors de la glande mammaire par suite même de la position déclive de la mamelle dans le décubitus dorsal que ces femmes affectent forcément.

Aussi, pour éviter le développement de ces accidents, M. Le Fort conseille-t-il ordinairement, et depuis longtemps déjà, de maintenir les deux seins rapprochés l'un de l'autre au moyen de deux petits tampons de ouate taillés en croissant et que l'on coud soigneusement sur un bandage de corps. Les mamelles ainsi contenues de chaque côté ne pendent plus à droite et à gauche de la poitrine des femmes couchées sur le dos et ne sont plus sujettes, par suite, aux tiraillements continus et irritants produits par le poids de la glande.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 août 1882. — Présidence de M. le baron Larrey.

CORRESPONDANCE

La correspondance non officielle comprend des lettres de remerciement de MM. Toussaint et Just Lucas-Championnière, lauréats de l'Académie.

COMMUNICATIONS

M. Marjolin donne lecture d'un travail intitulé : *Notes sur les améliorations à introduire dans les hôpitaux d'enfants.* Voici les conclusions de ce travail que M. Marjolin demande à l'Académie de vouloir bien appuyer de son autorité :

1° Abaisser l'âge d'admission dans les hôpitaux d'enfants ;

2° Augmenter le nombre des lits consacrés aux enfants malades par la création dans Paris de deux nouveaux hôpitaux ;

3° Séparer rigoureusement dans des services distincts les enfants atteints de maladies contagieuses ;

5° Créer à Paris un ou plusieurs hôpitaux plus spécialement affectés aux enfants dont la santé et les maladies exigent un traitement et des soins prolongés ;

5° Supprimer la distinction des maladies en aiguës et en chroniques et conserver pour les hôpitaux d'enfants le classement adopté dans les services d'adultes, affections médicales et chirurgicales ;

6° Création d'un service spécial pour les jeunes épileptiques, en dehors des services de Bicêtre et de la Salpêtrière ;

7° Conservation des services internes des teigneux, avec adoption de mesures assurant le fonctionnement régulier du traitement externe ;

8° Conserver et améliorer le traitement à domicile, lorsque les conditions de salubrité de logement et la situation de la famille le permettent et que les maladies ne sont pas contagieuses.

L'Académie ayant adopté le principe des améliorations proposées par M. Marjolin, chacune de ces conclusions est successivement mise aux voix.

La première est adoptée sans modification.

La seconde est l'objet d'une courte discussion à laquelle prennent part MM. Fauvel, Henri Roger, Blot, Larrey et Marjolin ; et, sur la proposition de M. Blot, il est décidé que l'on n'indiquera ni le nombre des lits à établir, comme l'avait proposé M. Fauvel, ni le nombre des hôpitaux à créer, comme le portait la rédaction de M. Marjolin. Le mot « deux » sera en conséquence supprimé de celle-ci.

La troisième et la quatrième conclusion sont adoptées sans discussion.

La cinquième conclusion, après une discussion à laquelle prennent part MM. Henri Roger, Rufz-Lavison, Marjolin, Larrey, est modifiée par la suppression du premier paragraphe et réduite aux termes suivants : « Adopter pour les hôpitaux d'enfants le classement en usage dans les services d'adultes, affections médicales et chirurgicales. »

La sixième conclusion est modifiée, sur la proposition de M. H. Roger, par l'addition des mots « et idiots » à la suite des mots « les jeunes épileptiques ».

Les septième et huitième conclusions sont adoptées sans modifications.

Sur la proposition de MM. Larrey et Henri Bouley, l'Académie décide que le travail de M. Marjolin et ses conclusions modifiées, adoptées par elle, seront officiellement adressés à M. le ministre de l'Intérieur.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Une dépêche de La Rochelle nous annonce que la section de médecine du congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences a élu M. le professeur Parrot président pour l'année 1883. Cette élection a été faite au deuxième tour de scrutin.

— Par décret en date du 27 août 1882, M. le docteur de Fornel a été promu au grade de médecin principal dans le corps de santé de la marine.

— *Concours pour l'internat en médecine dans les asiles publics d'aliénés de la Seine.* — Un concours pour la nomination à deux emplois d'interne en médecine dans les asiles publics d'aliénés de la Seine (Sainte-Anne, à Paris ; Ville-Évrard et Vaucluse, dans Seine-et-Oise) sera ouvert le lundi 4 décembre 1882, à midi précis.

Pourront prendre part à ce concours tous les étudiants en médecine âgés de moins de trente ans et pourvus de douze inscriptions.

Les candidats devront se faire inscrire à Paris, au siège général de la préfecture de la Seine (bureau du personnel), du 2 au 18 novembre 1882 inclusivement.

Chaque candidat devra produire les pièces ci-après :

1° Un acte de naissance ;

2° Un extrait du casier judiciaire ;

3° Un certificat de vaccine ;

4° Un certificat de bonne vie et mœurs ;

5° Un certificat constatant qu'il est pourvu de douze inscriptions en médecine.

Le concours porte sur l'anatomie et la physiologie.

La durée des fonctions d'interne est de trois ans. La répartition des internes dans les divers services d'aliénés se fait dans l'ordre de classement établi par le jury d'examen.

Les avantages attachés à la situation d'interne dans les asiles publics d'aliénés de la Seine comportent le logement, le chauffage, l'éclairage, la nourriture et un traitement fixe et annuel de 800 francs pour les internes de l'asile Sainte-Anne, de 1,100 francs pour ceux de Ville-Évrard et de Vaucluse.

— *Cours préparatoires aux troisième et quatrième examens du doctorat (ancien régime) et au premier examen (nouveau régime)*, par le docteur Martin-Damourette. — Les cours pour le premier et le troisième examen commenceront le mardi 5 septembre à huit heures du soir ; ils auront lieu tous les mardis, jeudis et samedis à la même heure.

Le cours pour le quatrième examen commencera le lundi 4 septembre, à huit heures du soir, et il aura lieu trois fois par semaine, les lundis, mercredis et vendredis.

Ces cours seront terminés dans la première quinzaine de novembre. On s'y inscrit rue de Seine, 31, avant l'heure du cours, ou chez M. le docteur Martin-Damourette, avenue d'Antin, 37, tous les jours, de trois à six heures.

— *Avis.* — Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Peres. — 13317.

N° 101. — SAMEDI 2 SEPTEMBRE 1882. 55e ANNÉE. SAMEDI 2 SEPTEMBRE 1882. — N° 101.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Paralysie diphthéritique.

Dans la classe des paralysies qui peuvent survenir à la suite de maladies aiguës, celles qui succèdent à des angines diphthéritiques occupent toujours le premier rang par leur grande fréquence relative. Nous en avons vu plusieurs cas cette année, dans les hôpitaux.

Actuellement encore, dans le service de M. Lancereaux, à la Pitié, au numéro 3 de la salle Lorain, se trouve une malade âgée de dix-neuf ans, et qui, d'abord atteinte d'une angine couenneuse, a présenté, huit jours après, une paralysie momentanée du voile du palais, puis, un peu plus tard, une paralysie incomplète des quatre membres.

Ce cas peut être cité comme un type d'une des formes les plus simples de paralysie diphthéritique. En effet, l'ordre de succession des accidents nerveux est tout à fait classique, ainsi que le délai entre le moment de l'angine et leur apparition.

Une semaine environ s'est écoulée entre l'angine parfaitement guérie et la paralysie du voile du palais. Quant à la paralysie des membres, elle n'est survenue qu'à la troisième semaine, après que la paralysie du voile du palais avait complètement disparu.

Cette jeune fille, qui, une fois sa gorge allant bien, était sortie de l'hôpital pour aller reprendre un travail très-fatigant, s'aperçut alors qu'elle devenait plus faible. Elle ressentait dans les extrémités des membres, dans les doigts des mains, vers les pieds, dans les jambes jusqu'aux genoux, des fourmillements continuels; la sensibilité devenait plus obtuse, les objets très-petits échappaient des mains faute d'être nettement perçus. En même temps un sentiment de fatigue, qui s'accentuait de plus en plus, rendait la marche très-pénible. Les pieds avaient peine à se détacher du sol; quelque désir qu'elle en éprouvât, la malade ne pouvait pas hâter le pas : *elle ne pouvait plus avancer*, dit-elle. D'ailleurs, elle n'était pas solide sur les jambes. Le moindre choc, le moindre obstacle lui faisait perdre l'équilibre : elle était tombée plusieurs fois, même dans la rue, quand elle entra à l'hôpital.

La sensibilité était alors extrêmement obtuse à la plante des pieds, qui percevait à peine le contact du sol, la pression résultant du poids du corps, le chatouillement, la piqûre et même le froid ou le chaud.

La peau des jambes, celle des bras, les doigts étaient également fort peu sensibles soit au froid, soit à la douleur. Le pincement n'était perçu qu'après un retard de quelques secondes; la piqûre ne l'était pas ou l'était à peine.

Nulle part, d'ailleurs, il n'existait d'hyperesthésie ou de douleurs spontanées. Seulement la malade accusait une sensation pénible de chaleur et de picotements dans les membres quand ils étaient sous les couvertures. A l'inverse des ataxiques dont nous avons précédemment parlé, elle trouvait toujours qu'elle avait trop chaud.

La force musculaire était bien diminuée, soit dans les bras, soit dans les jambes; mais les réflexes tendineux étaient intacts, peut-être même exagérés, encore à l'inverse de ce qu'on observe chez les ataxiques.

Le teint était très-pâle; mais il faut dire que cette jeune fille, chez laquelle la menstruation s'était établie l'année dernière et s'était faite d'abord très-régulièrement, n'a plus eu ses règles depuis le mois de janvier, ce qui pourrait faire soupçonner une chlorose commençante. Du reste, elle n'a jamais eu de maladie ni même de malaise avant son angine, à ce qu'elle raconte. Elle n'a jamais perdu connaissance, jamais eu le sentiment de la boule hystérique, jamais de gastralgie ni de névralgie d'aucun genre.

Le traitement a consisté en douches froides et en toniques; et en très-peu de jours on a vu une amélioration notable se produire. Maintenant la sensibilité est redevenue presque normale, la démarche est moins vacillante, moins traînante ; la force revient dans les bras.

Cette paralysie des membres aura donc fait toute son évolution dans l'espace de quelques semaines, si, comme on a lieu de le croire, l'amélioration se poursuit d'une manière aussi rapide jusqu'à complète guérison.

Dans une précédente Revue, nous rapprochions les paralysies, suites de maladies aiguës, des observations publiées par M. Déjérine sous le nom de *Myélites centrales susceptibles de guérison.*

En effet, si on fait abstraction de la cause qui, chez les malades de M. Déjérine, paraît avoir été l'exposition au froid et le surmenage, au lieu d'être une angine, diphthéri-

tique ou non, il faut bien reconnaître qu'au point de vue clinique l'analogie est des plus grandes.

De part et d'autre, la maladie commence par un sentiment de lassitude, avec fourmillements dans les membres, puis survient une parésie, qui s'accentue d'abord de plus en plus, et parallèlement des troubles de plus en plus marqués de la sensibilité. Les membres se prennent tous les quatre, la marche devient très-difficile, elle se fait les jambes écartées, péniblement, et il suffit d'une impulsion légère ou du moindre obstacle imprévu pour amener une chute. L'exagération des réflexes tendineux traduit une tendance aux contractures. Au bout d'un certain temps, qui varie d'un malade à l'autre, si la mort n'est pas survenue, les progrès du mal s'arrêtent, et l'état devient stationnaire pendant une période proportionnelle comme durée à la première, puis l'amélioration commence, et elle se complète durant une troisième période, également proportionnelle aux précédentes.

Ajoutons que M. Déjérine lui-même a trouvé, dans des autopsies d'individus morts de paralysie diphthéritique, des lésions des centres nerveux traduisant une inflammation de la substance grise de la moelle épinière ou *téphromyélite.*

Les racines antérieures qui ont leur centre trophique dans les grosses cellules des cornes antérieures de cette substance grise étaient altérées, comme le deviennent toutes les fibres nerveuses privées de l'influence de leurs centres trophiques. La substance grise de la moelle était elle-même légèrement altérée d'une façon générale, sans localisation bien nette dans aucun des groupes cellulaires.

Les racines postérieures n'ont jamais présenté aucune lésion manifeste.

M. Huchard, en reproduisant les conclusions de M. Déjérine dans le *Traité des névroses d'Axenfeld,* s'appuie sur cette absence complète de lésion dans les racines postérieures, pour prétendre que les résultats de ces autopsies ne concordent pas avec l'ensemble habituel des symptômes. « Sans doute, dit-il, page 618, dans les faits observés par cet auteur, la paralysie était limitée assez exactement à la motilité et elle avait respecté la sensibilité, mais on sait que ce n'est pas ainsi que les choses se passent ordinairement et qu e la paralysie diphthéritique porte à la fois, dans la grande majorité des cas, sur la sensibilité et la motilité, ce que ne pourrait expliquer une altération anatomique limitée aux cellules motrices des cornes antérieures. »

Malheureusement, cette critique porte à faux. Non-seulement M. Déjérine ne dit pas que l'altération médullaire était limitée aux cellules motrices des cornes antérieures, mais il déclare formellement le contraire dans le passage même que discute M. Huchard. « Cette altération, dit-il, est légère, *elle n'a pas de localisation appréciable dans aucun des groupes cellulaires de la substance grise, elle paraît être à la fois interstitielle et parenchymateuse.* On peut désigner cette altération sous le nom de *téphromyélite légère*, par opposition aux formes ordinaires de la téphromyélite. »

Seulement, par une confusion que peut expliquer un peu de précipitation dans la rédaction d'un ouvrage aussi considérable, M. Huchard, voyant d'une part que M. Déjérine attribuait les lésions des racines antérieures motrices aux altérations des cellules correspondantes de la substance grise médullaire, et, d'une autre part, qu'il signalait l'intégrité complète des racines postérieures sensitives, en a hâtivement conclu que les cellules sensitives de la moelle épinière ne devaient pas être atteintes.

Mais les racines postérieures sensitives, tout le monde le sait, ont, à la différence des racines antérieures motrices, leur centre trophique, en dehors de la moelle épinière, dans les ganglions qui se trouvent sur leur trajet.

Nous avons déjà rappelé ce point, à propos des lésions de l'ataxie locomotrice.

Une altération, si profonde soit-elle, des cellules sensitives de la moelle épinière et, par conséquent, de la sensibilité des membres et du tronc, ne comporte donc pas, comme conséquence forcée, la lésion même la plus légère de ces racines postérieures.

Ainsi, le résultat des autopsies de M. Déjérine serait pleinement satisfaisant au point de vue de la théorie physiologique pour les cas les plus ordinaires.

Quant aux phénomènes surajoutés présentés par certains malades, ils peuvent souvent s'expliquer par des méningites semblables à celles que M. Pierret a observées, méningites auxquelles M. Huchard veut faire, croyons-nous, jouer un trop grand rôle.

Les myélites qui guérissent.

Les faits que nous avons exposés dans plusieurs de nos Revues cliniques conduisent à une conclusion dont l'importance est considérable au point de vue de la pratique médicale. C'est que parmi les maladies de la moelle épinière parfaitement caractérisées pendant la vie par les symptômes et après la mort par des lésions anatomiques reconnaissables au microscope, il en est qui peuvent guérir.

Une guérison partielle et relative est la règle dans les téphromyélites antérieures aiguës, ou en d'autres termes dans les paralysies spinales atrophiques de l'enfance et de l'âge adulte. En effet, généralement, après la première période, la paralysie se limite, abandonnant une partie des muscles qu'elle avait tout d'abord atteints. Malheureusement jusqu'ici on ne connaît pas d'observation dans laquelle cette guérison se soit complétée. La première amélioration une fois produite, l'état devient stationnaire, et les muscles paralysés disparaissent par l'atrophie.

Dans la maladie que Duchenne (de Boulogne) a décrite sous le nom de paralysie spinale antérieure subaiguë et qui paraît être une des espèces à distinguer dans le genre téphromyélite antérieure chronique, la guérison presque absolue est très-fréquente, comme l'ont prouvé dernièrement encore le fait que nous avons publié dans une de nos Revues cliniques, ainsi que les observations déjà citées de MM. Landouzy et Déjérine. Une autre espèce du même genre, celle qui, dans sa marche capricieuse, cause l'atrophie musculaire progressive de M. Duchenne (de Boulogne), paraît, au contraire, s'arrêter rarement et ne guérir jamais.

Dans les téphromyélites aiguës ou myélites centrales aiguës, il est possible qu'il y en ait qui guérissent. Telle est l'opinion de M. Vulpian. Mais c'est encore une question à l'étude.

Dans les paralysies spinales (ou téphromyélites), diffuses, chroniques (en admettant même que, dépassant un peu les limites de la substance grise, elles méritent mieux le nom de *myélites centrales*), alors qu'aucune maladie aiguë n'a pu intervenir comme cause déterminante, il en est qui peuvent guérir : les deux observations de M. Déjérine, analysées dernièrement ici, l'ont absolument démontré.

Dans les paralysies générales succédant à des angines, diphthéritiques ou autres, la guérison complète est tout à

fait la règle. Or, en pareil cas, on a trouvé des téphromyélites bien nettes, qui, probablement par propagation de proche en proche, avaient succédé à une névrite ascendante des nerfs du pharynx.

Il en est à peu près de même des paralysies générales qui peuvent survenir à la suite de diverses autres maladies aiguës.

Il serait aisé d'allonger la liste de ces paralysies cérébrales, malgré des lésions médullaires aujourd'hui bien déterminées.

Si maintenant on se rappelle que le microscope n'a pas encore permis de reconnaître la lésion centrale indubitablement existante dans la paralysie ascendante de Landry, etc., on voit combien le champ de recherche est encore vaste en ce qui touche la classification, la nosographie, l'histoire clinique et anatomo-pathologique des affections de la moelle.

Ce que l'on connaît suffisamment, ce que tout médecin doit aujourd'hui savoir, c'est leur théorie physiologique, si je puis m'exprimer ainsi.

Nul n'a plus le droit d'ignorer la relation qui existe entre les lésions des cordons latéraux (ou plus exactement des faisceaux pyramidaux) de la moelle épinière et les contractures permanentes généralisées, ou bien celle qui rattache les paralysies généralisées avec atrophies musculaires aux affections des cornes antérieures de la substance grise de la moelle, etc.

Mais il n'est pas toujours facile de déterminer la nature intime, la durée, la marche, le pronostic des maladies dont le siège est ainsi désigné par les symptômes.

Je dirai plus : si l'on pouvait examiner la moelle épinière sur le vivant, comme on le fait sur le cadavre, le microscope n'apprendrait pas tout.

On a déjà divisé la moelle en un certain nombre d'appareils ou de systèmes juxtaposés. Dans chacun de ces appareils on distingue en outre diverses régions et dans chacune de ces régions divers éléments constitutifs. C'est fort bien ; mais chaque élément, chaque région, chaque appareil peut être isolément le siège d'un nombre encore indéterminé d'affections différentes, sans compter toutes les affections qui ne se laissent point arrêter par ces limites théoriques.

Les grands progrès réalisés à l'aide de moyens d'exploration de plus en plus parfaits nous font entrevoir tout un monde à explorer. Maintenant il s'agit d'apprendre à reconnaître et à individualiser dans les descriptions les espèces variées, actuellement confondues sous le nom commun de *myélites*, espèces dont la multiplicité est peut-être tout aussi grande que celle des maladies de la peau, et des éruptions, par exemple.

Amputation de l'épaule, guérison.

Le malade dont il a été parlé dans une des précédentes Revues cliniques, numéro du samedi 8 juillet, et auquel M. Desprès a pratiqué à l'hôpital de la Charité l'amputation du bras avec la totalité de l'omoplate et la moitié de la clavicule, est aujourd'hui guéri. La plaie de la ligature préalable de l'artère sous-clavière a été fermée le vingt-cinquième jour ; la ligature était tombée le douzième jour.

Aujourd'hui la plaie de l'amputation est cicatrisée. Il reste encore à fermer complètement la plaie qui a résulté de la chute d'une eschare à la région sacrée et une plaie par laquelle a fait issue l'extrémité de la portion restante de la clavicule. Le malade se lève, sort dehors et a repris toute sa santé.

Le malade avait été opéré le 19 juin dernier; il a été pansé avec les anciennes méthodes de pansement, le diachylum et les cataplasmes.

LETTRE

SUR QUELQUES POINTS DE L'HISTOIRE DES FIÈVRES INTERMITTENTES.

A *M. le docteur* JULES GUÉRIN.

Paris, le 31 août 1882.

MON CHER ET ILLUSTRE CONFRÈRE,

La dernière fois que j'ai eu le plaisir de vous voir, vous m'avez parlé d'une conversation que vous aviez eue, à l'Académie, avec un de vos savants collègues, à l'occasion d'un article de l'*Union médicale* du 17 juin, qui ferait un grand, un trop grand éloge de mes travaux sur les fièvres intermittentes.

Permettez-moi, d'abord, de vous dire ici publiquement ce que je vous ai exprimé bien des fois dans l'intimité : c'est que, seul, vous m'avez encouragé dans mes débuts en m'ouvrant les colonnes de votre journal ; je crois bien que sans vous je n'aurais pas écrit mon traité ; je me serais arrêté aux deux mémoires que j'avais publiés en 1834 et en 1835 sur les fièvres intermittentes du nord de l'Afrique. Ensuite, je vous laisserai le soin de décider s'il y a lieu de publier cette lettre pour réfuter l'opinion émise par votre éminent confrère, savoir : « que je n'ai fait que revenir à ce qui s'enseignait et se pratiquait avant Broussais. »

Cette assertion me paraît, je l'avoue, si étrange, tellement erronée, que je n'y attacherais aucune importance si elle n'émanait d'un homme qui a l'honneur d'être membre de cette grande Compagnie dont la mission est de diriger et de contrôler les œuvres médicales. Mais, dans l'espèce, ce m'est, je crois, un devoir de ne pas la laisser prendre corps et défigurer le rôle de la médecine militaire dans la grande question des fièvres paludéennes.

Mes travaux remontant à 1834, j'ai à rappeler quel était, à cette date, l'état de la science au point de vue qui nous occupe. Broussais avait appliqué aux fièvres intermittentes ses données sur les fièvres essentielles. L'immense majorité des médecins avait adopté ses idées et sa thérapeutique. Sa doctrine était devenue l'orthodoxie; les dissidents passaient pour des hérétiques.

Ces dissidents, ces hérétiques, en très-petit nombre, étaient-ils plus dans le vrai ? Non. Connaissaient-ils mieux les fièvres intermittentes ? Non. Rien de plus facile à démontrer.

L'École de Paris, par exemple, n'avait pour guides que la Nosographie de Pinel et le Traité d'Alibert. Qu'on relise la première et l'on n'y trouvera quoi que ce soit qui puisse servir à la connaissance et au traitement des affections paludéennes, telles que nous les concevons aujourd'hui. Autant l'histoire des fièvres essentielles y est féconde en grands enseignements, autant celle des fièvres intermittentes y est pauvre.

Quant au Traité d'Alibert, j'ai eu la discrétion de ne jamais exprimer mon opinion sur sa valeur. Aujourd'hui encore, je me contenterai de citer le jugement qu'en porte Monneret dans son *Compendium* (t. V, p. 360) : « Ce que ce

livre renferme de bon est entièrement copié dans Torti ou dans quelques-uns des ouvrages que nous avons déjà cités ; ce qui est mauvais appartient à l'auteur. »

Je n'ai pas à défendre l'œuvre d'Alibert contre cette terrible appréciation. Mais je cherche en vain comment on pourrait relier mes travaux aux siens ou à ceux de Pinel ; et je me demande bien inutilement par quelle espèce de mirage on ne verrait chez moi (Broussais supprimé) que le continuateur de ces deux seuls représentants de l'enseignement officiel à l'époque dont nous parlons.

Je me sens, au contraire, bien plus près de Broussais, du grand réformateur ; car c'est sous l'influence de sa puissante dialectique, qui nous avait appris si magistralement à interroger les organes, à analyser ce qu'il appelait leurs cris de douleur, c'est-à-dire les symptômes, que j'ai pu distinguer ce qui, dans la marche des fièvres à quinquina, relevait de sa doctrine et ce qui s'en écartait.

Cette épreuve de la doctrine physiologique était peut-être nécessaire pour arriver à constituer en un système éminemment pratique les données éparses dans les anciens, qui n'avaient qu'entrevu ce que les modernes ont mis au grand jour et hors de toute contestation.

On ne peut, à mon avis, expliquer autrement l'évolution si complète qu'a subie l'histoire des fièvres intermittentes dont Littré a si nettement, si savamment démontré l'origine dans sa belle argumentation sur le livre des épidémies d'Hippocrate comparées à celles de l'Algérie.

En rejetant cette interprétation, il est impossible de se rendre compte comment les travaux des deux derniers siècles qui, grâce au quinquina, étaient entrés, bien que timidement, dans la véritable voie, n'avaient pas suffi pour empêcher l'éclosion de travaux aussi rétrogrades, aussi stériles que ceux de Pinel et d'Alibert.

Au surplus, quelle que soit la cause de cette évolution qui se recommande beaucoup moins par ses théories que par ses résultats pratiques, il est bien certain que ce n'est pas dans un retour aux idées dominantes dans les classiques et dans les écoles à l'avènement de Broussais qu'il faut aller la chercher. C'est tout ce que je voulais établir et bien préciser.

F.-C. Maillot,

Ancien président du Conseil de santé des armées.

ASSOCIATION FRANÇAISE

POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES.

Congrès de La Rochelle.

L'ouverture de la onzième session de l'Association française a eu lieu jeudi par un remarquable discours de son président, M. Janssen, directeur de l'Observatoire astronomique de Meudon, sur les progrès immenses réalisés dans l'astronomie depuis les premières découvertes de Galilée jusqu'à nos jours, où, grâce à la photographie, grâce à la rapidité avec laquelle on obtient des impressions du soleil, la plaque photographique deviendra bientôt « la véritable rétine du savant ».

M. Dor, maire de la ville, prenant ensuite la parole, a souhaité la bienvenue aux membres du Congrès; puis, M. Trélat, secrétaire général adjoint, dans un récit humoristique vivement applaudi, a non seulement fait l'histoire du congrès tenu l'an dernier à Alger, mais encore a décrit, avec une plume comparable au pinceau de Delacroix, les sites parcourus et les villes traversées par les membres de l'Association.

Enfin, M. Masson, trésorier de l'Association, a rendu compte de la situation financière, de plus en plus prospère chaque année.

A l'issue de la séance d'inauguration, les membres du Congrès se sont rendus dans leurs sections respectives pour procéder à l'élection du bureau.

Dans la section des sciences médicales, qui seule doit nous intéresser ici, ont été élus :

Président : M. Azam (de Bordeaux) ;

Vice-présidents : MM. Drouineau père (de La Rochelle), Duplouy (de Rochefort), H. Henrot (de Reims), et Leudet (de Rouen) ;

Secrétaires : MM. Giraudeau, Leclerc, de Musgrave-Clay et Petit (L.-H.).

Après quoi la première séance a été fixée au lendemain vendredi, huit heures et demie du matin.

Séance du 25 août (matin). — Présidence de M. Azam.

Le président, dès l'ouverture de la séance, propose de nommer, par acclamation, président d'honneur M. le professeur Verneuil.

Bandages et appareils. — M. A. TRICOUT (de Reims) présente un exemplaire des trois appareils suivants :

1° Pessaire à sous-cuisses mobiles, en forme de coquetier, échancré d'un côté à sa partie supérieure, et destiné à combattre les rétroversions et les antéversions du col utérin ;

2° Suspension fait d'une seule pièce en tricot de soie, et formant une sorte de hamac testiculaire, selon l'expression de l'inventeur, hamac qui laisse la verge parfaitement libre ;

3° Injecteur silencieux, d'une construction très-simple, parfaitement étanche et ne produisant aucun bruit.

De l'ergot de seigle dans quelques affections des os. — M. DE MUSGRAVE-CLAY (de Pau) donne lecture d'un intéressant travail dont voici les conclusions :

1° Le seigle ergoté en poudre à la dose progressive de 40 à 75 centigrammes, chez un enfant de six ans, a donné, dans un cas de tumeur blanche du coude au début, des résultats très-heureux. Et consécutivement à son emploi, on a vu la douleur diminuer, la suppuration osseuse se tarir, les mouvements se rétablir, l'organisme se remonter. Il convient de rapprocher cette observation de celles qui ont été publiées par M. Duboué (de Pau) dans ses *Études sur le médicament et la série médicamenteuse* ;

2° Il est permis de penser, et un fait récent paraît le confirmer, que l'action du seigle ergoté ne s'exerce pas exclusivement dans le domaine du système osseux;

3° L'observation actuelle prouve, comme l'avait déjà établi M. Duboué, que l'on peut impunément administrer pendant longtemps, et à doses élevées, le seigle ergoté, sans avoir ordinairement à redouter d'accidents d'intoxication.

Vomissements incoercibles de la grossesse guéris par la cautérisation du col utérin. — M. MAUNY (de Mortagne-sur-Gironde) fait une lecture qui n'est qu'une suite à un mémoire publié en 1868 sur les vomissements incoercibles de la grossesse guéris par la cautérisation du col utérin. Il produit à l'appui sept observations nouvelles, toutes suivies de succès et n'ayant pas produit le moindre accident. En ajoutant les cinq premières observations du mémoire publié déjà par l'auteur, cela fait un total de douze cas scrupuleusement observés, tous exemples frappants de guérison et indemnes d'accidents.

De ces faits, le docteur Mauny se croit en droit de conclure qu'il

est temps, en le vulgarisant, de faire admettre dans la pratique médicale un moyen thérapeutique véritablement héroïque et qui permet de sauver l'existence de malades vouées jusque-là souvent à une mort certaine.

M. PAUL LANDOWSKI, sans vouloir attaquer la méthode préconisée par M. Mauny, voudrait un plus grand nombre d'observations, pour être bien certain qu'elle n'amène aucun accident, car l'on sait combien toute manipulation sur le col utérin d'une femme enceinte provoque fréquemment l'avortement. En tous cas, le procédé lui paraît devoir être exclusivement réservé aux cas graves.

M. MAUNY insiste sur ce fait que, dans les douze cas qu'il a rapportés, l'avortement ne s'est jamais produit une seule fois. De plus, il est loin de vouloir appliquer sa méthode à tous les cas, puisqu'il a attendu quinze ans pour faire aujourd'hui cette nouvelle communication, et que, dans ce laps de temps, il n'a que douze observations dont quatre lui ont été communiquées par des confrères. Il a toujours attendu que la vie de ses malades fut en danger pour avoir recours aux cautérisations.

M. PETIT (L.-H.) préférerait avoir recours aux inhalations d'oxygène proposées par M. Pinard, lesquelles, en trois ou quatre séances, sont parvenues à faire cesser tous vomissements. Si ces inhalations ne réussissaient pas, on pourrait alors avoir recours aux cautérisations.

M. HENROT recommande aussi, avant de procéder à ces dernières, de bien s'assurer des rapports entre le col et le corps de l'utérus.

Surdi-mutité par otopiésis ou par compression de l'oreille. — **M. BOUCHERON**, trouvant insuffisantes les notions pathogéniques de la surdité infantile et de la surdi-mutité, expose que beaucoup de sourds-muets ne deviennent sourds que par suite d'une maladie de l'oreille dont voici le mécanisme :

Quand, pour une raison quelconque, la trompe d'Eustache vient à être oblitérée, l'air contenu dans la caisse du tympan est absorbé (de même que l'air injecté dans le tissu cellulaire sous-cutané). Le vide alors se produit, et la pression atmosphérique, sans contrepoids, pèse un kilogramme par centimètre carré de surface sur la membrane du tympan. La pression est transmise par la chaîne des osselets au liquide labyrinthique. Ce liquide, étant incompressible, transmet la pression dans toutes les directions, avec une égale intensité, et écrase les extrémités du nerf acoustique au point où elles pénètrent dans la cavité du labyrinthe. Il y a d'abord anesthésie, puis destruction du nerf acoustique.

M. Boucheron a constaté directement le point de départ de sa théorie, le vide de la caisse, en ouvrant sous l'eau une caisse du tympan dont la trompe d'Eustache était oblitérée.

L'aboutissant de la théorie, la destruction des terminaisons nerveuses acoustiques, a été vérifié histologiquement sur un jeune chien, tout à fait sourd, dont M. Ranvier a examiné le limaçon à l'état frais.

Si le vide préalable de la caisse est le point de départ de certains accidents de surdité et de surdi-mutité, on pourra les arrêter dans une certaine mesure, en faisant pénétrer de l'air dans la caisse du tympan, en temps utile, c'est-à-dire avant la destruction des nerfs acoustiques. L'auteur a déjà réuni plusieurs observations favorables.

M. GAYET trouve difficile d'admettre la formation et la persistance du vide dans une cavité tapissée par une muqueuse.

Morphiomanie et morphinisme. — **M. PAUL LANDOWSKI** fait une importante communication que nous résumons ainsi :

L'abus des injections de morphine se répand de plus en plus. Il y a déjà des pays en Europe où le mal est tellement développé que l'on a dû instituer des maisons de santé spéciales pour guérir ces morphiomanes ainsi que les sujets atteints de morphinisme, c'est-à-dire de la maladie produite par l'abus de la morphine. L'Allemagne est actuellement le pays où la morphiomanie fait le plus de victimes. En France, celle-ci commence à gagner du terrain, et, fait singulier, sur les cent soixante observations que l'auteur a pu réunir, il y a cinquante-six médecins ! et vingt-huit personnes touchant à la médecine, telles que des femmes de médecins, sages-femmes, garde-malades, etc.

Des symptômes observés par M. Landowski et des autopsies qu'il a pu faire, il résulte que les morphinistes sont exposés à des stases veineuses, à des hyperhémies viscérales considérables. Aussi sont-ils emportés rapidement par des maladies, conséquence de cet état morbide, et surtout par des néphrites.

Quant au traitement préconisé par l'auteur du mémoire, il consisterait à supprimer la morphine *graduellement*, sauf pour les premiers jours, où l'on peut descendre très-rapidement, l'organisme sursaturé de morphine supportant très-facilement cette diminution rapide. Dès que l'on arrive à la dose de 10 centigrammes par jour, il faut diminuer très-lentement alors et s'arrêter à des doses quotidiennes de 2 ou 3 centigrammes que l'on continuera pendant assez longtemps. Il faut savoir aussi qu'il survient toujours quelques phénomènes pathologiques pendant cette période. M. Landowski les combat par l'extrait thébaïque et l'hydrothérapie.

Enfin l'auteur du mémoire que nous analysons insiste sur la prophylaxie et voudrait que le médecin, seul pour ainsi dire, fût chargé des injections sous-cutanées, sous peine de voir les malades auxquels celles-ci sont ordonnées en user à tort et à travers, se morphiniser ainsi peu à peu et tomber dans une dégradation physique et intellectuelle épouvantable.

M. VERNEUIL considère la question traitée par M. P. Landowski comme étant aussi d'un haut intérêt pour les chirurgiens. Souvent l'on a affaire, sans le savoir, à des morphiomanes qui se cachent même de leur médecin. Or, chez ces individus qui cherchent à calmer les vives douleurs dont ils sont atteints par des injections sous-cutanées de morphine, si l'on vient à les chloroformiser pour l'opération qu'ils ont à subir, on voit fréquemment les malades tomber dans un état alarmant caractérisé, entre autres phénomènes, par un refroidissement des extrémités, une hypothermie tendant à se généraliser.

De plus, sous l'influence de la morphine, ces mêmes malades, opérés, peuvent être atteints d'un érysipèle de mauvaise nature, de phlegmons diffus, et succomber à quelques lésions viscérales.

M. Verneuil cite, en terminant, l'observation d'un individu habitué à prendre depuis quelque temps de 17 à 18 centigrammes de morphine seulement et auquel il fit subir la résection du nerf radial. En cinq ou six jours cet homme succombait à un phlegmon bronzé presque gangreneux.

M. ROCHARD appelle aussi l'attention de la section sur les abcès locaux avec engorgement des ganglions lymphatiques survenant à la suite des injections morphinées. Il cite l'observation d'un morphiomane qui mourut subitement dans des convulsions cloniques et sans qu'il y ait, à cette mort subite, d'autre cause que le morphinisme. Il rapporte aussi le fait d'une jeune femme, d'une certaine célébrité, qui en est arrivée à prendre jusqu'à 3 et même 5 grammes de morphine par jour. Malgré cette dose énorme, l'appétit est conservé et il n'y a pas de constipation. Mais la physionomie de cette femme revêt un masque spécial, son regard est particulier, le corps est agité d'un certain tremblement.

M. ÉDOUARD LANDOWSKI a quelquefois observé la formation de deux petites bourses séreuses entre l'index et le médium, résultant du frottement du piston de la seringue chez une femme qui faisait un abus considérable des injections de morphine.

Le nystagmus et l'héméralopie chez les mineurs. — **M. DRANSART** (de Somain) présente au Congrès une étude sur le nystagmus des houilleurs, étude qui repose sur quelques observations et fait suite à des travaux antérieurs ; elle conclut de la manière suivante :

1° Le nystagmus des mineurs est une parésie des organes élévateurs de l'œil (muscles et nerfs tout à la fois), parésie produite par la fatigue des élévateurs occasionnée elle-même par le travail dans les veines peu élevées et les galeries basses. Cette parésie est indépendante d'une lésion cérébrale du système nerveux ainsi que de tout vice de réfraction.

2° L'atonie générale, l'anémie et le défaut d'éclairage sont des facteurs secondaires importants, mais non essentiels à la production du nystagmus des mineurs.

3° Il existe chez les mineurs une héméralopie intimement liée au nystagmus, mais qui peut exister indépendamment de cette affection.

4° Le nystagmus des mineurs est une affection curable; il ne peut et ne doit pas être considéré comme un cas d'exemption absolue du service militaire, ainsi que l'auteur en a vu un exemple il y a peu de temps encore.

Gastro-entérite alcoolique. — M. LEUDET (de Rouen) donne lecture d'un mémoire sur les formes que revêt la gastro-entérite alcoolique dans les diverses classes de la société. Cette étude se termine par les conclusions suivantes :

1° Étudiée dans les diverses classes de la société, la gastro-entérite alcoolique présente des caractères particuliers.

2° Les lésions et les symptômes morbides peuvent se rencontrer simultanément dans l'estomac et dans l'intestin, c'est la gastro-entérite. D'autres fois les lésions frappent plus spécialement l'estomac ou l'intestin.

3° La qualité des alcools consommés paraît contribuer moins à la pathogénie des divers accidents que le mode d'ingestion des alcooliques; la preuve principale se tire de la nature des accidents observés chez les marchands de liquides en gros et les patrons des débits de liquides fréquentés par la classe ouvrière.

4° La continuité de l'ingestion des alcooliques, la quantité relativement modérée est le mode d'absorption des hommes de la classe aisée.

5° L'ouvrier joint à cette habitude de consommation des alcooliques celle d'exagérer momentanément et d'une manière considérable la quantité des boissons ingérées.

6° La forme de gastro-entérite, de gastrite ou d'entérite plus spéciale aux hommes de la classe aisée est la forme catarrhale, dont la durée peut être de beaucoup d'années.

7° La forme de gastro-entérite aiguë, subaiguë ou chronique est plus fréquente dans la classe ouvrière.

8° L'ulcère de l'estomac, fréquent chez les ouvriers, existe aussi chez les gens de la classe aisée, mais chez eux il affecte la forme chronique.

9° Les troubles nerveux intellectuels sont habituels dans les deux catégories de malades.

10° Les hépatites, les altérations vasculaires sont relativement plus fréquentes et plus lentes chez les alcooliques de la classe aisée.

État sanitaire de la ville de Rochefort. — M. BOURRUT a surtout pour but de bien démontrer que la réputation de ville malsaine attribuée gratuitement à Rochefort est absolument imméritée depuis le commencement de ce siècle. Autrefois il est certain que les épidémies y étaient nombreuses et des plus graves, la mortalité était considérable.

Les chiffres présentés par M. Bourrut indiquent au contraire une mortalité pour Rochefort inférieure même à la moyenne générale de la France. Cette dernière, en effet, est de 1 sur 43,4, tandis qu'elle est pour Rochefort de 1 sur 42,3.

La diphthérie y est très-rare; la variole et la rougeole s'y rencontrent comme partout ailleurs, et la fièvre typhoïde n'y sévit pas à l'état d'épidémie maligne, elle y est moins meurtrière qu'ailleurs.

Par tous ces faits, il est donc bien certain que la cité pestiférée des siècles derniers est devenue une ville parfaitement salubre. Néanmoins, ajoute M. Bourrut, les tuberculeux y sont très-nombreux, mais ils s'y conservent très-longtemps. La mortalité réellement considérable est celle qui frappe les enfants dans la première année de leur existence et surtout dans les six premiers mois.

M. VERNEUIL fait remarquer qu'il en est ainsi de la mortalité des enfants dans tous les pays paludiques.

La séance, ouverte à huit heures et demie, est levée à onze heures un quart.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons de clinique chirurgicale (1), par M. le docteur PÉAN.

Le troisième volume des *Leçons de clinique chirurgicale* de l'hôpital Saint-Louis, publiées par M. Péan, vient de paraître. Dans cet ouvrage, ce chirurgien, après un certain nombre de leçons sur divers sujets, publie, dans une seconde partie, les observations des malades qui passent sous les yeux des nombreux médecins assistant à ses cliniques, et dont la plupart sont opérés en leur présence. Une troisième partie est plus spécialement consacrée à la statistique des ovariotomies pratiquées jusqu'en juillet 1881. Enfin, une quatrième partie n'est autre que la suite du catalogue des pièces déjà nombreuses qui composent le musée chirurgical qu'il a créé à l'hôpital Saint-Louis.

Comme on le voit, ce volume est non moins important que les précédents, d'autant qu'il comprend toutes les observations qui correspondent à une période de deux années (1877-1878).

Parmi les divers sujets des quatorze leçons cliniques, nous citerons les suivantes : *Du mal perforant plantaire; Affections des synoviales tendineuses; Tumeurs ano-coccygiennes congénitales; Accidents psychiques d'origine traumatique, leurs rapports avec les opérations de gastrotomie; Des rétrécissements du rectum; De l'anesthésie chirurgicale*, etc. Chacune de ces leçons comprend des recherches historiques qui font une étude complète de ces diverses questions; elles sont, en outre, enrichies de figures nombreuses et bien gravées.

La leçon qui a trait à l'anesthésie par le protoxyde d'azote se rapporte aux nombreuses expériences que M. Péan a faites sur la méthode de M. Paul Bert (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1880). Les conclusions de ces recherches, au point de vue de la rapidité et de la sûreté de l'anesthésie sont des plus précises et bien faites pour encourager les opérateurs à entrer dans cette voie. Il est regrettable, toutefois, que cette méthode qui, à l'hôpital Saint-Louis, donne actuellement de si bons effets, ne soit pas plus facilement applicable aux opérés de la ville.

Les résultats opératoires obtenus sur les malades de toute espèce traités pendant la période déjà longue qui correspond à ce troisième volume sont des plus satisfaisants. Tous ces malades ont été opérés ou traités suivant les méthodes que M. Péan a eu souvent l'occasion de faire connaître dans ses travaux antérieurs. Les opérés et les blessés ont été pansés avec un mélange de deux tiers d'eau phéniquée au quarantième avec un tiers d'alcool camphré. Il était intéressant de rechercher dans les statistiques générales les résultats totaux auxquels est arrivé ce chirurgien. Cette recherche était d'autant plus intéressante que tous les cas ont été soigneusement notés et que cette condition était indispensable pour arriver à des notions précises et à une statistique intégrale. Or, en considérant seulement les opérés, on voit que le nombre des succès est de 92,04 p. 100. Les résections, les amputations et les désarticulations, prises à part, ont fourni un chiffre presque aussi satisfaisant, 90,5 p. 100.

Il nous semblerait difficile d'obtenir, en ville, une proportion de succès plus favorable. C'est, en tous cas, la meilleure réponse à faire à ceux qui prétendent que la chirurgie des hôpitaux est extrêmement dangereuse, et nous avons peine à croire que ceux qui émettent de pareilles assertions, même s'ils opéraient hors Paris, dans les conditions hygiéniques les plus satisfaisantes, arrivassent à de meilleurs résultats.

La troisième partie, celle qui a trait aux statistiques des nombreuses gastrotomies que M. Péan a pratiquées, en ville, jusqu'au 1er juillet 1881, est non moins complète et non moins encourageante. C'est donc à tort que l'on reprocherait aux chirurgiens français de ne pas suivre la coutume qu'ont quelques chirurgiens étrangers de publier la statistique de toutes leurs gastrotomies. Depuis près de vingt années que M. Péan a implanté, avec de si

(1) In-8°. Prix : 20 francs. Paris, Germer Baillière et Cie.

heureux succès, à Paris, la pratique de ces grandes opérations, il n'a jamais cessé de publier, chaque année, toutes ses statistiques et de les remettre aux confrères qui les lui demandaient pour des travaux spéciaux. Bien que seul, parmi ses collègues, il ait toujours tenu cet engagement qu'il avait pris autrefois, ces statistiques suffisent pour donner un démenti à ceux qui prétendent qu'on ne peut en trouver de semblables qu'à l'étranger. Au 1er juillet 1881, M. Péan avait déjà publié 445 observations de gastrotomies faites pour l'ablation de toute espèce de tumeurs pelvi-abdominales, ayant leur point de départ dans les ovaires, les ligaments larges, l'utérus, la rate, le mésentère, le péritoine, etc.... Les plus nombreuses ont trait à l'ablation de kystes ovariques; sur les 100 dernières, M. Péan a obtenu 88 succès, chiffre qui ne peut guère être dépassé, quand, comme lui, on ne craint pas d'aborder les cas les plus difficiles. Viennent ensuite les tumeurs des ligaments larges qui sont loin d'être toujours uniloculaires et à liquide clair, comme ne craignent pas de l'affirmer plusieurs auteurs. Les kystes du ligament large, uniloculaires et à liquide clair, qui sont d'ailleurs exceptionnels, ne sont jamais opérés par M. Péan que dans les cas où ils ont promptement récidivé à la suite de plusieurs ponctions, moyen de traitement qui d'ailleurs serait aussi inutile que nuisible dans les formes multiloculaires et aréolaires. M. Péan insiste d'ailleurs, depuis longtemps, sur l'erreur qu'il y aurait à croire que les kystes à liquide clair et limpide sont toujours uniloculaires, l'expérience lui ayant démontré que le contraire est extrêmement fréquent. Quoi qu'il en soit, il n'est pas douteux que les tumeurs kystiques du ligament large et du bassin qui envoient si souvent des prolongements dans le mésentère sont toujours plus difficiles à extraire que les kystes de l'ovaire. La proportion de 65 à 70 succès pour 100 que M. Péan a obtenue dans ces cas défavorables est bien faite pour encourager ceux qui, comme lui, n'arrivant pas toujours à les diagnostiquer presque à coup sûr, chercheront à les enlever, croyant avoir affaire à des kystes ovariens. D'ailleurs, il y a lieu d'espérer que les modifications opératoires que M. Péan a récemment apportées dans l'extraction de ces kystes, et qu'il fait connaître dans ce volume, lui permettront d'obtenir pour ces cas une proportion de succès égale à celle des ovariotomies.

Bien que M. Péan n'applique l'hystérectomie qu'aux cas très-rares où les tumeurs solides ou liquides de l'utérus mettent la vie en péril, il a, le premier, montré à Paris que ces sortes d'opérations sont loin d'être aussi dangereuses qu'on l'avait cru avant lui. Il en publie, dans ce volume, une nouvelle série des plus encourageantes. Il prouve jusqu'à l'évidence qu'en pareil cas les chirurgiens ne doivent pas désespérer trop tôt en présence de malades ayant de semblables tumeurs qui menacent leur existence à courte échéance.

M. Péan s'engage à publier ultérieurement, comme il l'a fait jusqu'à ce jour, la statistique intégrale de toutes ses gastrotomies. Le chiffre aujourd'hui dépasse 500.

Quant au catalogue des pièces qui composent son musée, il sera fort utile, non-seulement à ceux qui font des travaux scientifiques, mais aussi à ceux qui veulent d'un coup d'œil se rendre compte de la diversité des cas intéressants qui se présentent dans un grand service de chirurgie.

M. Péan a fait classer, dans son musée particulier, 600 pièces qui sont reproduites par le moulage avec une parfaite fidélité. Ce ne sont pas seulement les surfaces extérieures qui ont été ainsi reproduites, mais les coupes elles-mêmes l'ont été aussi fidèlement que possible, ce qui donne à cette collection un double intérêt, clinique et anatomo-pathologique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. Chevreul, le doyen des étudiants français, comme il se plaît à se nommer, est entré hier dans sa quatre-vingt-dix-septième année. Né le 31 août 1786, il fut nommé en 1826 membre de l'Académie des sciences, en remplacement de M. Proust, dont il avait été le concurrent en 1816. Depuis 1810, notre vénéré confrère fait partie de l'administration du Muséum.

— Hier matin ont eu lieu au cimetière Montparnasse les obsèques du docteur Hayassi, médecin du prince Arrissougawa, ambassadeur du Japon à Paris. Un grand nombre de médecins s'étaient joints au cortège pour donner un témoignage de sympathie au confrère si rapidement enlevé, loin des siens et de sa patrie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Dictionnaire des altérations et falsifications des substances alimentaires, médicamenteuses et commerciales, par MM. Chevallier et E. Baudrimont, docteur ès sciences, professeur à l'École supérieure de pharmacie de Paris, directeur de la pharmacie centrale des hôpitaux civils, membre de l'Académie de médecine. — Sixième édition revue, corrigée et considérablement augmentée. — 1 vol. grand in-8° de 1500 pages, avec 310 figures intercalées dans le texte et 4 planches en chromolithographie, cartonné à l'anglaise. — Prix : 30 francs. — Paris, A. Asselin et Cie.

Manuel d'histologie pathologique, par Cornil et Ranvier, deuxième édition revue et augmentée, t. II, premier fascicule. 1 vol. grand in-8°, avec 125 figures dans le texte. — Prix : 14 fr. — Le tome Ier, 1 vol. grand in-8° avec 281 figures dans le texte, se vend séparément. — Prix : 14 francs. — Paris, Germer Baillière et Cie.

Les Eaux de Châtel-Guyon, par le docteur Édouard Voury. In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 13317.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Archambault.

Accidents produits par les oxyures vermiculaires et les lombrics chez les enfants.

I. Un des petits vers les plus curieux et dont la présence est des plus pénibles aux petits enfants est sans contredit ce que l'on appelle l'oxyure vermiculaire (*oxyurus vermicularis* ou *ascaris vermicularis*).

Cet helminthe siège principalement dans la partie inférieure du rectum la plus voisine de l'anus. Il est la cause d'une foule d'inconvénients, de démangeaisons souvent fort vives, surtout le soir, et par cela même caractéristiques. Ces démangeaisons sont telles parfois qu'elles arrachent des cris aux petits enfants, qu'elles entraînent une insomnie complète et qu'elles peuvent donner lieu à une excitation extrême capable de déterminer de véritables convulsions.

Ces oxyures se rencontrent aussi quelquefois chez l'adulte et, par les démangeaisons intolérables qu'ils produisent, déterminent parfois un véritable état d'hypochondrie.

Enfin, ils amènent aussi, dans certains cas, une inflammation de la muqueuse rectale, une rectite, accompagnée quelquefois de ténesme et de l'expulsion de garde-robes muqueuses, voire même parfois sanguinolentes.

Chez les petites filles, ces oxyures peuvent gagner la vulve, y pénétrer, déterminer une vulvite plus ou moins intense, des démangeaisons qui les conduisent facilement et bien vite à la masturbation.

Aussi, et bien que la présence de ces helminthes ne constitue pas en elle-même une affection réellement grave, les conséquences sérieuses qu'elle peut entraîner avec elle sont un motif d'en débarrasser promptement et complètement les petits enfants qui en sont atteints. Ce que je dis ici des petits êtres qui nous occupent spécialement, est également applicable à l'adulte, chez lesquels la destruction est pour ainsi dire tout aussi impérieuse à pratiquer.

Les moyens auxquels on peut avoir recours sont nombreux, et il serait beaucoup trop long de les passer tous en revue ici; je me bornerai à vous en indiquer seulement quelques-uns parmi les plus efficaces. L'un des meilleurs est encore l'eau de chaux médicinale. On prescrit chaque soir, pendant cinq ou six jours de suite, un lavement contenant 100 à 200 grammes d'eau de chaux. Vous obtenez généralement aussitôt un soulagement des plus notables. Dans les cas où ce moyen ne suffit pas à débarrasser l'enfant, West conseille d'ajouter de 5 à 8 grammes de perchlorure de fer à ladite eau de chaux, et, par là, vous arrivez presque toujours à détruire ces oxyures.

Les lavements composés d'une eau très-inerte donnent ordinairement aussi de très-bons résultats. Trousseau a conseillé comme un très-bon moyen les lavements de suie de bois bouillie dans 200 grammes d'eau, passée et filtrée.

Mais de tous ces moyens, ceux qui réussissent le mieux sont les préparations mercurielles, telles que les suppositoires d'onguent napolitain employés pendant cinq ou six jours et formés de :

Onguent napolitain.	0,05 centigr.
Beurre de cacao. .	Q. S.

Enfin, dans les cas où ce médicament, ordinairement héroïque cependant, ne réussit pas encore à détruire tous les oxyures, on aura recours au sublimé, en solution plus faible, bien entendu, que la liqueur de Van Swieten. L'on donnera ainsi, le soir, un lavement composé de 25 milligrammes de sublimé pour 100 grammes d'eau.

Un lavement plus actif que l'on administre tous les deux jours, mais qui amène quelquefois des douleurs assez vives, est celui dans lequel on associe le bi-iodure de mercure à l'iodure de potassium. On le formule ainsi :

Bi-iodure de mercure.	0,01 centigr.
Iodure de potassium .	0,10 —
Eau.	100 grammes.

Enfin, je dois aussi vous citer, comme agissant directement, les lavements de *semen contra* ou de santonine, à la dose de 20 à 40 centigrammes par lavement.

Tels sont les différents moyens thérapeutiques de débarrasser l'enfant des oxyures vermiculaires. Cependant, malgré leur efficacité ordinaire, ils ne déterminent quelquefois qu'une sédation, plus ou moins longue, il est vrai, mais passagère, et l'enfant n'est pas définitivement guéri. Cela tient généralement, en pareil cas, à ce que le médicament

n'est pas porté assez haut dans l'intestin, et qu'un certain nombre de ces oxyures se trouvent logés au-dessus de l'S iliaque. Dans ces cas-là, on a conseillé : soit d'administrer des lavements plus considérables, ce qui n'est pas un bon moyen, parce que l'enfant les rend presque immédiatement au lieu de les garder comme cela serait nécessaire ; soit de les porter plus haut dans l'intestin au moyen d'une sonde introduite dans le rectum. Cela vaut mieux, certainement, mais cela ne me satisfait pas encore. Il est bien préférable d'arriver différemment, c'est-à-dire par les deux extrémités du tube digestif, au moyen de la santonine, que l'on prescrit à la dose de 15 à 20 centigrammes pendant trois ou quatre jours, en même temps que l'on ordonne le calomel qui agit alors comme anthelminthique, en se transformant en bichlorure de mercure ou sublimé. On arrive par là sinon toujours à détruire complètement des oxyures dont la ténacité est extrême, tout au moins à les déloger pour longtemps ; et s'ils reparaissent plus tard, on revient à la charge.

II. Quant aux lombrics, dont il convient que je vous dise maintenant quelques mots, ils sont généralement assez innocents. Ce n'est ordinairement que lorsqu'ils sont très-abondants, comme dans certains pays, qu'ils peuvent parfois déterminer des accidents graves.

Je me souviens ainsi d'une famille qui venait d'arriver du Brésil, où les lombrics sont extrêmement communs ; elle avait fait la traversée sur un paquebot dont la provision d'eau avait été faite au lieu même d'embarquement, à Rio. Cette famille était-elle à peine installée depuis une dizaine de jours à l'hôtel du Louvre, menant une vie très-confortable comme alimentation, ce qui ne faisait pas du tout l'affaire de nos helminthes, que les trois enfants que les parents avaient amenés avec eux tombaient soudainement malades. Appelé auprès d'eux, je trouvai l'un en proie à des convulsions violentes, un autre pris de vomissements répétés et de diarrhée intense, le troisième enfin extrêmement souffreteux. Je ne savais trop, au premier moment, à quels accidents, comme origine, j'avais affaire ; lorsque j'aperçus, à un moment donné, dans les selles un certain nombre de lombrics. Le diagnostic devenait, par suite, des plus faciles, et je prescrivis aussitôt de 30 à 40 centigrammes de calomel. Lorsque le lendemain je revoyais mes petits malades, j'apprenais que chacun d'eux avait rendu une quantité prodigieuse de ces lombrics. J'ordonnais alors la santonine, et, pendant les trois jours qui suivirent, mes petits malades continuèrent à rendre encore une quantité telle de ces helminthes, que je n'exagère pas en disant qu'ils en expulsèrent ainsi à eux trois presque le contenu d'un chapeau. Quelques jours plus tard, les trois enfants étaient parfaitement guéris.

Les anthelminthiques des lombrics sont des plus nombreux ; ce sont la poudre de valériane, l'assa fœtida, l'aloès, le jalap, la potion de térébenthine, la suie de bois, ainsi formulée :

Suie de bois . .	8 grammes.
Café torréfié . .	15 —
Eau	125 —

Je recommande aussi le calomel, deux ou trois fois dans une semaine, à la dose de 20 à 30 centigrammes, ou bien le semen contra dont la santonine est le principe actif. Aujourd'hui, on emploie plus volontiers la santonine, et pourtant 2 grammes de semen contra, par exemple, ont plus d'action que la dose équivalente de santonine qui est renfermée dans ces deux grammes. On le fait prendre en poudre dans du miel, ou en infusion dans du lait à la dose de un à cinq grammes, selon l'âge, pendant un, deux ou trois jours.

La mousse de Corse est aussi un bon médicament à la dose de 1 à 2 grammes dans du lait, ou mieux encore, associée au semen contra ; on formule ainsi :

Mousse de Corse .	1 gramme.
Semen contra. . .	1 —
Poudre de rhubarbe	0,10 centigr.
Miel	Q. S.

En résumé, les préparations auxquelles le médecin peut recourir sont si nombreuses qu'il n'aura que l'embarras du choix.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. Daniel Mollière.

Pustule maligne inoculable transmise par une mouche.

(Observation rédigée par M. Édouard, interne du service.)

Jean P..., âgé de soixante ans, voiturier, entre le 9 juin 1882 dans le service de M. Daniel Mollière, chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu de Lyon. Il présente à la pommette gauche une lésion offrant tous les caractères de la pustule maligne et sur laquelle il donne les commémoratifs suivants :

Le 7 juin, à cinq heures du soir, se trouvant dans les environs de Lyon, il se sentit piqué à la joue gauche ; il y porta violemment la main, et écrasa une grosse mouche noire, qu'il eut la curiosité de bien considérer, mais sur l'espèce de laquelle il est impossible de se prononcer d'après la banalité des renseignements qu'il peut nous fournir.

La douleur locale, d'abord très-vive, cessa bientôt; puis, au bout de quelques heures, survint un prurit intense au niveau de la piqûre, que le malade reconnaissait à un petit point noir. La tuméfaction n'apparut que le 8, mais augmenta rapidement ; aussi, lorsque Jean P... entre à l'Hôtel-Dieu le 9, au matin, la joue tout entière est le siège d'une tuméfaction livide, énorme surtout au niveau de la région malaire, au centre de laquelle on découvre une petite phlyctène noirâtre entourée d'une aréole de vésicules nombreuses et transparentes. Les paupières, assez œdématiées pour amener l'occlusion complète de l'œil, ne présentent ni vésicules ni phlyctène. Dans la fosse sous-maxillaire, on découvre un ganglion de la grosseur d'une amande et douloureux à la pression. Les ganglions préauriculaires et cervicaux sont intacts. L'état général est bon, le malade n'a pas de fièvre, il est seulement un peu préoccupé de son état.

Traitement immédiat. — M. Mollière circonscrit largement la phlyctène avec le couteau du thermo-cautère Paquelin, et la détruit complètement ainsi que les tissus les plus voisins : il pratique ensuite, soit dans les parties tuméfiées et dans le ganglion sous-maxillaire, une dizaine d'injections interstitielles avec une solution à 2 0/0 d'acide phénique.

A l'intérieur, alcool à haute dose sous forme de vin d'Espagne, de chartreuse et de rhum.

9 juin, au soir. Température 38°3, état général satisfaisant; persistance des élancements douloureux.

10. La tuméfaction et les douleurs n'ont fait que s'accroître, cependant l'état général est toujours assez bon. Temp. du soir, 38°8. Nouvelles injections interstitielles avec la même solution phéniquée ; continuation du traitement par l'alcool.

11. Mêmes symptômes et même traitement.

12. On découvre une vaste eschare noirâtre semblant profonde,

occupant la région malaire et remontant jusqu'à l'arcade externe de l'œil. Persistance de la douleur; état saburral des voies digestives. Augmentation de la température qui atteint 39° le matin et 40°5 le soir; le pouls est fréquent, mais a conservé sa force. Le malade est agité, inquiet, mais ne délire pas. On cesse les injections interstitielles, mais on insiste sur le traitement alcoolique.

13. L'eschare s'est étendue en dehors et atteint la région préauriculaire. L'état général est toujours le même, mais la température a baissé, elle n'est plus que de 38°7 le matin, de 39°1 le soir.

Du 14 au 17, les symptômes généraux s'amendent, les douleurs cessent, et la température, après avoir diminué progressivement, finit par devenir normale.

Le 20, l'eschare commence à se détacher; elle est beaucoup moins profonde qu'on aurait pu le croire au début; elle tombe le 23, et la plaie est presque complètement cicatrisée, lorsque le malade demande et obtient sa sortie le 30 juin.

Cette observation nous paraît intéressante à plusieurs titres. Tout d'abord, elle n'est pas faite pour confirmer les idées de Gallard et de quelques autres auteurs, qui veulent que la pustule maligne naisse spontanément. Ici, l'inoculation est incontestable, et cette inoculation s'est faite par la piqûre d'une mouche, que le malade a parfaitement vue. Du reste, ce cas ne fait que s'ajouter à ceux qu'ont observés Raimbert et Davaine.

Mais s'agissait-il bien d'une pustule maligne vraie, d'une affection charbonneuse réelle? En premier lieu, les symptômes locaux ont été assez caractéristiques pour indiquer d'une façon formelle un traitement énergique et immédiat; de plus, le diagnostic a été confirmé par l'examen microscopique et l'inoculation. De la sérosité et du sang avaient été recueillis dans des tubes à vaccin, au voisinage de la pustule, et confiés à M. Chauveau, l'éminent professeur de l'École vétérinaire, qui a bien voulu nous communiquer les résultats de ses recherches. Ces liquides n'ont été examinés que deux jours après avoir été recueillis. La sérosité présentait des filaments de mycélium du *Bacillus Anthracis;* ces filaments, de longueur variable, étaient assez rares. On ne trouvait pas de bâtonnets dans la sérosité; le sang n'en présentait qu'un seul, mais très-net. Il convient d'ajouter que le sang et la sérosité étaient coagulés dans les tubes et que le caillot englobant probablement les éléments virulents, ceux-ci devaient se trouver en très-petit nombre dans le sérum placé sous le champ du microscope. Quoi qu'il en soit, l'activité de ces éléments suppléait à leur nombre, et deux inoculations faites aux oreilles d'un cobaye avec du sang et la sérosité le firent succomber en quarante-huit heures avec tous les signes du sang de rate type.

Notre malade a donc guéri d'une affection incontestablement charbonneuse, et cela probablement grâce à l'énergie et à la rapidité de l'intervention. M. Mollière a, dans le cas actuel, associé deux méthodes : celle de la cautérisation, ou plutôt de la destruction complète de la pustule par le thermo-cautère, et celle des injections interstitielles d'acide phénique. L'alcool à l'intérieur a constitué à lui seul le reste du traitement. Pendant cinq jours consécutifs, le malade n'a pas absorbé moins de 500 grammes de vin d'Espagne, 300 grammes de rhum et 200 grammes de chartreuse en vingt-quatre heures; cependant, malgré ces doses énormes d'alcool, il n'a jamais présenté le moindre signe d'ébriété.

Depuis longtemps déjà, M. Mollière attire l'attention de ses élèves sur cette remarquable tolérance de l'alcool qu'il a constatée fréquemment, soit dans les cas de pustule maligne, soit dans les cas de gangrène gazeuse, et qui pourrait bien être de règle dans toutes les affections virulentes.

PLAIE DE L'AVANT-BRAS

PRODUITE PAR UNE MACHINE A PERCER; FRACTURE DES DEUX OS, AVEC ISSUE DE L'UN DES FRAGMENTS; GUÉRISON RAPIDE.

Par le docteur F. GUERMONPREZ (de Fives-Lille).

Le 25 janvier 1882, l'apprenti ajusteur T. T..., âgé de douze ans et deux mois, se trouvait devant une machine-outil dite machine à percer. La machine étant en repos et le foret tournant sur son axe à une certaine hauteur au-dessus de la table, l'apprenti voulut, sans changer de place, prendre un instrument déposé sur le bord opposé de la table. Dans ce mouvement, son avant-bras se trouva placé sur la table immédiatement au-dessous du foret. La manche flottante fut touchée par le foret et, en raison de la vitesse de l'appareil qui était précisément à son maximum de rapidité, l'avant-bras fut entraîné par le mouvement de rotation jusqu'au moment où, la courroie venant à tomber, la marche de la machine-outil fut interrompue.

Le membre fut retiré sans difficulté. Des débris de vêtement furent retrouvés dans la machine-outil; mais on ne peut arriver à savoir si le foret s'est perdu dans les vêtements ou s'il a pénétré dans le membre.

Aucun soin immédiat ne fut donné à cause de l'intervention du père du petit blessé. C'est donc, autant qu'il est possible, dans son état primitif qu'il m'a été donné d'observer les désordres de ce traumatisme moins d'une heure après l'accident.

Un cordial, donné avant le départ, avait permis à l'enfant de faire à pied les trois kilomètres nécessaires pour me trouver.

L'avant-bras gauche, ployé, fait vers son milieu un angle d'environ 130 degrés. Il est manifestement très-raccourci. Mais ce qui attire le plus l'attention, c'est qu'un os mince fait une saillie d'environ 3 centimètres, en sortant du membre à travers une plaie contuse et par dilacération, dont l'étendue ne dépasse guère 25 millimètres. Autre détail important à signaler : c'est un peu en arrière du bord radial et vers le tiers inférieur que se trouve la plaie dont il s'agit. L'os qui fait issue n'est guère plus gros que le petit doigt du blessé. Il fait corps avec l'olécrane. D'ailleurs, en palpant avec soin, on reconnaît nettement l'apophyse styloïde interne; on suit aisément l'os dont elle fait partie jusqu'à une petite distance; puis on ne trouve plus rien de squelettique; on ne sent que des parties molles : c'est donc bien le cubitus qui est sorti par le bord radial de l'avant-bras. Or c'est au niveau de l'union du 1/6 inférieur avec ses 5/6 supérieurs que cet os a été fracturé. Cette particularité permet de comprendre que l'os fracturé à son 1/6 inférieur ait fait une saillie d'environ 3 centimètres au niveau du 1/3 inférieur de l'avant-bras.

Il fut facile de reconnaître que le radius était aussi fracturé; mais à un niveau beaucoup plus élevé, un peu au-dessous de son 1/3 supérieur. Il est curieux de signaler ce fait. Après un certain temps de pulvérisation phéniquée, la plaie est devenue insensible à la pression et confirmait ainsi le diagnostic fracture, déjà fait par la crépitation et par la mobilité anomale.

Pas d'autre lésion importante à signaler qu'une entorse modérée du poignet.

Aucun soin antérieur n'ayant été donné, un lavage aussi complet que possible fut fait sur tout le membre tout d'abord à l'aide de ouate imbibée d'eau phéniquée normale (25 p. 100).

La plaie fut lavée de la même manière. Aucun débris de vêtement ne fut trouvé. Aucun vestige qui permît de croire à la pénétration du foret dans la plaie. L'os fut nettoyé avec soin, surtout en raison des débris de vêtement de laine qui encombraient son tissu médullaire. La réduction peut en être faite assez facilement sans agrandir la plaie.

Cette plaie très-profonde présente des mâchures de muscles et

d'aponévroses, mais aucun corps étranger. Elle ne paraît pas communiquer avec le foyer de la fracture du radius.

Après un lavage complet de la plaie et du membre à l'aide de l'eau phéniquée double (5 p. 100), le pansement de Lister est appliqué, mais avec cette seule irrégularité que la bande employée est de tarlatane apprêtée au lieu d'être de gaze phéniquée.

Cette substitution, inspirée à certains chirurgiens par raison d'économie, présenta l'avantage de produire, grâce à l'action de la glycérine sur l'amidon de l'apprêt, une sorte de croûte qui en se desséchant constitue au pansement un revêtement analogue à du carton.

Au dehors de ce pansement banal furent appliquées des coussins de gaze phéniquée, disposés soigneusement à la façon des compresses graduées, usitées dans toute fracture des deux os de l'avant-bras. Ces pièces, imbibées d'eau phéniquée normale et appliquées l'une à la partie inférieure de la face antérieure, l'autre à la partie supérieure de la face postérieure, furent maintenues par une seconde bande de tarlatane apprêtée et imbibée de la même eau phéniquée.

Une attelle de bois fut appliquée du côté postérieur, une autre du côté antérieur, dans une étendue assez grande pour rendre impossibles les mouvements de la main, le pouce étant seul libre. Le membre fut porté en écharpe.

L'attelle fut déplacée et replacée chaque jour.

Quant au pansement, il fut renouvelé tous les trois ou quatre jours, dès qu'il y trouvait la moindre tâche.

L'enfant ne cessa jamais d'aller et venir, se livrant à ses jeux avec l'insouciance de son âge et faisant chaque jour, au moins deux fois, à pied, les deux kilomètres nécessaires pour se présenter à la consultation.

Aucun accident inflammatoire ne survint.

La plaie du côté radial fut complètement cicatrisée dès le dix-septième jour.

Mais il survint deux plaques de sphacèle au niveau des parties les plus comprimées par les compresses graduées.

Un autre accident est une atrophie musculaire très-importante de tout l'avant-bras et plus spécialement du bord cubital. L'immobilité n'en fut que mieux assurée. Les frictions, le massage et les onctions stimulantes furent seuls employés à partir de mars. Trois mois plus tard, il n'en restait plus aucune trace.

Le 22 février (28e jour), tout pansement, devenu inutile, a été abandonné.

Le 1er mars, l'enfant est présenté à la *Société des sciences médicales de Lille*. Tous les mouvements sont conservés dans leur intégrité.

Le 2 mars (36e jour), il reprend le travail et ne l'a pas interrompu depuis lors (23 août 1882).

Cette observation pourrait être rapprochée du fait de « fracture par térébration », résultant d'un accident de fabrique à Barcelone. (*Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Montpellier*, 21 janvier 1882.)

Nous voulons nous en tenir à deux points seulement.

D'abord il ne semble guère possible d'obtenir un résultat plus avantageux, sans accident notable et sans imposer au blessé de privation réelle.

Ce fait démontre, avec bien d'autres analogues, que le pansement listérien, sans prétendre monopoliser les succès, peut du moins avoir à son actif des résultats tellement avantageux, qu'il n'est guère possible de vouloir les améliorer.

Il est juste toutefois d'éviter les eschares signalées dans l'observation.

L'absence d'ecchymose à ce niveau ne nous permettant pas d'attribuer ces accidents au traumatisme, il nous paraît juste d'en incriminer l'action de l'acide phénique. Nous n'entendons nullement considérer cet antiseptique comme un caustique escharifiant. Nous croyons simplement que le contact *immédiat* de cet agent médicamenteux, coïncidant avec la pression des pièces du pansement et exerçant son action pendant un temps suffisamment prolongé, peut suffire à déterminer les plaques de sphacèle que nous avons observées.

Reste à indiquer le moyen d'éviter pareil accident.

Une compression moins forte serait insuffisante pour assurer l'écartement des os. La suppression des liquides et linges phéniqués supprimerait en partie le bénéfice du pansement.

Peut-être suffirait-il de protéger contre le contact *immédiat* de ces éléments antiseptiques les parties du tégument qui supportent la pression la plus forte. La *protective* suffirait probablement pour remplir cette indication.

REVUE DE LA PRESSE

Myocardite scléreuse hypertrophique primitive. — M. le docteur Juhel-Rénoy termine sa nouvelle série d'études sur cette question par les conclusions suivantes :

1° Il existe une entité anatomo-pathologique, caractérisée par la prolifération du tissu conjonctif interstitiel du cœur, qui amène l'atrophie de l'élément musculaire ; elle a donc droit de figurer dans le groupe des scléroses. Nous la nommons cirrhose hypertrophique du cœur. Elle justifie ce nom à un double point de vue : c'est une cirrhose, comme en témoigne l'anatomie pathologique, et une hypertrophie, comme le démontre la clinique.

2° Cette hypertrophie est moyenne. La sclérose est générale ou partielle, elle porte d'abord sur les piliers, la paroi interventriculaire ; le cœur gauche est pris le premier, et à un degré toujours plus élevé que le droit;

3° Histologiquement, cette cirrhose est insulaire et vasculaire. C'est, en effet, autour des petites artères que se cantonne la lésion, et ce n'est que consécutivement à une endo-périartérite que se produit la sclérose du myocarde ;

4° Cliniquement, la cirrhose du cœur se produit par des symptômes permanents qui sont : *a*. l'affaiblissement des systoles et du pouls coïncidant avec leur augmentation de fréquence et leur régularité ; *b*. l'existence d'une hypertrophie cardiaque progressivement croissante ; *c*. l'absence de tout bruit de souffle. Au nombre des symptômes inconstants, il faut ranger : la douleur du cinquième espace, l'arhythmie, la polyurie, les dédoublements. Les accidents asystoliques ne se montrent que tardivement, et sont traversés par des congestions pulmonaires souvent unilatérales, brusques et mobiles. La mort est la terminaison habituelle et survient en général dans les conditions de l'asystolie cardiaque si connue chez les valvulaires ;

5° L'enchaînement de ces symptômes s'explique facilement par les changements de texture que subit le cœur, et c'est parce que le myocarde des individus atteints d'affections valvulaires présente les mêmes altérations, que l'asystolie se montre identique.

La cirrhose du myocarde est la cause primordiale de l'asystolie.

6° Les causes dont l'influence pathogénique est certaine sont : l'alcoolisme, la néphrite interstitielle, le diabète, la goutte, peut-être le rhumatisme et l'athérome. Le saturnisme et le tabagisme ont une importance moins grande ; enfin, comme produisant la sclérose du myocarde d'une façon absolument certaine, nous citerons les affections valvulaires et surtout celles de l'orifice aortique.

7° Le diagnostic sera établi en se reportant aux signes rapportés plus haut ;

Le pronostic est très-grave, presque fatal.

8° Le traitement est surtout palliatif. Le régime lacté, la digitale, la morphine et l'iodure de potassium sont à peu près les seuls médicaments sur lesquels on puisse faire fond. (*Archives générales de médecine.*)

Luxation de l'épaule. — M. le docteur Charny recommande le procédé suivant lorsqu'on a à réduire une luxation de l'articulation scapulo-humérale, la tête de l'humérus se trouvant engagée en dessous de l'aisselle.

« Je fléchis, dit-il, le pouce de la main droite à angle droit, puis je le serre fortement avec les autres quatre doigts, en observant de faire appuyer l'extrémité du pouce sur l'annulaire ; il en résulte une cavité formée par le pouce et l'indicateur, dans laquelle j'introduis la tête de l'humérus ; j'applique en même temps la main gauche sur l'acromion ; ainsi disposé, je fais pratiquer l'extension et la contre-extension, pendant que de mon côté je pousse en haut la tête de l'humérus, qui avec une force médiocre ne tarde pas à rentrer dans la cavité glénoïde.

Par cette pression circulaire et uniforme, on a le grand avantage d'éviter que la luxation se produise en avant ou en arrière. (*Bull. de thérap.*)

ASSOCIATION FRANÇAISE

POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES.

Congrès de La Rochelle.

25 août 1882. — Séance de l'après-midi.

Luxation compliquée de fracture de côtes. — **M. VERNEUIL** lit un travail de M. Ramonat sur une luxation de l'épaule compliquée de fractures de côtes survenues par suite d'une chute dans un escalier, chez un homme de quarante-six ans. Au bout de peu de temps le malade se plaignait, malgré une bonne réduction de la luxation, d'une douleur croissante dans la région thoracique, d'une violente oppression et d'une toux assez vive. Le bras fut maintenu contre le thorax pour immobiliser les côtes, et l'opium fut administré pour combattre l'élément douleur. Dans les délais ordinaires, le malade sortait guéri.

L'intérêt de la communication de M. Ramonat réside surtout dans le mécanisme de la lésion, mécanisme dans lequel la tête paraît avoir fracturé les côtes.

Transfusion directe du sang. — **M. ROUSSEL** présente l'appareil dont il est l'auteur, et les modifications récentes qu'il lui a fait subir pour la transfusion directe du sang. Il a pratiqué jusqu'à ce jour, chez l'homme, 68 transfusions; il en fait connaître les résultats bons ou mauvais, succès et insuccès, ainsi que l'état des malades au moment où il les a opérés. Les observatious de M. Roussel ayant déjà paru dans la *Gazette des hôpitaux*, nous y renvoyons le lecteur.

Une très-longue discussion suit cette communication; nous la résumons brièvement.

M. GIRAUDEAU blâme le procédé de la saignée, car on n'est jamais sûr, dit-il, du point exact où l'on pique la veine ni de la profondeur où celle-ci est située.

M. HENROT critique la quantité de sang injectée par M. Roussel; il ne faut pas chercher à rendre à un malade tout le sang qu'il a perdu, cela n'est pas nécessaire. Il a fait plusieurs opérations de transfusion du sang, il a toujours injecté moins de 100 grammes. Il donne communication, à l'appui de son dire, de plusieurs observations; dans l'une d'elles-mêmes, il s'est borné à injecter seulement 30 grammes au lieu de 60, chiffre auquel il s'arrête ordinairement.

M. VERNEUIL déclare qu'il est de ceux qui pensent que la transfusion est une opération très-difficile et dangereuse dans un très-grand nombre de cas et qu'elle est inutile dans la grande majorité des cas. Le lait injecté produira les mêmes effets que le sang, car tout moyen capable d'exciter la paroi interne de l'arbre vasculaire donnera les mêmes résultats. M. Verneuil, dans les hémorrhagies considérables, a recours à 15 ou 20 grammes d'éther en injections sous-cutanées.

M. HENROT. Ce n'est pas chez les malades qui perdent brusquement beaucoup de sang que la transfusion est nécessaire, mais bien chez les individus épuisés par des hémorrhagies qui durent déjà depuis un certain temps. Il y a un état du sang où l'éther est inefficace. Du reste, en acceptant la théorie de M. Verneuil, le meilleur excitant de l'endothélium des vaisseaux est encore le sang, c'est-à-dire son excitant naturel. Si la transfusion est difficile à pratiquer, cependant elle ne doit pas être rejetée, car elle peut rendre parfois de véritables services.

M. ROUSSEL répond que l'opération n'est difficile que parce qu'on l'a mal faite et que l'on a donné un sang ayant perdu les qualités requises. Lorsqu'elle est convenablement pratiquée, les résultats en sont excellents.

Le scorbut chez un nourrisson de neuf mois. — **M. VERGER** présente une observation qui n'a d'intérêt que par l'âge du sujet, âge auquel il est excessivement rare de voir le scorbut se développer. Les muqueuses étaient décolorées, les gencives pâles et saignantes, les vomissements très-fréquents, la peau couverte de taches ecchymotiques, le derme induré en certains points. L'enfant a succombé.

Anémie chez les mineurs. — **M. DRANSART** (de Somain). Il résulte de l'observation personnelle de l'auteur et de celle de la grande majorité des médecins houilleurs du Nord et du Pas-de-Calais, consultés par lui à ce sujet :

1° Que l'anémie n'est pas plus fréquente chez les houilleurs que chez les ouvriers des autres industries;

2° Que l'anémie chez les mineurs est absolument identique à l'anémie qui sévit partout, et que, par conséquent, il n'existe pas une anémie spéciale dite anémie des mineurs ;

3° Que l'anémie chez les mineurs n'a pas une étiologie spéciale professionnelle; qu'exceptionnellement (2 fois sur 100 d'après les faits recueillis par l'auteur) l'air des mines peut être nuisible et cela dans le travail des galeries en cul-de-sac où la désoxygénation de l'air entrave l'anochémie de Fabre, et qu'enfin, tout en admettant la possibilité de l'anémie helminthiasique chez les mineurs, il y a lieu de faire bien des réserves sur la fréquence de cette anémie et d'attendre les résultats de l'observation d'un grand nombre de faits, sur six mineurs anémiques, l'auteur a observé deux fois l'ankylostome duodénal, et encore en proportion si faible qu'il n'est pas possible de lui imputer l'anémie. Dransart a vu l'ankylostome chez un sujet non mineur et non anémique.

La séance, ouverte à deux heures, est levée à cinq heures et demie du soir.

---

26 août 1882. — Séance du matin.

La cause du goître. — **M. JULES CARRET**, dans sa communication, se base sur des statistiques ayant trait à la nature géologique du terrain, à l'altitude, à l'orientation des localités contaminées. Il a déterminé une zone de maximum de fréquence du goître, laquelle, en Savoie, se trouve sur les versants méridionaux entre 1,000 et 1,100 mètres d'altitude, et sur les versants septentrionaux entre 400 et 500. Cette courbe est une isotherme du sol. Il signale des rapports inattendus entre la taille moyenne, la fréquence du goître et la température moyenne. Il est convaincu que le goître est causé par un microbe, qui vit dans le sol, qui se retrouve dans l'eau de l'alimentation et dont l'action n'est à craindre qu'à certaines époques de l'année. La prophylaxie consiste à n'user à ces époques que d'eau bouillie ou d'eau recueillie antérieurement dans des citernes.

M. DECÈS (de Reims) rappelle qu'à l'époque où la population de cette ville n'était alimentée que par l'eau des puits creusés dans la craie, le goître était d'une très-grande fréquence. Mais dès

1846, époque où des fontaines, recevant une eau de rivière, furent installées dans la ville, le goître diminua rapidement et finit bientôt par disparaître. Cette affection sévissait indistinctement chez les gens riches ou chez les ouvriers.

M. CARRET a constaté que les classes aisées étaient rarement atteintes, le bien-être de la vie étant une cause d'immunité du goître.

Prophylaxie de la phthisie pulmonaire. — M. ÉDOUARD LANDOWSKI (d'Alger). Les études de la tuberculose ont mis en évidence deux faits qui sont désormais acquis : 1° la tuberculose est inoculable ; 2° elle est contagieuse.

Les belles leçons du professeur Bouchard ont fait ressortir d'une manière remarquable l'importance de la nouvelle théorie du microbisme ainsi que la voie qu'il fallait suivre, tant au point de vue de la prophylaxie qu'à celui de la thérapeutique de la tuberculose.

Nous savons maintenant qu'il faut faire une distinction entre les tuberculeux et les phthisiques. Or, si les tuberculeux présentent un terrain sur lequel la thérapeutique peut avoir une action facilement salutaire, la cure devient bien autrement difficile quand la phthisie est déjà déclarée.

Il ressort de ce qui précède que pour prévenir la phthisie il faut pouvoir diagnostiquer la tuberculose dans sa période initiale, que Bayle a si justement appelée « période de germination ».

Le premier signe de la tuberculose consiste dans la respiration anomale. Hérard, Jaccoud, Lasègue, Peter, ont signalé les différentes modalités ainsi que l'importance diagnostique de la respiration anomale. Dernièrement, M. Grancher a traité cette question d'une manière remarquablement précise, en établissant la grande importance de l'inspiration basse et rude ainsi que de la respiration saccadée et affaiblie au point de vue du diagnostic de la période initiale.

Il va sans dire que ces signes n'ont toute leur importance qu'autant qu'ils sont localisés et permanents et autant qu'ils sont constatés chez des personnes n'ayant jamais été atteintes d'aucune maladie aiguë des voies respiratoires.

Les observations de M. Landowski (d'Alger) sont en concordance absolue avec cette manière de voir, et il considère que justement le diagnostic de la période initiale, basé sur les signes stéthoscopiques mentionnés plus haut, doit servir de base à la prophylaxie de la phthisie pulmonaire. Dès que la respiration anomale est constatée, il ne faut plus attendre pour prendre des mesures appropriées, tant hygiéniques que thérapeutiques.

Ici l'auteur passe en revue les différents moyens à employer, parmi lesquels la cure climatérique tient la première place, car elle met l'appareil respiratoire dans les meilleures conditions d'un bon fonctionnement.

Lésions du système nerveux dans le myxœdème. — M. HENRI HENROT (de Reims) fait une communication que nous résumons ainsi :

L'histoire clinique du myxœdème commence à se faire, grâce aux travaux de Gull, 1873 et 1877, Charcot, 1880, Ridel-Jaillard, 1881.

M. Henrot a publié en France, le 7 février 1877, la première observation d'un cas absolument typique, sous le nom d'hypertrophie générale progressive.

L'histoire anatomique n'est pas encore faite, on n'a publié jusqu'à ce jour que le résultat de trois autopsies.

Pour M. Henrot, le myxœdème ou hypertrophie mucoïde générale, progressive, est caractérisée :

1° Par un œdème mucoïde du tissu cellulaire sous-cutané et du tissu sous-muqueux ;

2° Par une hypertrophie mucoïde des membres supérieurs et inférieurs, de la mâchoire inférieure, de la langue, du corps thyroïde, des ganglions lymphatiques, du foie, de la rate, des reins, des os, du grand symphatique, du corps pituitaire et de la glande pinéale ;

3° Par l'atrophie du cœur, des vaisseaux, du système musculaire de la vie de relation, et de la partie des centres nerveux qui préside aux phénomènes de l'intelligence et des sens ;

4° Par une anémie profonde, donnant à la peau l'aspect de la cire, sans leucocythémie.

En un mot les sens végétatifs prennent une prépondérance absolue sur les centres de la vie de relation.

Pour M. Henrot, la lésion qui produit cette dégénérescence mucoïde générale du tissu conjonctif siège dans l'appareil hypophysaire, formé à la fois par une glande vasculaire sanguine et par l'anastomose supérieure des deux cordons du grand sympathique.

D'après une étude d'Owen, cet appareil est très-développé dans l'état embryonnaire, chez les animaux qui, comme les poissons, font normalement beaucoup de matière mucoïde.

M. Henrot conclut ainsi :

La maladie décrite sous le nom de myxœdème ou cachexie pachydermique semble essentiellement constituée par un retour à l'état embryonnaire du tissu conjonctif sous-cutané, sous-muqueux et interstitiel général, sous l'influence de l'hypertrophie des centres végétatifs et particulièrement du ganglion du grand sympathique et des glandes vasculo-sanguines qui y sont spécialement annexées, comme le corps pituitaire et la glande pinéale.

Étiologie de la variole hémorrhagique. — M. L.-H. PETIT donne lecture d'un long travail dont voici les conclusions :

Les altérations viscérales trouvées à l'autopsie des sujets morts de variole hémorrhagique doivent être considérées le plus souvent comme *causes* et non comme effets de cette forme de la variole. On pourrait en dire autant pour les autres formes dites *malignes* de cette affection et des autres affections médicales. Il convient toutefois de distinguer, dans ces altérations, entre celles qui sont anciennes (dégénérescences diverses, stéatose, sclérose, etc.) et celles qui sont récentes (hémorrhagies interstitielles).

Les lésions viscérales, causes ou effets d'un état morbide de l'organisme, agissent sur la variole comme sur les lésions traumatiques par les modifications imprimées au sang et aux tissus, les capillaires en particulier.

Parmi les sujets prédisposés à la variole hémorrhagique, on peut ranger ceux qui ont présenté auparavant des affections du foie, de la rate, du cœur, des reins et peut-être du poumon, ou des affections capables de produire des altérations de ces viscères : rhumatisme, scarlatine, paludisme, alcoolisme, grossesse, etc.

On ne sait pas encore quel profit la thérapeutique pourra tirer de ces données étiologiques, mais on pourra porter un pronostic lorsqu'un sujet, présentant les conditions morbides ci-dessus énumérées, contractera la variole. Il est très-probable que celle-ci prendra alors la forme hémorrhagique, sinon une autre forme grave.

M. ARMAGNAC (de Bordeaux) a observé la variole épidémique chez les Indiens, la mort en a toujours été la terminaison. Dès que la variole se déclarait dans un village, tous s'enfuyaient au plus vite pour ne revenir que lorsque l'individu ayant succombé, sa case et tout ce qu'elle contenait avait été détruit par le feu.

M. ROCHARD fait observer que presque tous les peuples sauvages en sont là. En Cochinchine, avant l'arrivée des Français, un tiers des enfants était emporté par la variole ; mais depuis l'introduction de la vaccine, cette maladie est en voie de régression. Il en est de même au Cambodge, dont tous les habitants réclament d'être vaccinés.

M. PAUL LANDOWSKI, pendant son séjour au milieu des Mongols et des Tougouz, a vu des tribus entières disparaître sous les atteintes d'épidémies varioliques.

M. RIVIÈRE rappelle aussi que la variole seule ne fait pas fuir le sauvage, mais que le docteur Crevaux a rapporté ce fait que certains Indiens de la Guyane s'enfuient, par crainte de la contagion, dès qu'ils entendent un Européen tousser ou éternuer.

M. EDWARD LANDOWSKI a remarqué que beaucoup d'Arabes restaient grêlés, mais ne succombaient pas à la variole grâce à ce que la vaccine est depuis très-longtemps en usage chez eux, même

avant Jenner. Ils s'inoculent avec le virus variolique sur le lobule de l'oreille.

M. VERNEUIL. La malignité dans les maladies infectieuses comprend deux faits : 1° l'intensité du poison; 2° le degré de résistance de l'empoisonné. Toute population atteinte pour la première fois est fatalement décimée.

M. LEUDET a relevé tous les cas de variole déclarés à Rouen depuis 1854 ; la fréquence des cas hémorrhagiques ne différait pas beaucoup dans les épidémies.

M. AUGUSTE VOISIN. Les paysans des environs de Paris qui étaient venus se réfugier à Paris pendant le siége de 1870-1871 se refusaient à se faire vacciner à une époque cependant où la variole sévissait cruellement; il fallait parfois les poursuivre jusque dans les caves, où ils se cachaient, pour les vacciner.

Tumeur kystique du sein. — **M. DUPLOUY** présente un homme d'une cinquantaine d'années atteint d'une tumeur du sein qu'il croit être un sarcome, fait assez rare chez l'homme, ou tout au moins une tumeur kystique derrière laquelle il y aurait du sarcome.

M. VERNEUIL le considère comme une tumeur probablement kystique.

M. DUPLOUY fixa dans l'intervalle des deux séances une ponction exploratrice afin d'éclairer le diagnostic exact.

Traitement de l'asphyxie par submersion. — **M. A. VOISIN** lit un mémoire qui se termine par les conclusions suivantes :

1° Une première et importante conclusion découle de ces faits, c'est la certitude à peu près absolue de rappeler à la vie des individus ayant fait sous l'eau ou entre deux eaux un séjour de quelques secondes à cinq minutes. Ceci constitue un grand progrès, car auparavant nous ne les sauvions guère dans Paris, après trois minutes passées dans l'eau, et, de plus, les documents anglais de la *Life humane Society* apprennent que le terme de cinq minutes est un terme extrême, sauf de très-rares exceptions ;

2° En second lieu, je suis arrivé à rappeler à la vie des individus ayant séjourné sous l'eau ou entre deux eaux plus de cinq minutes, jusqu'à vingt minutes.

3° Et ces résultats sont obtenus non-seulement sur des individus en syncope, mais encore sur des asphyxiés à la face et aux lèvres violacées, à la bouche ouverte et aux muscles masséters flasques ;

4° Je crois devoir ces résultats heureux à une installation excellente qui permet d'appliquer dans toutes ses règles la méthode de Sylvester, à des appareils caléfacteurs au moyen desquels on peut rappeler la chaleur sur toute la surface du corps du noyé ; à l'installation dans les pavillons de secours d'une baignoire et d'un appareil à douches froides ; à la possibilité de maintenir le patient dans son lit, pendant un nombre d'heures suffisant, après son rappel à la vie, et enfin à la faculté d'avoir un personnel discipliné, instruit et toujours prêt ;

5° Je souhaite, en dernier lieu, que les municipalités de villes maritimes ou riveraines de fleuves et de rivières installent des pavillons de secours aux noyés, semblables à ceux de Paris.

Résultats de la résection pathologique du poignet. — Nous résumons ainsi le très-important mémoire, sur cette question, de M. Nepveu.

Les statistiques opératoires n'ont guère en vue que le *percentage* de la mortalité et l'étude des résultats fonctionnels. On doit demander plus quand il s'agit d'opération pour cause pathologique.

Que devient l'affection primordiale ou la diathèse, cause initiale de la lésion pour laquelle le chirurgien a cru devoir intervenir? A-t-elle reculé? A-t-elle disparu? Est-elle devenue plus entreprenante? Quel est, en un mot, le *résultat thérapeutique?*

Ce n'est qu'au prix d'une enquête sérieuse sur les résultats ultérieurs éloignés de telle ou telle opération qu'on peut avoir une statistique intégrale.

M. Nepveu applique ces données à une soixantaine d'observations qu'il a recueillies dans la littérature médicale depuis la thèse de Follet (Paris, 1867).

Sur ces soixante opérés, il trouve une mort par pyémie ;

Deux morts rapides par méningite et pleurésie tuberculeuse au quinzième jour ;

Six amputations pour récidive de l'affection articulaire ;

Vingt et un résultats fonctionnels mauvais ou médiocres ;

Onze morts de phthisie survenues malgré l'opération dans un délai de six mois à quatre ans.

Au résumé, sur soixante opérés, quarante et un insuccès.

Ces résultats doivent rendre très-réservé le chirurgien opérateur, surtout lorsque d'autre part le traitement rationnel de la diathèse et le traitement conservateur de la tumeur blanche du poignet par l'immobilité, la compression et la révulsion produit assez souvent des résultats très-favorables.

La séance, ouverte à huit heures du matin, est levée à onze heures et demie.

Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Woillez, membre de l'Académie de médecine et médecin honoraire de la Charité. — Ses obsèques auront lieu mardi, 5 septembre, à midi très-précis, en l'église de la Trinité.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 13317.

N° 103. — JEUDI 7 SEPTEMBRE 1882. 55e ANNEE. JEUDI 7 SEPTEMBRE 1882. — N° 103.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE.	3 mois : **8** fr. **50.**	— 6 mois : **16** fr.	— 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. .	3 mois : **10** fr. ».	— 6 mois : **18** fr.	— 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Depuis l'impulsion donnée par les travaux de M. Pasteur à la recherche des microbes et des bactéridies des maladies virulentes des animaux, médecins et chirurgiens se sont mis à l'envi à rechercher de leur côté les microbes des maladies virulentes de l'homme. Il semblait que la syphilis, entre toutes, dût exciter surtout l'intérêt des expérimentateurs. L'idée d'un agent causal spécial figuré dans la syphilis et même dans la blennorrhagie avait germé depuis longtemps déjà dans les esprits naturellement enclins aux hypothèses, mais elle était toujours restée jusqu'ici dans le domaine de la spéculation pure. Il fallait en aborder la démonstration par la voie expérimentale. Les recherches faites jusqu'à ce jour, tant en Allemagne qu'en France, ont été frappées de stérilité par le défaut des deux seuls procédés positifs de démonstration, la culture des germes et leur inoculation.

Après avoir recherché vainement les bactéridies, à l'exemple de quelques-uns des expérimentateurs qui l'ont précédé dans cette voie, soit dans le sang, soit dans l'infiltrat syphilitique qui constitue le chancre infectant, les syphilides papuleuses, l'hypertrophie amygdalienne, M. le docteur Martineau, convaincu de la défectuosité de cette méthode, a entrepris avec le concours de M. Hamonic, interne des hôpitaux, une série de recherches sur la bactéridie syphilitique et sur l'évolution de la syphilis chez les animaux, d'après un procédé dont la description fait le sujet du mémoire dont il a donné lecture hier à l'Académie. Il croit, à l'aide de ce procédé, être arrivé à la solution du problème cherché. L'exposition de ce procédé et des résultats provisoires qu'il en a obtenus nécessiterait des développements que nous ne pourrions lui donner dans ce moment. Mais comme ce sujet est assez important par lui-même et que la manière dont il est traité dans cette première communication paraît de nature à soulever des doutes et des objections, nous lui consacrerons une place spéciale dans notre prochain numéro.

Deux autres lectures, toutes deux relatives à la fièvre typhoïde, ont, avec celle de M. Martineau, défrayé cette séance : la première, de M. le docteur Duboué (de Pau), a pour sujet l'efficacité du seigle ergoté dans le traitement des formes graves de cette affection; la seconde, de M. le docteur de Pietra Santa, a pour objet spécial l'étude de l'étiologie de la fièvre typhoïde. On trouvera un résumé de ces deux mémoires dans le compte rendu.

Au début de la séance, M. le président a annoncé à l'Académie la nouvelle perte regrettable qu'elle vient de faire tout récemment dans la personne de M. Woillez, membre titulaire de la section de pathologie médicale. M. Henri Roger, dans le discours prononcé aux obsèques et dont il a donné lecture en séance, aux applaudissements de l'assemblée, a fait ressortir, en excellents termes, les titres scientifiques si connus de M. Woillez, le caractère spécialement positif de ses travaux tout d'observation, et ses qualités privées qui lui avaient acquis une estime et une sympathie si générale parmi tous ses confrères ainsi que tous ses collègues de l'Académie. Celui qui écrit ces lignes a été à même d'apprécier par ses relations intimes avec lui tout ce qu'il y avait d'honnête, de bon et d'aimable dans cette nature dont la modestie semblait faire le fond.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Verneuil.

I. Tumeur du sein. — II. Tuberculose testiculaire, trajets fistuleux, traitement chirurgical par la cautérisation ignée, sans castration.

Nous avons aujourd'hui deux opérations à pratiquer, la seconde surtout assez intéressante et dont je vous parlerai un peu plus longuement.

I. La première consistera dans l'ablation d'une tumeur du sein, chez une femme toute jeune encore, d'une belle carnation, d'une forte constitution. La tumeur est bénigne, sans aucun retentissement sur l'organisme; c'est ce que Astley Cooper a appelé une tumeur mammaire chronique, ce que Velpeau a désigné sous le nom de tumeur adénoïde, et que nous appelons aujourd'hui une tumeur hypertrophique simple de la glande mammaire.

Aussi une pareille tumeur est-elle de celles qui n'exigent

qu'une ablation partielle du sein, une simple énucléation, et qui permettent la suture immédiate avec drainage de la plaie. Vous voyez que je ne suis pas l'ennemi acharné, comme on l'a quelquefois prétendu, de cette suture immédiate; je l'emploie au contraire volontiers quand elle ne me paraît offrir aucun danger.

La situation de la tumeur à la partie inférieure de la mamelle gauche est aussi des plus favorables à l'incision et nous permet de la pratiquer tout à fait à la partie déclive du sein, de telle sorte que la cicatrice se faisant pour ainsi dire au niveau de l'insertion du sein avec le thorax, se trouve à peu près complètement masquée. C'est là encore une des conditions à remplir, autant que possible, chez les jeunes femmes surtout, afin de leur conserver la beauté des formes.

II. La seconde opération que j'aurai à faire est une de celles que depuis longtemps déjà je cherche à préconiser le plus possible; il s'agit du traitement chirurgical du testicule tuberculeux, traitement quelquefois mis en doute par certains chirurgiens.

Le plus souvent les tubercules du testicule se ramollissent, forment des abcès, lesquels, après évacuation incomplète du pus, restent fistuleux pendant longtemps. Ce n'est pas qu'au bout de quelques mois le liquide purulent soit abondant, mais il se fait un suintement continu. Par suite les téguments du scrotum incessamment baignés par un liquide irritant, s'enflamment, s'ulcèrent; bref, la suppuration qui s'ensuit, entre autres inconvénients, est une gêne continue. Dans quelques cas le suintement peu abondant et purement séreux est moins pénible pour les malades et leur permet de continuer à vaquer à leurs occupations habituelles sans trop de difficultés.

En tous cas les cataplasmes et les pansements ordinaires sont d'une médiocre utilité, l'état morbide persiste, une suppuration prolongée continue et vous avez une recrudescence des phénomènes inflammatoires.

C'est alors que l'on a proposé de pratiquer la castration, ou, comme Malgaigne, la résection partielle du testicule. Cela me rappelle la discussion qui eut lieu à ce sujet à l'Académie de médecine, discussion dans laquelle nombre de chirurgiens déclarèrent préférer la castration à une opération qui ne pouvait servir qu'à peu de chose, tandis que d'autres chirurgiens prétendirent qu'il valait mieux ne rien faire du tout. Au milieu des diverses mesures tour à tour proposées, une autre pratique chercha à s'insinuer: je veux parler des injections irritantes, des injections iodées à travers le trajet des fistules scrotales. Bonnet (de Lyon) avait réhabilité aussi une pratique ancienne, l'introduction d'une substance caustique dans les trajets fistuleux, telle que la pâte de Canquoin, afin de déterminer une inflammation franche, la formation d'une eschare et l'élimination de la matière tuberculeuse suivie bientôt d'une bonne cicatrisation.

C'est en m'inspirant de la pratique de Bonnet que je suis arrivé au procédé que j'exécute depuis une quinzaine d'années, m'efforçant de le préconiser le plus possible.

Un jour, alors que j'étais à Lariboisière voisin de mon collègue des hôpitaux M. Cusco, un jeune, grand et beau garçon, entré dans son service pour une tuberculisation testiculaire, avait été opéré avec succès par la castration et parfaitement guéri. Mais à quelque temps de là le second testicule avait été pris à son tour; aussi, effrayé de songer qu'il lui faudrait subir peut-être une opération semblable et perdre ainsi tous les attributs de la virilité, ce garçon vint me consulter, anxieux de la réponse que j'allais lui faire, l'air sombre, l'esprit profondément chagrin.

Dans l'ancienne Rome les individus privés de testicules trouvaient encore à s'occuper; dans la Rome moderne, ces mêmes hommes pouvaient encore trouver un emploi à la chapelle Sixtine; aujourd'hui il n'en est pas ainsi et chacun tient si bien à ses testicules que plus d'un s'est suicidé pour avoir perdu lesdits organes. Cela me rappelle un mot de Robert disant que l'excision partielle d'un testicule avait cet heureux effet que l'organe n'ayant pas complètement disparu, l'individu opéré conservait tout au moins un testicule moral et croyait par là encore à toute sa virilité.

Je proposai donc à l'ancien malade de M. Cusco une opération partielle, sans gravité, et j'employai une petite tige de fer, rougie au feu, que je portai sur les nodosités jusqu'au centre de la glande. Une inflammation assez vive en résulta, puis il y eut détersion des eschares, sortie de la matière tuberculeuse et conservation du testicule. Il est vrai que celui-ci ne valait plus rien au point de vue fonctionnel, mais il restait dans son scrotum, et l'effet moral était produit.

Il y a quinze ans, j'ai eu aussi l'occasion de soigner de la même façon un petit enfant d'un an présentant des fongosités testiculaires, formant une masse champignonnée considérable. J'avais parlé de la castration, le père désolé s'y était refusé absolument. Je fis alors des cautérisations semblables aux précédentes avec de petites tiges de fer rouge. Le résultat a été parfait. J'ai revu dernièrement l'enfant devenu jeune homme.

Depuis lors j'ai eu de nombreux succès; dernièrement encore j'ai opéré de la même façon un habitant de Montargis qui va parfaitement bien maintenant.

C'est donc le même procédé que je vais employer aujourd'hui chez le malade qui est dans nos salles pour une affection tuberculeuse du testicule avec trajets fistuleux.

Il est bien entendu que cet individu sera infécond comme il l'est déjà du reste dès maintenant, mais de l'opération son moral retirera une impression salutaire en ce sens que, lui aussi, il se fera illusion, et, conservant un testicule moral, il conservera aussi toute foi dans sa virilité.

Mais la cautérisation des trajets fistuleux n'a pas seulement que cet important résultat, elle a aussi l'avantage, non moins grand peut-être, de ne pas laisser trop longtemps suppurer les tubercules, de ne pas laisser par suite la tendance toujours si grande de cette maladie à se propager et s'étendre à d'autres points de l'économie. En effet, si l'on avait toujours dès le début le moyen de détruire les foyers tuberculeux, on aurait grande chance d'éviter la généralisation de cette affection. La destruction précoce, hâtive, de la tuberculose est donc une très-bonne pratique.

Après avoir bien reconnu la direction des trajets fistuleux, on porte sur les points malades le thermo-cautère, après quoi l'on recouvre les parties de compresses d'eau blanche. La guérison survient généralement dans l'espace de cinq ou six semaines.

HOPITAL LAENNEC. — M. Ferrand.

La tolérance et l'intolérance du tartre stibié.

Comme vous le savez, le tartre stibié, dont je veux aujourd'hui vous parler au point de vue de la tolérance et de l'intolérance de l'économie, est un sel double d'antimoine, dont

les propriétés sont celles de toutes les préparations antimoniales. Je ne vous rappellerai pas ici ses caractères chimiques, et j'ai hâte d'aborder immédiatement ses effets physiologiques.

Lorsque l'on administre le tartre stibié, ou l'émétique, comme on l'appelle encore, soit à un malade, soit à un individu bien portant, on remarque tout d'abord des effets topiques toujours les mêmes, qu'il soit en contact avec la peau ou avec la muqueuse gastrique.

Si on l'applique sur la peau sous forme de poudre ou sous la forme de pommades et en frictions, il détermine une irritation spéciale, bientôt suivie d'une éruption pustuleuse apparaissant sur les points qui ont été touchés par le tartre stibié. Si on l'administre à l'intérieur à dose tant soit peu élevée ou tant soit peu prolongée, alors on voit se développer sur la base de la langue, sur les piliers du voile du palais et surtout sur la muqueuse qui tapisse la partie postérieure du pharynx, des pustules analogues. Puis, sur l'estomac, il détermine une certaine irritation, une excitation de la muqueuse avec laquelle il est en contact, une sécrétion plus considérable; il agit aussi de la même façon sur les glandes annexes de cet organe, sur le foie notamment. De là un afflux de liquide biliaire dans le tube gastro-intestinal. L'effet produit dans l'estomac se continue dans l'intestin; ceci ne saurait laisser aucun doute, car, chez les individus qui succombent à un empoisonnement par l'émétique, on constate la présence d'ulcérations plus ou moins considérables, développées directement ou ayant succédé à une éruption pustuleuse de la muqueuse intestinale. De même, lorsque le tartre stibié est administré à doses thérapeutiques prolongées, on observe un degré plus ou moins avancé d'entérite, parfois aussi des ulcérations de la muqueuse intestinale, ainsi qu'une sécrétion plus abondante.

De ces faits, il résulte donc que l'émétique, lorsque son action est superficielle, détermine une certaine irritation des muqueuses et une sécrétion exagérée, tandis que; si son action est profonde, elle produit une inflammation, si elle est prolongée, elle entraîne la formation d'ulcérations; enfin elle donne lieu aux accidents les plus graves dans les cas d'intoxication.

Telles sont les altérations topiques que l'on peut observer sur le tube gastro-intestinal, lorsque le tartre stibié est donné à dose un peu élevée.

Il faut distinguer, dans les usages thérapeutiques de l'émétique, les effets produits selon le mode d'administration auquel on a recours, c'est-à-dire selon qu'on donne ce médicament à dose purgative, à dose vomitive ou à dose altérante.

A dose purgative? On le donne en lavage, c'est-à-dire très-étendu d'eau, afin d'obtenir de l'organisme une tolérance particulière (5 ou 10 centigrammes). Dans ces conditions l'émétique, étant très-fractionné, très-dilué, n'exerce plus une irritation topique sur la muqueuse gastrique, il n'amène plus ni nausées ni vomissements, mais il est absorbé par elle, ou plutôt il passe dans l'intestin et se trouve absorbé tout le long du tube gastro-intestinal, c'est-à-dire sur une surface très-étendue, et détermine une excitation sécrétoire des glandes de l'intestin et des glandes annexes. De là un flux sécrétoire plus ou moins grand et des selles diarrhéiques plus ou moins nombreuses et abondantes. Vous n'avez pas, dans ce cas, de pustulation ni d'irritation inflammatoire de la muqueuse, mais bien seulement une action sécrétoire.

A dose vomitive? L'émétique, tout en étant donné en quantité semblable, soit 5 ou 10 centigrammes également, n'est plus dilué dans une grande masse liquide, mais il est administré soit dans une cuillerée d'eau, soit dans du pain à chanter. Aussi, en arrivant, dans ces conditions, en contact avec la muqueuse, il produit une certaine irritation, d'où les nausées et les vomissements. M. Mialhe a pensé qu'à son arrivée dans l'estomac l'émétique se décomposait en présence de l'acide chlorhydrique et se transformait en chlorure d'antimoine. Cette explication ne me paraît pas très-satisfaisante, parce qu'alors nous devrions avoir, en présence d'un caustique aussi violent que cette dernière substance, des accidents d'une haute gravité. On s'est préoccupé aussi de savoir si les vomissements ne s'expliqueraient pas par l'action du tartre stibié sur le système nerveux. La question est difficile à résoudre. Il est certain que si on injecte cette substance sous la peau d'un animal, on détermine, bien que l'estomac soit dans ce cas hors de cause, des nausées et des vomissements. Cependant l'élimination de l'émétique se fait par le foie, par les glandes de l'intestin et la muqueuse stomacale; de telle sorte que les vomissements pourraient résulter encore de l'action de ce médicament sur cette muqueuse à sa sortie.

Quoi qu'il en soit, les vomissements s'accompagnent d'une réaction sympathique générale, de phénomènes particuliers, de palpitations plus ou moins intenses, suivies bientôt d'une dépression cardio-vasculaire considérable, d'un ralentissement dans la circulation, de l'inertie relative des gros vaisseaux, de l'afflux du sang sur les parties centrales, de la pâleur et des refroidissements des extrémités, d'une sorte d'horripilation, de chair de poule, etc. Du côté du poumon, on observe un ralentissement de la respiration, une sédation de la circulation intra-pulmonaire, une tension du sang des gros vaisseaux, une sécrétion assez intense, une expectoration plus facile et plus abondante, etc.

Tels sont les résultats généraux et fonctionnels qui caractérisent l'intolérance du tartre stibié. Les conséquences de son administration sont : 1° un effet de spoliation produit par les évacuations de l'intestin, de l'estomac, et par les sécrétions sudorales; 2° un effet révulsif caractérisé par l'irritation de la muqueuse de l'estomac et de l'intestin, ou par une simple turgescence active de la muqueuse gastro-intestinale; 3° un effet de perturbation résultant de l'action que je viens d'indiquer, suivi bientôt d'un effet de sédation, c'est-à-dire le calme après la tempête.

Nous arrivons maintenant à l'emploi du tartre stibié à dose altérante. Cette action peut se produire de deux façons : 1° en administrant le médicament à dose légère et fractionnée; 2° à haute dose.

A dose fractionnée, il produit un trouble sécrétoire modéré, une légère perturbation nutritive sur les tissus par le déplacement des afflux sanguins et par une modification de l'action nerveuse sur le tube digestif. Cette altération est manifeste, elle entraîne une assimilation plus active, elle améliore la nutrition générale et détermine un certain embonpoint.

A haute dose, l'action altérante de l'émétique est plus marquée. C'est là surtout que le médecin devra chercher à combattre l'intolérance plus grande résultant des doses plus élevées du médicament. Ces doses, que l'on appelle encore contra-stimulantes, varient entre 25 et 50 centigrammes, que l'on donne dans une potion composée de façon à en éviter le goût nauséeux, notamment dans une potion dé-

modée contenant aussi de l'eau de fleur d'oranger ou de l'eau de menthe.

Pour prévenir la pustulation du pharynx au contact du tartre stibié, un moyen à peu près infaillible, c'est de prescrire aux malades de se rincer la bouche, après chaque cuillerée de potion, avec une eau alcaline.

Enfin, je le répète, contre l'intolérance de l'estomac, ce sont surtout les cordiaux et l'opium; ce dernier a aussi l'avantage de calmer l'impressionnabilité du système nerveux.

La tolérance de l'intestin et de l'organe hépatique est plus difficile à obtenir, car on ne peut pas agir directement sur eux, et la diarrhée est souvent tellement abondante, que l'on est forcé, à un moment donné, de suspendre complètement l'emploi de l'émétique, soit qu'il détermine une action directe, soit qu'il se produise une action de retour. La tolérance intestinale est donc plus difficile, surtout lorsque le tartre stibié est administré d'une façon prolongée, comme cela a lieu quelquefois chez les phthisiques fébriles.

Une autre intolérance que je ne dois pas omettre non plus de signaler, c'est celle des reins. L'émétique, en effet, détermine quelquefois des accidents néphritiques, tels qu'une albuminurie légère, passagère, il est vrai, mais dont il faut néanmoins savoir tenir compte, car elle n'est jamais absolument innocente.

SUR LA GUÉRISON DU DIABÈTE SUCRÉ

Par M. le docteur G. Felizet.

(Note présentée à l'Académie des sciences.)

Mes premières recherches sur ce sujet remontent à 1877. J'ai actuellement quinze observations de diabète traité avec succès par le bromure de potassium.

C'est en m'inspirant des expériences mémorables dans lesquelles Claude Bernard parvint à reproduire, en 1849, le diabète, ou plutôt la glycosurie, chez les animaux, que j'ai tenté d'obtenir la guérison complète d'une maladie réputée à peu près incurable. J'ai l'espoir d'apporter une confirmation clinique aux idées que le grand philosophe français avait conçues, dans une intuition de génie, sur la nature nerveuse du diabète.

En fait, mon travail n'est que la contre-partie de l'expérience fondamentale de Claude Bernard. Il a montré comment l'irritation d'une zone déterminée du bulbe rachidien exaspère la fonction glycogénique du foie et produit la glycosurie. Mes expériences m'ont permis d'enrayer cette glycosurie artificiellement produite chez les animaux. Les observations dont cette note résume les résultats, en montrant que le médicament qui supprime la glycosurie en quelques heures guérit également le diabète en quelques semaines ou quelques mois, ces expériences et ces observations permettent d'affirmer qu'il existe un lien entre la glycosurie artificielle, le diabète intermittent et le diabète avéré, et que ce lien, c'est l'irritation du bulbe.

Ce n'est donc pas en masquant la maladie par la soumission aux sévérités d'un régime exempt de pain, de féculents, de sucre, etc., etc., qu'on arrive à la guérir, mais en tarissant la source même de la production du sucre, c'est-à-dire en supprimant l'irritation du bulbe rachidien.

Le bromure de potassium, par l'action élective de sédation qu'il exerce sur les fonctions du bulbe, supprime les effets de cette irritation avec une rapidité parfois surprenante : par doses massives et soutenues, il guérit le diabète.

Les tableaux graphiques qui sont joints à mon mémoire montrent les courbes de la décroissance du sucre sous l'influence du bromure ; ils font voir, en outre, l'espèce d'antagonisme qui existerait entre les quantités respectives de la glycose et de l'urée ; ils fournissent ainsi, dans la question encore si obscure des combustions et des échanges, les éléments d'une solution à l'un des problèmes les plus curieux de la machine animale.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 septembre 1882. — Présidence de M. Bouley.

CORRESPONDANCE

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Bos, médecin aux Messageries maritimes, qui remercie l'Académie pour la récompense qu'elle lui a décernée ;

2° Une lettre de M. Albert Calmette, étudiant en médecine à l'hôpital de Brest, qui adresse un pli cacheté contenant l'exposé d'une invention dont il est l'auteur.

PRÉSENTATION

M. Gosselin présente, au nom de M. le docteur Abeille, une observation d'ostéo-myélite spontanée aiguë du tibia gauche avec myélite suppurante, compliquée d'arthrite aiguë suppurante du coude droit, suivie de guérison. (Renvoyée à l'examen d'une commission composée de MM. Verneuil, Legouest et Gosselin.)

M. le Président annonce la nouvelle perte que vient de faire l'Académie dans la personne de M. le docteur Woillez, l'un de ses membres titulaires dans la section de pathologie médicale.

Sur l'invitation du président, M. H. Roger donne lecture du discours prononcé sur la tombe de Woillez au nom de l'Académie.

RAPPORTS

M. Constantin Paul, au nom de la commission des eaux minérales, lit deux rapports favorables sur des demandes en autorisation d'exploiter des sources nouvelles.

Ces conclusions sont adoptées.

LECTURES

Traitement de la fièvre typhoïde par l'ergot de seigle. — **M. Hervieux** donne lecture, au nom de M. le docteur Duboué (de Pau), membre correspondant de l'Académie, d'une note sur le traitement de la fièvre typhoïde par l'ergot de seigle. Cette note a pour objet de faire connaître les résultats auxquels M. Duboué est arrivé en traitant la fièvre typhoïde par l'ergot de seigle, moyen qui n'est pas compris parmi ceux qui ont fait l'objet de la lecture récente de M. Vulpian. A ses premiers essais, qui remontent à plus de sept années, M. Duboué a joint de nouvelles observations et il est arrivé ainsi à un chiffre total qui lui a permis de tirer des conclusions utiles. La gravité extrême que revêt la maladie dans certains cas, l'insuffisance, dans la plupart de ces cas, des moyens mis en usage jusqu'à ce jour, l'innocuité du médicament et surtout celle des doses peu élevées qu'il n'a jamais dû dépasser et qui lui ont paru cependant largement suffire à l'immense majorité des cas de la pratique ; tout, dit-il, doit engager à essayer cette nouvelle médication. Il ajoute être arrivé à cette conviction : que l'ergot de seigle est, jusqu'à ce jour, le médicament le plus efficace, pour combattre toutes les formes et surtout les formes les plus graves de la fièvre typhoïde. Il en avait essayé auparavant beaucoup d'autres et aucun ne lui avait donné des succès aussi évidents ni aussi aussi nombreux.

Bactéridie syphilitique. — **M. Martineau**, en son nom et au nom de M. Hamonic, interne des hôpitaux, donne lecture d'un mémoire qu'ils ont fait en commun sur la bactéridie syphilitique et sur l'évolution syphilitique chez le porc. (Voir le Premier-Paris.) (Comm. MM. Bouley, Lancereaux et Fournier.)

La fièvre typhoïde à Paris. — M. le docteur DE PIETRA SANTA lit sous ce titre un mémoire dans lequel il commence par étudier les deux principales théories admises aujourd'hui sur l'étiologie de la fièvre typhoïde : la théorie anglaise de l'origine fécale de l'*enteric fever* et la théorie française qui soutient que les causes les plus diverses peuvent donner naissance à des épidémies de fièvre typhoïde. L'auteur combat la doctrine anglaise de l'unicité étiologique de la fièvre typhoïde, en s'appuyant principalement sur les observations de nos médecins militaires qui considèrent cette affection comme étant toujours sous la dépendance d'un faisceau d'influences les plus diverses, agissant sur des sujets spécialement prédisposés par leur âge, arrivant de la campagne et non encore acclimatés au séjour des grands centres de population, agglomérés enfin de façon à tomber sous le coup de l'encombrement et de l'auto-infection.

M. de Pietra Santa formule ainsi cette opinion :

« En résumé, la multiplicité des influences typhoïgènes, leur accumulation dans les épidémies à évolution rapide et à mortalité considérable, et enfin leur dissociation dans les groupes humains soustraits au milieu morbifique indiquent clairement que la cause de la fièvre typhoïde est *inconsistante* et *décomposable*, et que dans la généralité des cas elle ne se synthétise pas en un agent *unique*, *préformé*, offrant les attributs de causes exclusives ou spécifiques. »

L'enquête minutieuse faite par l'auteur au moyen de documents fournis pour les bureaux d'hygiène et de statistique médicale des diverses capitales de l'Europe a mis en relief les faits suivants :

1° L'existence dans tous les grands centres de population d'une fièvre qui, malgré les dénominations diverses qu'elle reçoit dans ces différents pays, possède une physionomie spéciale et caractéristique dite l'*état typhique ou typhoïde*.

2° La recrudescence, à des époques variables (entre le mois de juillet et de novembre), de la maladie qui existe partout dans des conditions d'endémicité, recrudescences parfois assez notables pour prendre les apparences d'une véritable épidémie.

3° La diminution constante et progressive de l'état endémique de la fièvre typhoïde, en nombre et en gravité, au fur et à mesure que les grands travaux d'assainissement et d'hygiène générale ont reçu un développement plus considérable et plus intelligent (Londres, Turin, Munich, Zurich, Dantzik, Breslau, etc.)

A Paris, depuis plusieurs années, la fièvre typhoïde prend des proportions de plus en plus inquiétantes.

La proportion des fièvres typhoïdes, par rapport à la mortalité générale (pour toutes causes) qui était de 1865 à 1867, de 1,90 pour 100 décès, est, en 1875, de 2,30 pour 100 et en 1876 de 4,08.

Le nombre des décès typhiques a été de 1,056 en 1880, de 2,130 en 1881, et de 989 pendant le premier semestre 1882, ce qui représente une proportion de 4,60 décès typhiques par 100 décès généraux.

Les statistiques médicales, fournies par la préfecture de la Seine et par le Conseil d'hygiène et de salubrité, démontrent :

1° Que c'est régulièrement dans les mois d'août et de novembre que la fièvre typhoïde fait le plus de victimes à Paris ;

2° Que la distribution de la fièvre typhoïde est inégale dans les divers arrondissements ;

3° Qu'il n'existe pas de rapport direct et constant entre le chiffre des décès par fièvre typhoïde et les chiffres de la population de l'arrondissement, de sa superficie, de sa densité de population, de sa mortalité générale.

En résumé, dit en terminant M. de Pietra Santa, la statistique médicale vient à l'appui de l'observation clinique pour démontrer l'impossibilité de rattacher la fièvre typhoïde à une cause unique, l'origine fécale de l'école anglaise. (Comm. MM. Gueneau de Mussy, Jaccoud et Besnier.)

La séance est levée à cinq heures.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES.

Congrès de La Rochelle.

26 août 1882. — Séance du soir. — Présidence de M. AZAM.

Sur un cas de gangrène du pied. — M. LECLER communique une observation de gangrène du pied traitée par le thermocautère. Il s'agit d'un individu qui avait eu une fièvre typhoïde grave en 1875 et qui, depuis cette époque, éprouvait constamment une sensation de froid dans les pieds. Néanmoins il jouissait d'une très-bonne santé, lorsque, au mois de février dernier, il se plaignit pour la première fois d'une douleur dans le gros orteil du pied droit, douleur accompagnée d'une légère augmentation de volume. Tout d'abord on eut recours aux cataplasmes belladonés, puis à une incision de la tumeur, incision qui donna issue à un pus sanieux, absolument inodore et détermina une certaine amélioration. Cependant, le 26 mars, les premiers accidents de gangrène se montrèrent et furent traités par le thermocautère et les bains locaux phéniqués. Le 11 avril, le froid du pied malade augmenta et les orteils revêtirent une teinte grise ; le 16, M. Lecler ouvrait un petit abcès qui s'était formé à la région dorsale du pied ; le 30, il était forcé de faire avec le thermocautère l'ablation des métatarsiens ; une amélioration notable suivit cette opération. Néanmoins dans le courant du mois de mai une plaque gangreneuse se formait encore sur le dos du pied, mais elle fut heureusement limitée par un sillon environnant complètement les parties sphacélées. Peu de temps après, M. Lecler réséquait les fragments nécrosés des cunéiformes et du cuboïde, et le 21 juin le malade commençait à pouvoir se lever. Depuis lors, l'amélioration a fait des progrès considérables, et le malade marche maintenant avec des béquilles.

M. HENROT rapporte une observation présentant une grande analogie avec celle qui précède. Un homme de quarante ans, fort, vigoureux, d'une vie très-régulière, nullement alcoolique ni syphilitique, avait eu autrefois un rhumatisme articulaire duquel il avait conservé un gonflement assez notable de l'articulation tibio-tarsienne pour avoir nécessité, à un moment donné, l'application de quelques pointes de feu. Enfin, après deux ou trois saisons à Aix, il s'était parfaitement remis, lorsque, une nuit, il fut pris subitement d'une douleur très-vive dans le gros orteil du pied droit ; cette douleur, nocturne surtout, ne céda ni aux calmants ni aux préparations arsenicales. La sensibilité était telle qu'il était à peu près impossible de toucher la partie malade. Néanmoins M. Henrot put reconnaître, à un moment donné, la présence, entre la phalange et l'ongle, d'un corps dur et résistant. L'extraction en fut pratiquée, et quinze jours après la gangrène apparaissait, qui nécessitait l'ablation du premier orteil. Des fusées purulentes se montrèrent sur le dos du pied, gagnant le métatarsien, puis la gangrène atteignit le troisième orteil, respectant momentanément le second. Des débridements et de larges cautérisations furent faits avec le thermocautère à la face supérieure et inférieure, par M. Décès, qui enleva ensuite le troisième, puis le deuxième orteil. Pendant ce temps, le malade fut soumis au régime lacté et aux pansements antiseptiques. Il se remit très-lentement après avoir perdu encore le quatrième orteil et avoir eu le cinquième légèrement atteint. Aujourd'hui il marche assez pour pouvoir commencer à sortir.

De l'expérience de Scheiner envisagée dans ses rapports avec la théorie de l'accommodation. — Dans sa communication, M. PROMPT dit que les preuves empruntées à l'expérience de Scheiner pour établir l'existence de l'accommodation reposent sur une observation incomplète. Les doubles images observées de près quand l'œil s'accommode pour l'épingle la plus éloignée tiennent à la dilatation de la pupille ; celles qu'on observe dans le cas opposé tiennent à la polyopie occasionnée par la couche liquide qui se répand sur la cornée.

Traitement de la méningite chez les enfants. — M. VOVARD (de Bordeaux) donne neuf observations de guérison de méningite. Cinq des enfants traités par la médication qu'il préconise ont été vus par d'autres médecins qui ont porté le même diagnostic que lui. Voici en quoi consiste cette médication :

Aussitôt le diagnostic de méningite posé, il prescrit l'iodure de potassium ; il fait raser la tête de l'enfant et répandre sur le cuir chevelu, à l'aide d'un petit pinceau, une légère couche d'huile de croton tiglium, puis il applique une calotte de toile Dieu pour éviter l'absorption de l'huile par les draps. Ce pansement est renouvelé trois fois par jour jusqu'à ce que l'on obtienne une éruption pustuleuse abondante. Alors on cesse l'huile de croton tiglium.

Il fait ensuite coudre, dans un petit bonnet, afin d'éviter leur déplacement, des feuilles de poirée qu'on recouvre de pommade de sainbois, et ce petit bonnet est mis sur la tête de l'enfant.

Il obtient ainsi souvent une suppuration abondante et prolongée à laquelle il attribue particulièrement la guérison de ses malades.

Il insiste beaucoup sur ce point que, pour obtenir des guérisons, on doit chercher à obtenir la suppuration dès le début de la maladie et l'entretenir jusqu'à ce que le malade n'inspire plus d'inquiétude.

La fréquence relative des guérisons de cette maladie lui fait conclure que dans un grand nombre de cas la méningite des enfants n'est pas de nature tuberculeuse, mais, le plus souvent, le résultat de localisations strumeuses sur les méninges.

Il y a, selon lui, des méningites strumeuses, lymphatiques ou scrofuleuses, comme il y a des arthropathies scrofuleuses, des ophthalmies lymphatiques.

C'est pour cela qu'il donne à la maladie le nom de *méningite des enfants,* ne voulant pas la qualifier de méningite tuberculeuse, granuleuse, etc., parce que ces diverses dénominations pourraient consacrer des erreurs.

Trois processus morbides principaux, selon lui, peuvent déterminer la méningite des enfants :

1° Le processus inflammatoire, qui peut résulter d'une insolation, d'une contusion du cerveau ; d'une excitation par action réflexe, comme celle qui résulte du travail de la dentition, etc.;

2° Le processus strumeux, lymphatique (c'est le processus qui détermine le plus grand nombre de méningites);

3° Le processus tuberculeux.

Les deux premières formes de méningite sont assez souvent curables avec un traitement énergique.

La dernière est peut-être toujours incurable.

M. RENÉ LE CLERC se demande s'il s'agit bien de méningite dans les faits rapportés par M. Vovard et rapporte l'observation d'un enfant considéré comme atteint de méningite tuberculeuse, tandis qu'il n'avait, en réalité, qu'une fièvre de croissance, laquelle guérit très-rapidement. L'enfant avait grandi de 9 centimètres en huit jours.

M. DUPLOUY croit que les faits du genre de celui que vient de mentionner M. Le Clerc sont plus nombreux que l'on ne pense, et rapporte aussi un cas de fièvre de croissance prise pour une méningite par cinq médecins et guérie en quelques jours par le chloral.

M. VOVARD répond que les observations relatées dans son mémoire sont bien des faits de méningite dont l'évolution a duré plus de quinze ou dix-huit jours. Dans trois cas, il y avait paralysie.

M. MUSGRAVE-CLAY cite aussi le fait d'un enfant de douze ans qui présente le tableau classique de la méningite tuberculeuse, restant dans un état presque comateux pendant dix ou douze jours, guérissant pour ainsi dire sans aucun traitement.

M. LEUDET. Il s'agirait de savoir si les malades de M. Vovard ont vécu longtemps encore. Sur trois sujets méningitiques guéris, il en a vu deux mourir plus tard, l'un au bout de quinze mois, l'autre au bout de deux ans de tuberculose pulmonaire. Ils avaient eu pendant le cours de leur méningite des phénomènes de paralysie, et avaient été guéris par les applications stibiées. Enfin une jeune femme guérissant des accidents de paralysie très-nettement caractérisés, succomba huit ans plus tard à une tuberculose pulmonaire. L'autopsie permit de confirmer le diagnostic de tubercules cérébraux émis lors des premiers accidents.

Note sur deux cas de pullulation vaccinale généralisée. — M. RIGABERT. Les éruptions vaccinales spontanées peuvent être primitives et se développer simultanément avec les boutons de vaccine ou bien être consécutives et évoluer à une époque plus reculée, souvent du neuvième au onzième jour.

Les deux cas qui font l'objet de la communication de M. Rigabert se rapportent à la dernière partie de cette proposition.

Premier cas. — Dans les premiers jours de mai 1882, M. Rigabert prit du vaccin à Rochefort sur un enfant parfaitement sain. Le lendemain, samedi, il vaccinait une petite fille âgée de neuf mois, à ce moment en très-bonne santé.

Pendant la période d'état de l'éruption vaccinale du cinquième au onzième jour, la fièvre fut très-forte et les pustules énormes. Vers le onzième jour, il prit du vaccin pour un de ses petits voisins âgé de dix-sept mois. Le lendemain de cette vaccination, la fièvre se déclara de nouveau chez le premier enfant : le corps se couvrit de taches rouges qui se changèrent bientôt en pustules vaccinales dont la marche et les caractères furent en tout semblables à ceux des boutons de vaccin primitif.

Deuxième cas. — M. Rigabert vient de dire qu'au onzième jour il avait vacciné un second enfant avec le vaccin du premier, avant l'éruption vaccinale secondaire.

Chez ce dernier, sur six piqûres une seule devint le siège d'une pustule vaccinale. Il y eut peu de réaction fébrile. Mais au douzième jour la fièvre s'alluma subitement, la peau se couvrit de taches rouges qui devinrent également le siège de pustules vaccinales, quoique moins nombreuses que dans le premier cas.

Il a été vivement frappé par ces deux faits, d'autant plus que le vaccin pris à Rochefort avait servi à vacciner d'autres enfants de cette ville, le jour où il le recueillit ; chez ces enfants la marche de la vaccine fut très-normale.

M. Rigabert n'exprime qu'un regret, c'est de n'avoir pas vacciné un troisième enfant avec le vaccin du second, afin de constater s'il y avait de la spécificité dans ce virus vaccinal.

Cure des fistules recto-vulvaires et recto-vaginales. — M. CH. MONOD, l'un des secrétaires, donne lecture d'un travail renfermant plusieurs observations intéresssantes dans lesquelles l'auteur a eu recours à un procédé consistant à inciser la fistule et le périnée dans toute sa hauteur et à réunir par première intention. Par ce moyen, M. Ch. Monod supprime toutes chances de fissures ainsi que les inconvénients résultant du passage des gaz et des matières fécales à travers les fissures.

Injections interstitielles dans l'épithélioma. — M. DUPLOUY (de Rochefort) appelle l'attention de ses confrères sur l'importance de faire circuler l'acide acétique dans toute la zone néoplasique en cernant celle-ci par des injections en nombre variable selon son étendue. Il cite deux observations où il a eu recours à cette méthode : la première dans laquelle l'épithélioma guérit parfaitement sans récidive aucune. Le malade mourut huit ans plus tard tuberculeux ; la seconde, beaucoup plus caractéristique, est un épithélioma de la langue — le cancer des fumeurs — qui, traité d'abord par le thermo-cautère et suivi d'une cicatrisation rapide, récidive au bout d'un mois. La nature du mal était incontestable ; on eut recours alors aux injections d'acide acétique concentré, les douleurs furent atroces après chaque séance. Trois séances suffisent, et, quatre jours après la troisième, la tumeur se détachait. Le fait s'est passé il y a trois mois et depuis lors il n'y a eu aucune récidive, tandis qu'avec le thermocautère le mal récidivait au bout d'un mois.

La séance est levée à quatre heures et demie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Une dépêche d'Alexandrie nous apprend qu'on vient de signaler, sur un navire arrivant de Bombay avec des pèlerins, quatre cas de choléra. Un des malades est mort pendant la traversée, les trois autres au mouillage de Camaran, où se trouve la station de la quarantaine turque.

Le conseil international de santé d'Alexandrie a décidé hier de mettre en quarantaine toute provenance de Bombay ainsi que d'Aden, jusqu'à ce qu'il soit prouvé que cette dernière ville n'a plus de communication avec Bombay.

Il a été constaté que c'est bien le choléra asiatique et épidémique qui a causé les quatre cas de décès.

— M. le docteur Sauvé, médecin de La Rochelle, est mort ici il y a trois jours, à l'âge de soixante-dix-sept ans. Ses obsèques ont eu lieu hier. M. le docteur Gustave Drouineau, médecin de l'hôpital de La Rochelle, a prononcé un long discours sur sa tombe.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Mauxion (Pierre-Félix), décédé à Angoulême, le 12 août 1882, dans sa soixante-troisième année.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons de clinique chirurgicale, professées à l'hôpital Saint-Louis pendant les années 1877 et 1878 par M. le docteur Péan, suivies : 1° des observations recueillies dans le service de l'auteur du 1er janvier 1877 au 1er janvier 1879 ; 2° de la statistique des opérations de gastrotomie pratiquées par lui du 1er janvier 1878 au 1er juillet 1881 ; 3° de la deuxième partie du catalogue de la collection des pièces anatomo-pathologiques de M. Péan, à l'hôpital Saint-Louis. 1 vol. in-8° de 1064 pages avec 53 figures dans le texte. — Prix : 20 francs. — Paris, 1882, Germer Baillière et Cie.

Des Amputations du membre supérieur (excepté celles de la main), par divers procédés, plus spécialement par des procédés elliptiques et des procédés à deux lambeaux, par le docteur Charles Guézennec, médecin de la marine. In-8° de 112 pages. — Paris, A. Parent.

The Physiology and pathology of the blood, comprising the origine, mode of development, pathological and post-mortem changes of its morphological elements in mammalian and oviparous vertebrates, by Richard Norris, M. D., F. R. S. E., professor of physiology, Queen's College, Birmingham. In-8° of 274 pages with micro-photographic illustrations. — London, 1882, Smith Elder and C°.

The Harveian ovation delivered at the Royal College of Physicians, June 21, 1882, by George Johnson, M. D., F. R. C. P., F. R. S., honorary fellow of King's College. In-12 of 64 pages. — London, 1882, Smith Elder and C°.

Manuel de pathologie chirurgicale, par A. Jamain, chirurgien des hôpitaux, membre de la Société anatomique, membre correspondant de la Société de chirurgie de Madrid, et par F. Terrier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux, membre de la Société de chirurgie et de la Société d'anthropologie. 3e édition, tome III, fascicule I, 1 vol. in-18. — Prix : 4 francs. — Les tomes I et II se vendent séparément 8 francs. — Paris, Germer Baillière et Cie.

The Transactions of the American medical Association instituted 1847, vol. XXXII. — Philadelphia, 1881. — 1 fort vol. in-8°.

Cours de pathologie expérimentale. Leçons sur l'action physiologique des substances toxiques et médicamenteuses, par M. le professeur A. Vulpian (de l'Institut). 2e fascicule. 1 vol. in-8° carré de 250 pages. — Prix : 5 francs. Le volume complet, format in-8° compact de 700 pages, prix : 13 francs. — Paris, O. Doin.

Recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur les affections cutanées d'origine nerveuse, par le docteur H. Leloir. 1 vol. in-8° de 220 pages, avec 4 planches et plusieurs figures intercalées dans le texte. — Prix : 5 francs. — Paris, Delahaye et E. Lecrosnier.

La mère et l'enfant dans les races humaines, par le docteur A. Corre, professeur agrégé de l'École de médecine navale de Brest. 1 vol. in-18 de 300 pages, avec figures dans le texte. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Conseils aux jeunes mères, aux nourrices et aux sages-femmes pour éviter la mortalité fréquente chez les enfants en bas-âge, par le docteur Girault, médecin-inspecteur de l'asile modèle des écoles communales, etc. 1 vol. in-18. — 1 fr. 25. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 13341.

N° 104. — SAMEDI 9 SEPTEMBRE 1882. 55e ANNÉE. SAMEDI 9 SEPTEMBRE 1882. — N° 104.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Hôpital Necker. Étiologie de l'ictère. — Étranglement des doigts par des anneaux. — Association française pour l'avancement des Sciences. Congrès de La Rochelle.— Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

HOPITAL NECKER. — M. Potain.

Étiologie de l'ictère.

Les causes de l'ictère vrai se divisent en deux grandes catégories : la première dans laquelle l'ictère est le résultat d'un obstacle quelconque à l'écoulement de la bile; la seconde dans laquelle la maladie se produit en dehors de tout obstacle au cours de la sécrétion biliaire.

L'obstacle à l'écoulement de la bile peut être déterminé soit par l'obstruction, soit par le rétrécissement, soit par la compression des canaux biliaires.

1° Obstruction. Elle peut être produite par des substances qui sont nées dans les canaux eux-mêmes, tels que des calculs biliaires, l'accumulation de la cholestérine en masse volumineuse. De même la boue biliaire ou mieux la poussière de calcul accumulée dans la bile peut encore amener un arrêt complet du cours de la sécrétion biliaire; cependant le fait n'est pas très-commun. Nous devons encore citer dans le même ordre de causes la formation de bouchons muqueux sécrétés par la muqueuse biliaire et venant s'accumuler dans la partie inférieure du canal cholédoque.

Dans d'autres cas l'obstruction est due à des obstacles nés dans le foie lui-même, comme des hydatides dont les kystes se sont ouverts dans les voies biliaires et qui viennent les obstruer. Cette obstruction peut encore être le résultat de la présence de corps étrangers provenant de l'intestin, tels sont les lombrics qui s'engagent parfois ainsi dans les canaux.

Dans les différents cas où la cause est l'une de celles que nous venons d'indiquer, l'ictère est subit et rapide dans son apparition, que l'obstacle soit plus ou moins complet. Si le calcul est irrégulier, l'obstruction est imparfaite, par suite une certaine partie de la bile sécrétée peut encore s'écouler par ses voies naturelles. C'est alors que les selles peuvent n'être qu'incomplètement décolorées, malgré l'existence d'un ictère manifeste. D'autre part l'ictère n'est pas toujours inévitable. Pour qu'il se produise, il faut une interruption de dix-huit à vingt-quatre heures au moins dans le cours de la bile. Le fait a été prouvé expérimentalement sur des animaux chez lesquels on avait pratiqué la ligature du canal cholédoque; c'est ainsi que l'on a vu, en pareil cas, la pigmentation ne commencer à se produire qu'un certain nombre d'heures après l'opération expérimentale.

Ce qui se passe chez les animaux se produit également chez l'homme, et la pigmentation des téguments exige un certain temps pour se produire ; aussi voit-on parfois, lorsque l'obstacle au cours de la bile a été seulement passager, ne survenir aucun ictère.

Si l'on en jugeait d'après les dimensions de son réservoir, le flux biliaire devrait se produire en petite quantité; cependant il n'en est rien et cette quantité dans les vingt-quatre heures est presque égale à celle de l'urine sécrétée dans le même espace de temps, c'est-à-dire à près d'un litre. Le fait a pu être constaté dans certains cas de fistule biliaire. On a remarqué aussi que l'écoulement de la bile était plus considérable pendant le cours de la digestion. Du chiffre d'un litre que nous venons d'indiquer, une grande partie est résorbée par l'intestin, sauf dans les cas de diarrhée abondante. Toute la bile expulsée des canaux biliaires ne se trouve donc pas, vous le voyez, entraînée par les selles.

La quantité du flux biliaire est susceptible d'oscillations plus ou moins prononcées, et le moindre obstacle à son écoulement peut amener l'ictère. Cependant l'apparition de l'ictère ne signifie pas que l'obstacle soit complet, de même que de l'absence d'ictère on ne pourrait pas conclure dans tous les cas qu'il n'existe pas d'obstacle au flux de la bile; car il faut encore que cet obstacle ait duré un certain temps pour que l'ictère se produise.

Il faut non-seulement que l'obstruction soit assez longue, mais encore qu'elle se produise sur le canal cholédoque, car, si elle a lieu en d'autres points, tels par exemple que dans le canal cystique, elle ne donnera pas lieu à de l'ictère, à moins de causes spéciales. C'est ce qui explique comment parfois des coliques hépatiques n'ont amené ni ictère ni passage de la bile dans l'urine.

L'ictère développé sous l'influence d'une obstruction des voies biliaires par un calcul de grosseur moyenne est généralement peu persistant, ledit calcul cheminant peu à peu; mais, lorsque le calcul est volumineux, ce qui est assez rare, l'ictère peut être permanent. D'autre part, la disposition de l'ictère d'origine calculeuse n'est pas toujours la preuve que le calcul a franchi les voies biliaires. C'est ainsi que nous avons trouvé il y a quelque temps, à l'autopsie d'une femme chez laquelle l'ictère s'était dissipé, un calcul volumineux qui était resté engagé dans le canal cholédoque. Il est vrai que ce canal avait subi une distension telle que la bile pouvait s'é-

couler malgré la présence de ce corps étranger. C'est ainsi que peut s'expliquer l'intermittence d'ictère par l'engagement de différents calculs à des intervalles de temps plus ou moins rapprochés.

A côté de l'ictère déterminé par l'obstruction, nous avons l'ictère résultat de rétrécissements cicatriciels des voies biliaires, à la suite d'ulcérations par exemple. Dans ces cas-là l'ictère est généralement persistant, du moins pendant un temps très-long.

On voit ainsi de ces vieux ictères verts survenus par suite d'unrétrécissement cicatriciel, consécutif à la déchirure de la muqueuse biliaire par quelque calcul volumineux. Les observations de faits semblables ne sont pas très-rares. Les ulcères du duodénum agissent de la même façon et déterminent un rétrécissement de l'embouchure du canal cholédoque, pouvant rendre difficile ou même absolument impossible l'écoulement de la bile.

Le cancer des voies biliaires peut également déterminer l'ictère par rétrécissement.

La compression exercée soit par quelque tumeur du foie, soit par quelque tumeur des organes voisins, peut aussi donner lieu à des phénomènes ictériques, en formant obstacle à l'écoulement de la bile. Ainsi les tumeurs ganglionnaires de la face inférieure du foie, qu'elles soient d'origine syphilitique ou cancéreuse ; ainsi le cancer de l'estomac, le cancer du rein ; etc. On a dit aussi que la grossesse était quelquefois une cause d'ictère par compression; mais cela ne me paraît pas bien certain. On a cité aussi la compression déterminée par l'anévrysme de l'aorte abdominale. Il existe encore un assez grand nombre d'observations d'ictère intense ne reconnaissant d'autre cause que l'existence d'une tumeur fécale dure et considérable dans le côlon transverse. En pareils cas, l'ictère sera de peu de durée et disparaîtra facilement par un purgatif qui, en débouchant l'intestin, détruira la cause des accidents observés.

Les hydatides, comme nous l'avons déjà dit, entraînent rarement l'ictère par cela seul que leur siège le plus ordinaire est à la face convexe du foie et non à la face inférieure de cet organe. Cependant il y a des exceptions, et, l'an dernier même, nous en avons observé un exemple dans nos salles.

Le catarrhe des voies biliaires peut encore être une cause d'obstruction ; en effet, l'inflammation de la muqueuse, déterminant à la fois et une tuméfaction et une sécrétion plus considérable, peut donner lieu à la formation d'un véritable bouchon muqueux. Aussi peut-on comparer ces phénomènes morbides à l'enchifrènement des fosses nasales et à leur oblitération consécutive malgré leur cavité considérable relativement au diamètre des canaux biliaires; et l'on comprendra facilement que celles-ci puissent facilement s'obstruer par fluxion et catarrhe.

Quant à l'ictère dont les causes entrent dans la seconde catégorie, c'est-à-dire sont indépendantes de tout obstacle mécanique, on le subdivise en ictère par polycholie, par intoxication et par impression morale ou ictère spasmodique comme on l'appelle encore.

L'excès de sécrétion de la bile peut être quelquefois tel que les voies biliaires ne suffisent plus à son écoulement, et qu'il en résulte un ictère plus ou moins intense. Cette insuffisance des canaux peut quelquefois reconnaître aussi pour causes à la fois un excès de sécrétion et un état de catarrhe.

L'intoxication produisant l'ictère peut se faire : 1° par des poisons minéraux, mercure, cuivre, etc., et surtout le phosphore qui amène une altération organique du foie et donne lieu à l'ictère grave ; 2° par des poisons animaux, tels par exemple qu'une morsure de serpent; 3° par un poison septique, par la pyohémie surtout à la suite des plaies de la tête, par la fièvre jaune, et autres affections épidémiques.

Quant à l'ictère spasmodique, il a été le sujet de nombreuses discussions, et a donné lieu à de grandes difficultés d'interprétation. Ce que l'on sait bien, c'est qu'une émotion morale, dépressive surtout, amène un ictère intense et persistant. Cet ictère peut se présenter de deux façons différentes : ou l'ictère est tardif relativement à la cause qui l'a fait naître, chagrin intense et prolongé; ou bien il est rapide, succédant par exemple à une impression vive et subite de terreur.

Malgré la différence de leur mécanisme, on a donné à ces deux ictères le nom d'ictère spasmodique. Le premier cependant est la conséquence d'un état catarrhal des voies digestives, de l'embarras gastrique suite de troubles digestifs résultat de chagrins profonds et continus. L'apparition brusque et subite du second a été mise en doute, bien qu'une série d'observations différentes l'ait rendu incontestable.

Sans rapporter les divers exemples que vous trouverez dans les auteurs, je puis vous citer un fait du service : il s'agit d'un pauvre homme qui, pendant la Commune de 1871, ayant été pris par les insurgés et tenu en joue pendant quelques instants pour être fusillé, était devenu jaune tout à coup par suite de la violente émotion qu'il venait de ressentir; le fait fut constaté par les divers témoins de cette scène et notamment par sa femme, qui, quelques instants plus tard, l'amenait à l'hôpital.

L'ictère subit ne saurait donc être contesté; quant à son interprétation, elle est assez difficile; cela, du reste, n'est que d'une importance secondaire.

ÉTRANGLEMENT DES DOIGTS PAR DES ANNEAUX

Par le docteur FLEURY (de Langon).

Il y a de ces petits détails de la pratique médicale ou chirurgicale qu'on ne trouve ni décrits, ni même indiqués dans les Traités généraux, et dont la solution est laissée à la sagacité de chaque praticien; ou si ces détails sont mentionnés quelque part, ils le sont souvent d'une manière insuffisante, et cette insuffisance laisse une libre carrière aux ressources instantanées que l'expérience doit suggérer à chacun de nous.

Les moyens à opposer à l'étranglement de toute partie du corps causé par la constriction circulaire d'une bague ou d'un anneau sont de ceux qui peuvent exercer l'esprit ingénieux et l'habileté des chirurgiens. La *Gazette* décrit un de ces expédients dans le numéro 144 du 11 décembre 1880, où, après avoir rappelé et exposé le procédé très-défectueux d'Oribase, qui est tout à fait au rebours du bon sens, elle en décrit un autre qui n'est pas plus applicable que le premier, pour peu que l'étranglement soit considérable.

Ce point de pratique n'est pourtant pas à dédaigner. En effet, il n'est pas indifférent pour une femme, dont une bague étrangle le doigt, d'aller se confier à un horloger, si l'on est dans une ville, ou à un serrurier, si l'on est dans un village, pour faire scier ou limer cette bague, qui a presque entièrement disparu sous le gonflement de la peau œdématiée, engorgée, enflammée et ulcérée. Cette opération est

délicate, et la lime court le risque d'entamer le doigt de la patiente.

Il est bien honteux aussi, pour un imbécile qui s'est étranglé la verge par un anneau sottement conduit jusqu'à la racine de cet organe éminemment érectile et turgescent, de se rendre chez le même serrurier, pour subir la même opération, dans une boutique ouverte à tout le monde, devant un concours de curieux indiscrets, au milieu d'un scandale qui lui inflige à perpétuité un surnom désobligeant, et dont le contre-coup retentit sur une famille innocente et honorable. Il y a même dans ce cas plus qu'un désagrément, car je n'ai pas besoin d'énumérer tous les dangers de cette situation, qui s'aggrave singulièrement lorsqu'elle se prolonge.

Si l'on ne connaît pas d'autres moyens et de meilleurs que celui d'Oribase, et celui du rédacteur du *Concours médical*, que vous avez cité, je vous demande la permission de soumettre à l'appréciation de nos confrères un expédient bien simple, qui est à la portée de tout le monde, qui ne coûte pas cher, que l'on peut avoir à la campagne comme à la ville, qui n'est ni sanglant ni douloureux, qui n'exige pas une habileté transcendante, qui ne réclame pas même l'intervention du médecin, le premier venu pouvant suffire à l'appliquer, et qui m'a réussi dans la circonstance que voici :

Le 25 mars 1880, une excellente femme, de mes clientes, se présente dans mon cabinet, avec son mari. Ces braves gens sont propriétaires, et ils ont le bonheur de cultiver le champ de leurs aïeux; cette dame est affligée d'un eczéma aux mains, qui est aggravé par le contact de la terre, de l'eau froide et par l'exposition au vent. Sous l'influence de ces causes, l'eczéma a déterminé un gonflement énorme de la main et des doigts.

Son doigt annulaire est orné de l'anneau de mariage, elle n'a pas prévu le gonflement qui allait se produire, et quand il est survenu, elle a espéré qu'il ne serait ni aussi excessif ni aussi prolongé; enfin, depuis cinq jours, son anneau est retenu et emprisonné par un œdème du doigt, tellement considérable qu'il a ulcéré la peau. Cette dame répugne à faire limer son anneau, il y aurait là, en effet, une petite perte d'argent, ou plutôt d'or; l'anneau, du reste, ne serait abordable qu'à la face palmaire, car à la face dorsale du doigt il a presque disparu.

Bien que je n'eusse pas l'espoir de réduire un gonflement si effrayant, je cède aux instances de la malade, mais j'estime que l'application d'une ficelle sera très-douloureuse et insuffisante, et je prie le mari d'aller chez le mercier voisin, prendre du *cordonnet élastique* aplati, un peu plus fort que celui dont les dames se servent aujourd'hui pour retenir leur chapeau sur le sommet de leur tête. Il en apporte un mètre cinquante centimètres, et je fais précisément l'inverse et l'opposé de ce que conseille Oribase, en roulant le cordonnet autour du doigt, non pas en partant de l'anneau, mais bien en partant de l'extrémité du doigt, et en venant jusqu'à l'anneau.

Je l'applique très-exactement, de façon que toutes les circulaires se touchent sans laisser entre elles le moindre intervalle, et je serre modérément de manière à laisser au cordonnet la faculté d'exercer peu à peu sa force élastique lente, modérée et douce. En même temps, je fais élever la main dans la position verticale.

Après vingt minutes d'attente, la force élastique du cordonnet a produit tout son effet, le doigt est dégonflé dans une proportion telle que la malade conçoit l'espérance, et moi la certitude, que ce moyen suffira. J'enlève le cordonnet, et je l'applique encore de la même manière et avec les mêmes précautions. Le doigt alors se dégonfle progressivement. J'attends encore vingt minutes, j'enlève en un clin d'œil le cordonnet, puis vivement je saisis l'anneau, et, après quelques efforts, je réussis à le sortir du doigt qui est flétri, ridé et livide. La pauvre dame exhale un soupir de soulagement, et me remercie avec l'effusion d'un cœur honnête et reconnaissant.

On comprend la différence qu'il y a entre un lien inextensible et une ligature élastique.

Le premier exerce une action immédiate, mais momentanée et limitée; la seconde en possède un qui continue, bien qu'en décroissant, et qui se prolonge, en refoulant graduellement avec persistance, et constamment, à la manière d'un ressort, les liquides qui produisent le gonflement des tissus.

La seconde doit donc avoir une action plus efficace, plus douce et plus complète que le premier.

S'il le fallait, je vous raconterais bien, comme contraste, le cas d'un stupide paysan qui s'introduisit un anneau de fer assez volumineux jusqu'à la racine de la verge, laquelle se mit en érection (*habet quoque mentula mentem*), et voilà notre paysan rivé à une chaîne, non prévue au code pénal. Il s'en va, mais après deux jours d'irrésolution et d'attente, et d'efforts infructueux, et d'hésitation, chez un de mes confrères qui est un homme plein d'esprit, mais à la façon de Rabelais, et, du reste, très-instruit. Le médecin, après des tentatives inutiles, conduit son malade chez un forgeron; on saisit l'anneau entre les mors d'un étau; la boutique se remplit de monde, la renommée attire en un instant toute la population disponible de notre petit bourg, les femmes y étaient en majorité, comme aux exécutions, et le médecin, très-sérieux en apparence, et au fond très-goguenard, ordonne de limer, mais cependant avec convenance et réticence, ce que le forgeron exécute *cito, tuto et jucunde*, comme vous pouvez le supposer. Vous voyez d'ici ce tableau chirurgical. Le pauvre diable de patient, après avoir bu la honte, fut débarrassé de son anneau, c'est vrai, mais à la place il resta orné d'un surnom qu'il traînera, comme le boulet, à perpétuité, lui et ses descendants. Si mon confrère n'avait pas été un si profond moraliste, il aurait privé notre population d'une *leçon de chose* fâcheuse à endurer, joyeuse à voir, scabreuse à dire, et pourtant édifiante; il avait ses raisons, sans doute; ou plutôt il n'eut pas la pensée d'utiliser les propriétés de la ligature élastique.

J'ai aussi employé le procédé du cordonnet élastique sur le gland d'un petit malheureux, lequel, pour un motif qui n'était pas inspiré par la vertu, avait changé son phimosis congénital en un paraphimosis libidineux. J'ai obtenu ainsi la réduction du paraphimosis; et, par mesure de prudence, en prévision d'une récidive très-probable, j'ai fait ensuite l'opération du phimosis.

Voilà donc un moyen bien simple. Un petit perfectionnement de l'industrie, en nous fournissant le cordonnet élastique, le met à notre disposition : pourquoi voudrions-nous le repousser?

ASSOCIATION FRANÇAISE

POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES.

Congrès de La Rochelle.

Séance du 28 août (matin). — Présidence de M. Azam.

Forme cardiaque de la fièvre typhoïde. — M. BERNHEIM, professeur à la Faculté de médecine de Nancy, désigne sous ce nom les cas dans lesquels, sans altération organique notable du cœur, sans complication pulmonaire ou autre justifiable, le pouls devient petit, fréquent, dépressible, et le malade succombe à cette accélération paralytique du cœur. Elle peut se produire dès le début de la fièvre avec ou sans adynamie nerveuse concomitante; d'autres fois elle ne se produit qu'à une période plus avancée de l'évolution.

La température axillaire peut être fébrile, mais fébrile modérée ; d'autres fois elle est normale ou hyponormale. Dans une des observations relatées, la température axillaire resta plusieurs jours au-dessous de 37, la température rectale étant entre 39 et 40 ; l'affaiblissement cardiaque maintenait, malgré l'augmentation

de chaleur centrale, une basse température à la périphérie.

Le docteur Bernheim pense que cette asystolie nerveuse de la fièvre typhoïde est due à une action directe du poison ou microbe typhique sur le centre d'innervation cardiaque. Normalement le pouls est moins fréquent dans la fièvre typhoïde que dans les autres pyrexies, comme si le poison typhique, agissant dans un sens analogue, avait une action ralentissante sur le pouls. On conçoit que ce même poison, venant à se concentrer en plus grande quantité sur le centre nerveux cardiaque, agisse encore comme la digitale à dose toxique, c'est-à-dire produise l'accélération paralytique. Cette théorie expliquerait aussi ce fait constaté par l'auteur : que la digitale non-seulement est inefficace, mais dangereuse dans ce cas que, donnée à titre préventif, elle ne prévient pas la forme cardiaque.

L'auteur appuie ses conclusions sur six observations démonstratives, avec autopsie.

La mort subite, dans certains cas de fièvre typhoïde où l'on ne rencontre pas d'altération organique du cœur justifiable, pourrait être due à la concentration subite du poison sur le centre cardiaque ; ce serait la variété foudroyante de la forme cardiaque.

M. HENROT a vu plusieurs fois la mort survenir subitement chez des malades atteints de fièvre typhoïde peu grave ; il a vu notamment une femme succomber en voulant se mettre sur son séant pour parler à sa voisine de lit. Il y a là une forme spéciale à ajouter peut-être à celle que vient de décrire M. Bernheim, forme caractérisée par la dégénérescence graisseuse du cœur et dans laquelle le moindre mouvement du malade peut déterminer une syncope fatale.

De la perméabilité des effractions épidermiques aux substances solubles. — M. AUBERT fait une communication analysée ici et l'une des plus intéressantes qui aient été faites cette année dans la section des sciences médicales.

Les recherches de M. Straus, dit-il, ont établi que si l'on injecte sous la peau, avec une seringue de Pravaz, 1 ou 2 milligrammes seulement de pilocarpine, on obtient une sudation purement locale.

M. Aubert, en répétant ces expériences, a vite constaté qu'il suffisait d'une quantité infiniment moindre et que la plus petite piqûre de la plus fine aiguille à coudre faite à la peau recouverte d'une goutte de solution de pilocarpine arrivait à produire la sudation locale.

La vue directe ne suffirait pas à constater nettement un phénomène aussi atténué, mais en prenant les empreintes sudorales d'après la méthode qu'il a fait connaître à la session du Havre, M. Aubert a pu suivre facilement le phénomène pendant toute sa durée. La sudation locale ainsi obtenue dure de une à deux heures. On peut, avec ces modes d'exploration combinés, fines piqûres d'aiguille à la pilocarpine et récolte des empreintes, explorer très-facilement la fonction sudorale en un point quelconque de la surface du corps.

M. Aubert a fait une application de cette méthode à la durée de la perméabilité des effractions épidermiques, question qui offre de l'intérêt, soit pour le chirurgien, soit pour le dermatologiste. Les piqûres d'aiguille restent perméables à la solution de pilocarpine vingt-quatre, quarante huit et même soixante-douze heures après leur production. Le volume de la piqûre, dans certaines limites, bien entendu, a peu d'importance ; une piqûre d'aiguille de Pravaz n'est pas perméable plus longtemps que celle d'une très-fine aiguille à coudre.

L'obliquité de la piqûre ne modifie pas non plus l'absorption.

La succion faite tout de suite (dix secondes) après les piqûres n'empêche pas la pénétration et l'action de la pilocarpine. Il ne faut donc pas, si l'on se fait une piqûre en pratiquant une autopsie dangereuse ou en opérant un syphilitique, se fier trop complètement au lavage et à la succion.

Les égratignures très-superficielles restent perméables pendant le même temps que les piqûres, et ne sont complètement fermées que du troisième au quatrième jour.

Les effractions résultant de l'épilation, très-nettement perméables tout de suite après l'opération, le sont encore un peu quinze heures après, mais cessent de l'être après vingt-cinq ou trente heures.

Sur la distribution de la cataracte dans la région lyonnaise. — M. GAYET, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, voulant étudier l'étiologie de la cataracte, a commencé par établir le rapport des cataractes à la population en consultant le registre d'inscription de l'Hôtel-Dieu de Lyon, qui mentionne à peu près tous les cas qui se produisent dans la région lyonnaise. Cette région comprend les départements du Rhône et de la Loire, ainsi qu'une partie de ceux de l'Ain, de la Haute-Loire, de Saône-et-Loire, de l'Isère, de l'Ardèche et de la Drôme.

Il a dressé sur une carte de l'État-major le tableau des cataractes réparties dans les divers pays où elles sont nées, et il a pu constater ainsi d'un seul coup d'œil que, sauf dans le bassin houiller de la Loire, la maladie est dans un rapport constant avec la population, et que ce rapport est à peu près de 2, en dix ans, pour 1,000 habitants, et qu'il ne varie pas selon la nature du sol, dans la plaine ou dans la montagne.

Les femmes, quoique un peu plus nombreuses que les hommes, sont moins atteintes qu'eux, 1,54 au lieu de 2 pour 1,000. Les citadins sont moins disposés au mal que les campagnards ; à Lyon, 1 pour 1,000 seulement. Par contre, le chiffre des cataractes est de 3 pour 1,000 dans le bassin houiller de la Loire, où se trouvent en grand nombre des verreries et des établissements métallurgiques.

Quant à l'âge, la cataracte débute à quarante-quatre ans chez l'homme, à quarante-neuf ans chez la femme, et le maximum se trouve à soixante-huit ans dans les deux sexes. Relativement aux professions, M. Gayet a constaté que l'exercice assidu de l'accommodation ne prédisposait pas à la cataracte. Ce fait, ajouté à la prédominance du mal chez les campagnards, lui a fait se demander si la chaleur rayonnante ne pouvait pas être considérée comme un agent actif dans la production de la maladie. Ce qui est certain, c'est l'influence de la chaleur sur les ouvriers qui y sont soumis, notamment sur les verriers.

En terminant, M. Gayet sollicite de tous ses collègues des documents capables d'éclairer cet important sujet.

M. VERNEUIL n'admet pas l'influence de la chaleur et de la lumière, mais bien celle de la goutte et du rhumatisme ; la cataracte, selon lui, est un trouble analogue à l'athérome artériel.

Suites éloignées de la section du nerf cubital. — M. VERNEUIL lit un mémoire de M. Redard sur cette question. Deux théories ont été proposées pour expliquer le retour de la sensibilité cutanée de la main, par exemple, abolie par la section du nerf cubital ; dans l'une on invoque la formation de tubes nerveux dans la cicatrice, dans l'autre on s'appuie sur les anastomoses périphériques avec les nerfs voisins, comme pour la circulation du sang on compte sur les anastomoses vasculaires. Les deux théories sont également acceptables, mais la première a pour conséquences de prescrire au chirurgien de favoriser l'affrontement exact des deux bouts du nerf sectionné, c'est-à-dire la suture nerveuse, tandis que si l'on accepte la seconde théorie on confie à la nature le soin de la régénération fonctionnelle.

Malheureusement les observations publiées jusqu'à ce jour sont ou réellement défectueuses au point de vue de la rigueur scientifique, ou si elles sont bien faites elles donnent des résultats contradictoires.

La région du petit doigt de la main est la seule qui reçoive un filet nerveux dépourvu de toute anastomose, de telle sorte que si la sensibilité s'y rétablit, après avoir été abolie par la section du nerf, ce ne peut être que par la cicatrice, et la question se trouve jugée en faveur de la première théorie ; si au contraire l'insensibilité absolue persiste, la seconde théorie seule est la vraie. M. Redard rapporte quelques faits dans lesquels la section du nerf

cubital ayant eu lieu dans sa partie supérieure, l'innervation est revenue, tandis que dans deux autres cas appartenant au service de M. Verneuil, le traumatisme ayant porté au niveau du quart inférieur du nerf cubital, la perte de la sensibilité a été irréparable.

M. CHAUVEAU ne partage pas complètement la manière de voir de M. Verneuil. Si l'on coupe, dit-il, un nerf de façon à interrompre toute communication périphérique avec les nerfs voisins, la sensibilité peut ne pas revenir, mais il est des cas cependant où cette sensibilité ne se perd pas; elle ne se récupère donc pas dans ces cas-là puisqu'elle n'a pas été abolie. M. Chauveau cite à ce sujet les expériences de MM. Arloing et Tripier. La régénération nerveuse ne se fait très-bien que chez les jeunes animaux : il en est de même chez l'homme, où, passé un certain temps, elle s'obtient difficilement.

M. VERNEUIL n'entend nullement contester la régénération anatomique; il parle seulement de la régénération fonctionnelle; il demande que la question soit de nouveau mise à l'étude pour le congrès de 1883.

De la gangrène paludique. — M. VERNEUIL rappelle que l'an dernier il a dû être fort court dans la communication qu'il fit sur ce sujet et dût se borner à signaler seulement certains faits de paludisme. Aujourd'hui il désire ajouter un nouveau paragraphe à cette même question : celui de la gangrène palustre. Après avoir passé en revue les différents auteurs qui ont traité le même sujet, M. Verneuil considère à la gangrène palustre trois formes : la première dans laquelle elle apparaît comme une complication de certaines inflammations, ulcères, vésicatoires, etc.; la seconde est la forme traumatique; la troisième, la plus fréquente, est la forme spontanée.

La gangrène paludique atteint surtout les parties périphériques, le nez, les oreilles, le menton, le pénis, le scrotum, les appendices digitaux, etc., etc.; elle affecte une disposition symétrique.

Le pronostic en est assez bénin, nombre d'individus guérissent très-bien; le sulfate de quinine arrête le développement du mal et favorise l'élimination des plaques sphacélées.

Comme étiologie, y a-t-il une relation de cause à effet? Quelquefois la gangrène succède à des accès de fièvre violente; dans certains cas, elle survient chez des paludiques de vieille date. Si l'on vient à lire certain mémoire de Maurice Raynaud et les travaux de quelques autres auteurs, on est frappé de voir l'étroite relation qui existe entre la gangrène paludique et l'asphyxie locale des extrémités.

En résumé, la gangrène palustre existe : elle est bénigne, elle présente la forme et l'évolution des autres gangrènes, elle nécessite l'association de plusieurs causes, enfin elle n'est qu'un degré de plus de l'asphyxie symétrique.

La séance est levée à onze heures un quart.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Examen fonctionnel de l'œil (1), par M. le docteur J. MASSELON.

M. le docteur Masselon, premier chef de clinique du docteur de Wecker, déjà bien connu par d'excellents travaux antérieurs, vient de réunir, sous le titre inscrit en tête de cet article, l'étude de la réfraction, de la perception des couleurs, du champ visuel et des mouvements du globe oculaire. Il est presque superflu d'insister sur l'importance d'une exploration de l'œil pratiquée à ces divers points de vue. Chez nombre de consultants, toute l'affection se réduit à un trouble de la réfraction, et quantité de malades se trouvent ainsi guéris avec une simple paire de lunettes convenablement choisies. D'autres fois, dans l'hémiopie par exemple, un diagnostic exact ne pourrait être porté si l'on n'avait pour se guider la configuration du champ visuel. L'existence d'un glaucome est-elle douteuse? Le mode de rétrécissement du champ visuel viendra souvent préciser la nature du mal. A part les précieux renseignements que fournit dans les affections du fond de l'œil l'état du sens chromatique, une semblable exploration prend un intérêt de premier ordre quand il s'agit d'examen de personnes appelées à reconnaître des signaux colorés, tels que les employés de chemin de fer ou les marins. Enfin c'est à l'aide d'une étude précise d'un défaut de motilité de l'œil que l'on reconnaîtra quels muscles ont souffert, et l'exacte mensuration de la déviation d'un œil affecté de strabisme fournira de précieux renseignements sur l'étendue que l'on doit donner à la strabotomie appelée à corriger cette déviation.

Parmi les moyens destinés à l'étude des fonctions de l'œil, l'auteur s'est attaché à n'exposer que des méthodes simples, pratiques, mais donnant des résultats suffisamment exacts.

Si les diverses méthodes d'exploration des fonctions de l'œil doivent être familières à l'ophthalmologiste, en médecine générale, elles peuvent aussi trouver une utile application, dont voudront profiter les confrères soucieux de s'entourer de toutes les ressources capables de rendre plus exacte la science du diagnostic.

Quinze planches coloriées terminent ce livre écrit pour les praticiens.

Manuel de zootomie (1), par Aug. MOJSISOVICS EDLEN VON MOJSVAR.

L'auteur de ce *Manuel* est *privat docent* de zoologie et d'anatomie comparée à l'Université de Gratz. Ses études et son enseignement lui faisaient regretter l'absence d'un guide pratique pour la dissection des animaux vertébrés et invertébrés. Pensant aux étudiants en médecine et aux élèves qui préparent la licence ès sciences naturelles, il a écrit ce manuel, et, frappé des services que ce travail pourrait nous rendre en France, M. de Lanessan nous en a donné une excellente traduction qui va rendre classique parmi nous le *Manuel de zootomie*.

Ce manuel est divisé en deux livres : l'un consacré à la partie générale, le second à la partie spéciale.

La partie générale contient une explication succincte des méthodes généralement usitées de préparations, d'injections et de conservation; elle rendra service à ceux qui veulent connaître ces méthodes et qui n'ont pu faire des études médicales pratiques préparatoires.

Dans la partie spéciale, l'auteur s'est efforcé d'exposer les procédés de dissection à l'aide d'un certain nombre de représentants de types, en y joignant une courte indication des particularités morphologiques, telles qu'elles se présentent sous le scalpel. Naturellement l'auteur s'est occupé surtout des vertébrés, beaucoup moins des cœlentérés et des protozoaires, parce qu'il n'entrait pas dans le plan de cet ouvrage de donner des détails concernant l'étude microscopique.

128 figures illustrent ce manuel dont l'utilité pratique n'est pas à démontrer. Il suffit de le signaler.

Traité de botanique (2), par M. Ph. VAN TIEGHEM (de l'Institut).

Le quatrième fascicule du *Traité de botanique* est consacré à la cellule, étudiée d'abord au point de vue morphologique, puis au point de vue physiologique.

La morphologie de la cellule nous fait connaître le protoplasma et ses dérivés. Voici la composition chimique et les réactions du

(1) In-12. — Prix : 8 francs. — Paris, O. Doin.

(1) In-8°. — Prix : 9 francs. — Paris, O. Doin.

(2) Ce traité sera publié en huit fascicules de dix feuilles chacun. — Prix de l'ouvrage complet, 1 vol. grand in-8° d'environ 1,200 pages avec 500 gravures dans le texte, 24 francs. — Paris, F. Savy.

protoplasma, sa croissance, ses formes diverses, sa division, la réunion de plusieurs protoplasmas en un seul.

Parmi les dérivés du protoplasma, les *leucites* nous arrêtent d'abord. L'auteur nous fait connaître leurs caractères généraux, puis les divise en leucites actifs, en leucites diversement colorés et en leucites verts ou corps chlorophylliens, Il expose la forme diverse et la composition des corps chlorophylliens, la composition chimique et les propriétés de la chlorophylle, la naissance des corps chlorophylliens, leur croissance, leur division et multiplication, leur position et leur déplacement dans la cellule, leur altération permanente ou temporaire.

Dans certaines algues, des pigments surnuméraires sont contenus dans les corps chlorophylliens; d'autres plantes n'ont pas de chlorophylle; des substances diverses sont produites et incluses dans les leucites actifs (amidon, huile, hypochlorine). M. Van Tieghem nous montre les leucites de réserve ou grains d'aleurone; il en expose les propriétés physiques, leur extraction, leur structure et leur composition chimique, leur mode d'observation, enfin leur formation et leur redissolution.

Il étudie avec le même développement les albuminoïdes cristallisés, le grain, l'amidon, les corps gras, les corps essentiels et résineux et les corps minéraux.

L'histoire du protoplasma terminée, M. Van Tieghem aborde celle du suc cellulaire et des substances dissoutes (diastases, peptones, amides, alcalis organiques, matières colorantes, inuline, dextrines, gommes, principes sucrés, glucosides, tannins, acides organiques et sels minéraux). Puis il étudie le noyau et ses dérivés, la membrane et ses dérivés. Chacune des parties de la cellule ainsi exposée, l'auteur considère la cellule dans son ensemble pour en rechercher l'origine et le mode de formation.

Après nous avoir montré de quelles parties la cellule se compose et comment elle se forme, il restait à l'auteur à nous faire connaître les phénomènes dont elle est le siège : tel est l'objet de la physiologie de la cellule. Les phénomènes de la cellule sont externes ou internes et ces derniers sont physiques ou chimiques.

A côté des plantes unicellulaires qui ont permis l'étude de la cellule, il existe un bien plus grand nombre de plantes où le corps, de bonne heure, cloisonné, différencie aussitôt et de plus en plus profondément ses cellules et divise, dans la même mesure, son travail intérieur. L'étude de cette différenciation progressive de la structure du corps, des tissus et appareils fait l'objet du chapitre II. L'auteur expose la morphologie des tissus et appareils; il nous fait connaître les caractères généraux des tissus; l'étude de l'épiderme termine ce quatrième fascicule.

Le cinquième fascicule du *Traité de botanique* s'ouvre par l'étude du liège et du parenchyme; puis successivement l'auteur expose l'histoire du tissu sécréteur, du sclérenchyme, des tissus criblé et vasculaire. Il nous fait connaître les espaces intercellulaires aérifères, puis les divers appareils que composent les tissus associés pour une œuvre commune, mécanique, physique ou chimique. Ces premières considérations morphologiques sont suivies de la physiologie des tissus et appareils.

Le chapitre III traite de la morphologie interne de la racine et de sa physiologie interne. La structure de la racine, structure primaire et son origine d'abord étudiée, l'auteur expose l'origine et le mode d'insertion des radicelles. Puis il nous montre la structure secondaire de la racine et retrace la physiologie interne de la racine.

Reprenant alors l'étude de la tige, il en retrace la morphologie interne, c'est-à-dire la structure de la tige et sa physiologie interne. Tel est l'objet du chapitre IV.

La structure de la tige est primaire ou secondaire; l'auteur nous montre l'origine de la structure de la tige, l'origine et le mode d'insertion des branches de divers ordres et des racines sur la tige. Ce fascicule se termine par l'étude de la structure secondaire de la tige.

Les deux fascicules que nous venons d'analyser sont des plus intéressants par les recherches personnelles de l'auteur. Ils sont très-riches d'observations micrographiques et très-bien illustrés; il suffit de dire que sur 800 pages de texte il y a 512 gravures sur bois.

Le *Traité de botanique* tient ses promesses, et notre littérature scientifique possèdera bientôt une œuvre digne d'être placée auprès du Sachs.

Traité de géologie (1), par M. A. de Lapparent.

La troisième section, — groupe secondaire ou mésozoïque, — comprend les formations sédimentaires qui se sont déposées depuis la purification définitive de l'atmosphère terrestre jusqu'au réveil de l'activité interne. Le groupe secondaire a été divisé en cinq grands systèmes. Le premier est le système triasique, si intimement lié au permien que quelques géologues n'ont pas cru pouvoir l'en séparer et ont décrit sous le nom de groupe pœcilien cet ensemble caractérisé par ses couleurs bariolées. Au dessus vient la série jurassique, comprenant le système liasique et le système oolithique. Enfin l'ère se termine avec la série crétacée, dans laquelle il convient de distinguer un système crétacé inférieur et un système crétacé supérieur.

Le cinquième fascicule se termine par l'étude du système triasique.

Le nom de trias a été créé par d'Alberti pour rappeler la division en trois étages dont ce système est susceptible dans les régions classiques de la Souabe, de la Franconie et de la Lorraine. Mais cette division, qui comporte un étage marin intercalé entre deux formations d'eau douce, est en défaut en beaucoup de points, notamment en Angleterre, et elle a singulièrement perdu de sa valeur depuis que l'exploration des massifs montagneux des Alpes, de l'Himalaya et de la Californie a révélé l'existence d'un faciès marin du système triasique, tout différent de celui qui caractérise le type, jusqu'alors réputé classique, du trias franconien ou vosgien.

C'est justement dans les dépôts alpins du trias que se dessine le caractère spécial de ce système, qui consiste dans l'association de formes paléozoïques, telles que les orthocères et les goniatites, avec de nombreuses formes nettement secondaires, comme les ammonites. Déjà ce caractère de transition avait commencé à se manifester dès le sommet de l'étage permien du Tyrol, dans le calcaire à bellérophons; il se poursuit jusqu'à la partie supérieure du trias, montrant ainsi qu'entre l'ère primaire et l'ère secondaire il n'y a pas eu de révolution brusque, entraînant le renouvellement complet de la vie organique.

Les formations littorales du trias affectent, presque partout, le caractère de grès et d'argiles aux couleurs bariolées. Les teintes vives, surtout le vert et le rouge, y abondent et d'importants massifs de gypse et de sel gemme sont subordonnés à ce système, qui a vu les dernières éruptions de porphyres quartzifères et de mélaphyres.

Sans attacher à la division du trias une signification aussi absolue qu'on le faisait autrefois, M. de Lapparent distingue néanmoins dans ce système trois étages : l'inférieur, si bien développé sous la forme arénacée dans le grès des Vosges et le grès bigarré, formera pour l'auteur l'étage vosgien; le nom de franconien désignera l'étage moyen, c'est-à-dire le muschelkalk ou calcaire conchylien des auteurs; enfin, le mot de keuper étant depuis longtemps consacré pour la partie supérieure du système, M. de Lapparent lui donnera le nom d'étage keupérien.

D'Orbigny ne distinguait dans le trias que deux étages: le conchylien, comprenant le grès bigarré avec le muschelkalk et le saliférien, forme du keuper, et ainsi nommé à cause des gisements de sel qu'il renferme en Lorraine.

Ces généralités établies, l'auteur étudie successivement la faune et la flore triasiques. Il nous fait connaître le type franconien, le type vosgien.

Le sixième fascicule nous expose les types français divers du

(1) Cinquième et sixième fascicules. — Prix de l'ouvrage complet : 24 francs.

trias, le trias alpin et les types étrangers divers du trias. — Le deuxième chapitre est consacré à la série jurassique. Voici d'abord la période liasique et ses divisions; puis le système oolithique que l'auteur a traité avec tout le développement que comporte son importance. — La série crétacée passe à son tour sous nos yeux. C'est d'abord le système infracrétacé, puis le système crétacé.

Cette simple énumération permet d'apprécier le très-vif intérêt de ces deux fascicules. Mais il n'est que juste de signaler le soin avec lequel l'étude de ces diverses périodes est poursuivie, non-seulement en France et en Europe, mais dans le monde entier. On retrouve dans cette richesse de renseignements le collaborateur du regretté Delesse, dont la science déplore encore la perte.

Étude sur l'épilepsie partielle, par Léon Greffier, interne des hôpitaux de Paris (1).

L'épilepsie partielle, ou épilepsie jacksonnienne, est une sorte d'épilepsie qui se localise à un côté du corps ou même à un membre isolé. Ce n'est pas une névrose comme la grande épilepsie, c'est un syndrôme qui relève d'*un grand nombre de lésions circonscrites* de l'encéphale. Mais, pour produire l'épilepsie partielle, ces lésions doivent siéger sur la *zone motrice corticale :* c'est du moins ce qui ressort du travail que nous analysons et qui contient à l'appui un grand nombre d'observations.

Quant aux symptômes, ils ressemblent beaucoup, sauf leur limitation, à ceux de l'épilepsie commune. Signalons un point spécial mis en lumière dans cette thèse : c'est l'*exagération des réflexes* dans les membres atteints. D'après l'auteur, ce symptôme indiquerait qu'il y a dans un certain nombre de cas d'épilepsie partielle *une dégénérescence descendante,* analogue à ce qui se produit à la suite d'une hémorrhagie cérébrale. L'auteur invite les médecins à porter leur attention sur ce point et à examiner la moelle dans tous ces cas.

Une particularité fort intéressante, c'est que le petit mal et le délire épileptique font presque constamment défaut. Ces malades ne sont donc pas des aliénés, ils ne sont nullement dangereux pour leur entourage.

Puisque l'épilepsie partielle relève de lésions fort diverses, il est évident que ses causes sont également diverses. La *syphilis* est une des causes fréquentes, et cela est heureux, car, dans ce cas, le traitement spécifique a sur l'affection la plus heureuse influence.

Quant aux autres cas, ils ont été améliorés par les traitements que l'on dirige d'ordinaire contre l'épilepsie commune.

(1) In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, Coccoz.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté en date du 7 septembre 1882, un concours pour un emploi de suppléant des chaires de chimie, pharmacie, matière médicale et histoire naturelle sera ouvert le 12 mars 1883, à l'École préparatoire de Clermont-Ferrand.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

— *Avis.* — Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Étude sur la goutte et sur ses différents modes de traitements, par le docteur Souligoux, médecin consultant, à Vichy. 1 vol. in-8°. — Prix : 5 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Contribution à l'étude du goître exophtalmique ; pathogénie, traitement, par le docteur Nimard. In-8°. — Prix : 3 fr. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Signes et diagnostic de la grossesse extra-utérine, par le docteur Chayé. In-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Histoire d'une balle retrouvée dans le larynx dix ans après son entrée dans la tête, guérison, par le docteur Ch. Fauvel. In-8°, avec 6 figures dans le texte. — Prix : 1 fr. 25. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Du pansement à l'iodoforme et de ses dangers, par le docteur Le Dentu. In-8°. — Prix : 50 centimes. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 13347.

N° 105. — MARDI 12 SEPTEMBRE 1882. 55e ANNÉE. MARDI 12 SEPTEMBRE 1882. — N° 105.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HIPPOCRATE — LITTRÉ — MAILLOT

DE LEUR ROLE DANS L'HISTOIRE DES FIÈVRES CONTINUES DANS LES PAYS CHAUDS ET MARÉCAGEUX.

Par F.-C. Maillot.
Ancien président du Conseil de santé des armées.

> « C'est donc avec un juste sentiment d'une distinction réelle et fondamentale que M. Maillot a donné le nom de pseudo-continues aux fièvres continues des pays chauds. »
> Littré.

Si quelque chose a le droit de m'étonner, c'est, sans contredit, de pouvoir inscrire mon nom, sans qu'il paraisse déplacé, à côté de ceux d'Hippocrate et de Littré. A qui s'en scandaliserait, je dirais que ce n'est pas à moi qu'il devrait s'en prendre, mais bien exclusivement à Littré lui-même, qui, en mettant mes travaux en regard de ceux du Père de la médecine, me place dans l'obligation, pour bien en déterminer la nature et la portée, d'exposer, d'interpréter avec lui ce qu'il m'a été donné d'observer dans des conditions identiques à celles parmi lesquelles pratiquait, enseignait et écrivait le grand médecin de Cos.

Me voici donc, à soixante-dix-neuf ans, encore une fois sur la brèche, que, du reste, malgré mon constant amour de la vie calme et retirée, je n'ai jamais complètement abandonnée depuis 1834, obligé, assez fréquemment, de rompre des lances en faveur d'idées que je crois justes, utiles à l'humanité et auxquelles un homme du devoir ne saurait laisser porter atteinte, sinon pour lui, du moins pour les autres.

C'est ainsi que, il y a quelques jours, j'ai cru devoir publier dans la *Gazette des hôpitaux* (2 septembre) un article destiné à réfuter une assertion qui me faisait voir que tous les médecins ne se rendaient pas compte de la transformation opérée par l'observation algérienne dans l'histoire et le traitement des si meurtrières endémies paludéennes.

Au moment même où je livrais cedit article à l'impression, on me communiquait la savante dissertation que M. Daremberg a publiée dans la *Revue des Deux Mondes* (1er août) sur l'œuvre médicale de Littré.

J'ai beaucoup regretté de ne plus trouver à Paris M. Daremberg, qui était parti pour une mission en Orient. Je l'aurais prié de faire une légère rectification qu'il ne m'aurait pas refusée ; j'en ai pour garants son amour héréditaire pour la vérité, puis le bon souvenir qu'il me conserve pour les comptes-rendus que j'ai faits loyalement, sincèrement, et consciencieusement élogieux, de huit à dix volumes publiés par son père. (Oribase, Galien, *Histoire de la médecine*, Rufus d'Éphèse.)

Son absence devant durer plusieurs mois, je suis donc condamné à le remplacer et à faire ressortir ce que je ne crois pas exact dans sa dissertation, bien que je déclare hautement que je lui suis reconnaissant de ce qu'il dit de moi dans le passage auquel je fais allusion et que je m'en trouve très-honoré.

Néanmoins la question est si importante pour la science, pour l'humanité, pour l'honneur de la médecine militaire, et, je n'hésite pas à le dire, pour moi-même, que je demande la permission de l'examiner un peu longuement ; ce qui m'amène à reproduire une page entière du travail si remarquable de M. Daremberg. Cette page, du reste, est si savante, si instructive, si attrayante que le lecteur me saura gré de la lui faire connaître.

« Cette liste très-écourtée, dit M. Daremberg, des découvertes renouvelées des Grecs serait bien incomplète si nous ne signalions la trouvaille la plus importante que M. Littré ait faite au milieu des œuvres d'Hippocrate. C'est celle des *fièvres rémittentes* ou *pseudo-continues* de Grèce, dont parlent à chaque instant les auteurs hippocratiques et que les commentateurs du centre de l'Europe avaient complètement méconnues. M. Littré lui-même, dans son article Fièvre typhoïde du *Dictionnaire en trente volumes*, avait considéré ces fièvres comme des fièvres typhoïdes. Mais, depuis ce temps, nos soldats avaient été en Morée (1828). Là, nos officiers de santé militaires se virent aux prises avec un ennemi absolument nouveau : les uns le regardèrent comme étant la fièvre typhoïde, les autres comme une entérite grave ; d'autres enfin, ne regardant guère, se contentèrent de saigner à blanc, selon la méthode de Broussais. Quelques années plus tard, ces mêmes médecins passèrent en

Afrique et ils se retrouvèrent en face du même ennemi : ils saignèrent de plus en plus, et les malades moururent presque tous. Il faut arriver à 1836 pour rencontrer un médecin modeste, mais observateur éclairé et convaincu, M. Maillot, qui osa renverser toutes ces idées erronées et appela les fièvres d'Afrique *irritations cérébro-spinales intermittentes*. M. Littré lut ce mémoire et ce fut une révélation pour lui. Il comprit que la pathologie d'Hippocrate n'était pas la pathologie d'un Parisien, d'un Londonien ou d'un Viennois, mais bien la pathologie de la Grèce, et que les fièvres d'Hippocrate étaient les fièvres des pays chauds, causaient le gonflement de la rate et la douleur des flancs, comme l'avait parfaitement observé le médecin de Cos. Cette découverte de M. Littré eut une portée immense; elle démontra d'une façon irréfutable que ces fièvres de Grèce et d'Algérie, soi-disant inflammatoires, faisaient partie de la grande famille des fièvres paludéennes et qu'il fallait traiter par le quinine comme les médecins anglais le faisaient depuis longtemps dans l'Inde. M. Maillot s'empara avec ardeur de la découverte de M. Littré et lui fit porter ses fruits auprès de nos pauvres soldats d'Afrique que les émanations telluriques et la saignée décimaient. L'Algérie n'a pas oublié le grand service que M. Maillot lui a rendu et elle vient de donner son nom à un nouveau village. Voilà, certes, une conquête de la science au profit de la civilisation que l'histoire de la médecine peut bien revendiquer. » (*Revue des Deux Mondes*, 1er août 1882, p. 645.)

Analysons ce bel exposé et cherchons à y découvrir ce qui en revient à Hippocrate, à Littré et à moi en particulier.

Hippocrate divise les fièvres en intermittentes et en continues; mais, d'après M. Littré, ces dernières comprenaient les rémittentes : de là peut-être, selon moi, ont surgi les difficultés qui ont rendu impossible la compréhension de la pyrétologie jusqu'au jour où le grand médecin français est venu l'éclairer d'une si vive lumière et mettre ainsi un terme aux tentatives malheureuses que l'on faisait si inutilement depuis tant de siècles pour appliquer aux maladies de nos pays des préceptes qui avaient été posés pour des pays chauds et marécageux.

« Laissant de côté les fièvres intermittentes qui ne peuvent être, dit-il avec raison, l'objet d'aucune contestation, M. Littré constate que sous la dénomination de fièvres continues (πυρετοί συνεχέες), Hippocrate a compris toutes les fièvres qui n'ont pas d'intermissions régulièrement caractérisées; puis, passant rapidement et avec non moins de raison sur l'*hémétritée* qu'il me paraît bien difficile de comprendre, il aborde résolument l'étude des formes morbides qui, dans sa pensée, constituent réellement la classe des fièvres continues hippocratiques. Ces formes morbides sont le *causus*, la *phrénitis* et le *lethargus*.

Le *causus* a été signalé par la plupart des médecins qui ont écrit sur les maladies des pays chauds; et l'on peut rapporter au *lethargus* (p. 575) et à la *phrénitis* plusieurs observations de M. Maillot qu'il a intitulées, les unes *fièvres pernicieuses comateuses pseudo-continues*, les autres fièvres pernicieuses *délirantes pseudo-continues*. Ces dénominations sont les équivalents du lethargus et du phrénitis d'Hippocrate; et M. Maillot, frappé lui-même de ces conditions diverses, remarque que l'analogie des fièvres pseudo-continues avec les intermittentes se révèle tantôt par le *coma* (lethargus), tantôt par le *délire* (phrénitis), et que c'est une variété de forme, mais non de nature. Ce passage de M. Maillot est le meilleur commentaire des variétés de fièvres rémittentes et continues, admises par Hippocrate sous les noms de lethargus et de phrénitis. »

Le grand mérite de M. Littré est donc, grâce à sa profonde intuition, à son sens médical hors ligne, à sa vaste érudition, d'avoir pu s'élever à cette haute conception de l'identité qui existe entre les fièvres d'Hippocrate et celles de tous les pays chauds.

Mon rôle, à moi, dans ce mouvement scientifique, a été celui d'un praticien élevé dans une école où l'analyse sévère des symptômes était érigée en un article de foi; il a consisté à bien observer les faits qui se déroulaient sous mes yeux dans des pays dont le climat se rapprochait de celui de la Grèce; à rechercher dans les cadavres ce qui pourrait me rendre compte des causes de la mort; à reconnaître que la marche des maladies et l'anatomie pathologique ne répondaient pas à ce que j'avais vu ailleurs. Je m'attachai à saisir les liens qui rattachaient les unes aux autres ces affections étranges qui faisaient, chaque année, passer plusieurs milliers de malades dans nos salles; et, de déductions en déductions, j'arrivai à surprendre le processus par lequel des accès, simples d'abord, se compliquent, se prolongent, s'enchevêtrent les uns dans les autres; puis, passent de la rémittence à la continuité, mais à une continuité spéciale, particulière, et dont les conditions restent encore aujourd'hui même à déterminer : c'est ce qui a fait dire à M. Littré que « c'est avec un très-juste sentiment d'une distinction réelle et fondamentale que M. Maillot a donné le nom de pseudo-continues aux fièvres continues des pays chauds ».

Cette appréciation d'un si grand maître est la plus belle récompense que j'aie jamais pu ambitionner pour mes travaux; d'autant plus qu'elle a pris place dans l'impérissable collection des œuvres d'Hippocrate. Elle m'autorise aussi à me demander si M. Daremberg, dans ses conclusions, n'a pas perdu de vue ses prémisses; s'il ne lui a pas échappé qu'il venait de dire, quelques lignes plus haut, que mon mémoire avait été une *révélation pour Littré*, dont la *découverte*, ajoute-t-il, *eut une portée immense*. Dès lors, il aurait dû dire que cette découverte pouvait se diviser en deux parts : l'une, brillante, éminemment scientifique, surtout littéraire et révélant une capacité de génie; l'autre, toute d'observation, purement pratique, relevant exclusivement de la clinique, s'opérant silencieusement dans les salles de malades et à l'amphithéâtre, mais dont l'évolution était terminée lorsque la précédente commençait. Ce n'est donc pas Littré qui a été le précurseur, et je n'ai pu m'emparer de ses travaux pour éclairer les miens; c'est tout le contraire qui est advenu. M. Littré lui-même dit, à plusieurs reprises, que mon livre lui a été d'un grand secours; et c'est évident, sa magnifique argumentation sur les *Épidémies* datant de 1840, et mes principales recherches sur les fièvres intermittentes ayant été publiées en 1834, 1835 et 1836. A cette dernière date, j'avais complètement arrêté et formulé mon traitement des fièvres du nord de l'Afrique; lequel traitement, depuis près d'un demi-siècle, par conséquent, sauve annuellement plusieurs milliers de soldats et de colons; j'ajoute que, depuis cette époque déjà bien lointaine, je n'ai modifié en rien les principes sur lesquels je l'avais institué et qu'ils servent encore de règles d'une façon presque absolue; car on n'y a apporté que des modifications de détail tout à fait secondaires.

Je me demande maintenant si, après une dissertation aussi sérieuse, je ne devrais pas renoncer à examiner l'é-

nonciation de M. Daremberg sur l'emploi que, depuis longtemps, les médecins anglais font, dit-il, du quinquina dans les fièvres paludéennes de leurs colonies. En cela ils agissent comme l'ont fait les médecins de tous les pays, depuis Morton et Torti. Mais leur médication ressemble-t-elle à celle de nos médecins de l'armée d'Afrique? Je ne le crois pas; j'affirme même le contraire; je viens de consulter plusieurs de leurs traités de médecine pour me renseigner sur la question, et ils ne me paraissent guère plus avancés que Clark, dont la thérapeutique était cependant si inférieure à son diagnostic. Je désirais beaucoup connaître celle de Twining que Littré cite si souvent en comparant ses observations à celles d'Hippocrate; mais je n'ai pu me procurer son livre imprimé, en 1835, à Calcutta, postérieurement à mon premier mémoire et n'ayant pu, par conséquent, me servir de guide; il n'est ni dans la riche librairie Baillière, ni à la bibliothèque de la Faculté, ni à celle du Val-de-Grâce. Je viens cependant de trouver dans le *Clinical Researches of disease in India* de Charles Morehead (London, 1860) quelques courts passages relatifs à sa thérapeutique et cette lecture m'a confirmé dans la pensée que si Littré ne s'en était pas servi, comme il avait fait de la mienne, pour en tirer des arguments en faveur de la thèse qu'il soutenait sur les fièvres pseudo-continues, c'est qu'il n'en avait pas été satisfait.

Faut-il remonter à 1818 et interroger la traduction que M. Hipp. Cloquet nous a donnée du *Traité de médecine pratique* de Robert Thomas (de Salisbury)? Nous y verrions que, dans les climats froids, on doit attendre, avant de songer à donner le quinquina, qu'il y ait une rémission complète et parfaite; mais, dans les climats chauds, il faut saisir l'instant où elle se manifeste, fût-elle fort courte et très-peu caractérisée »..... c'est très-bien. Mais si on ne la saisit pas; si, ce qui est très-fréquent dans la saison des chaleurs, elle est réellement insaisissable, les malades meurent emportés par un accès pernicieux ou s'engagent dans l'état ataxo-adynamique.

Parlerai-je du *Manual of the climate and diseases of Tropical Countries* de Colin Chisholm, imprimé à Londres en 1822? On y chercherait en vain le mot quinquina dans les pages consacrées à faire connaître le traitement des fièvres intermittentes et rémittentes : de la page 44 à la page 48 pour les premières; de la page 50 à la page 53 pour les secondes. Il n'y est question que de l'arsenic comme antipériodique.

Dans son grand et bel ouvrage (*The Science and Practic of Medecine*) (London, 1866), William Aitken se rapproche de notre manière de faire; il recommande le sulfate de quinine à doses assez élevées; à cette occasion, il me fait l'honneur de me citer; mais il me semble qu'il me blâme un peu de ne pas attendre la rémission pour administrer le fébrifuge par excellence.

En résumé, mon opinion sur les médecins anglais dans leur pratique aux Indes est qu'ils sont très en arrière de nous. Dans leurs écrits, ils continuent à ne parler que des types intermittent et rémittent; ils ne paraissent pas avoir une idée bien nette de la nécessité de faire, dans un but pratique, une place spéciale aux fièvres continues paludéennes. De là, une grande hésitation dans leur traitement; de là, leurs vomitifs, leurs purgatifs réitérés pendant plusieurs jours, l'opium, le calomel, etc.; de là ces tâtonnements avant d'administrer le sulfate de quinine pour le faire pendant une rémission; de là le passage de leurs fièvres à l'état ataxo-adynamique et qui doit être fréquent, à en juger par la longue nomenclature et la nature de leurs médicaments, pendant que nous, dans des conditions identiques, nous n'employons guère que le sulfate de quinine.

Notons bien, à ce sujet, que le point le plus important peut-être du traitement des affections paludéennes est de prévenir ce passage à l'état ataxo-adynamique, toujours si grave, si souvent mortel, et auquel il faut rapporter ce que les auteurs anciens disent des fièvres *putrides, malignes, ataxiques, adynamiques* (*typhoïdes* aujourd'hui) pendant l'été et l'automne dans les pays chauds et marécageux. C'est à cet état encore que, de nos jours même, en Morée, et dans les premières années de notre séjour en Algérie, il faut attribuer la grande mortalité qui avait tant ému l'opinion en France, comme le constatent les discussions du Parlement sous Louis-Philippe.

Aujourd'hui, nous connaissons à peine ces redoutables transformations dans nos hôpitaux depuis que les médecins des armées de terre et de mer ont adopté une médication spéciale, bien connue, s'appuyant sur d'innombrables succès, énergiquement défendue par d'imposants travaux, d'origine essentiellement française; qu'elle a été instituée à Bône en 1834; et qu'elle m'appartient entièrement, exclusivement, sans partage.

Paris, 6 septembre 1882.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Hardy.

La marche du diabète.

I

Je ne reviendrai pas ici sur ce que je vous ai dit en maintes occasions du diabète, je veux aujourd'hui vous parler seulement de la marche et des divers modes de terminaison de cette affection.

On peut considérer au diabète trois périodes : une période initiale, une période d'état, une période terminale. Nous allons les passer toutes trois successivement en revue.

1° *Période initiale.* — Cette période est généralement ignorée du médecin, voire même du malade qui ne s'aperçoit nullement au début, et souvent même pendant bien longtemps, qu'il est diabétique. Souvent même aussi il ignore quand il a commencé à avoir une soif plus vive et des urines plus abondantes. Le début est donc généralement des plus insidieux; le diabète peut échapper, pendant des mois et même des années, à l'attention des malades et la première période reste ainsi plus ou moins longtemps à l'état latent. Ce n'est que lorsque la maladie est déjà assez avancée que l'on s'en aperçoit.

Néanmoins le diabète débute en général par une soif plus ou moins vive, par une augmentation dans la quantité des urines émises dans les vingt-quatre heures, par une diminution des forces, par un peu d'amaigrissement, enfin chez les hommes un certain degré d'anaphrodisie. Si, dès ce moment, vous examinez les urines vous avez la confirmation du diabète par les caractères physiques et chimiques propres à cette affection.

Deuxième période ou *période d'état.* — Celle-ci est caractérisée par la polydipsie, la polyphagie et la polyurie, et le plus souvent par un amaigrissement progressif considérable. C'est

ainsi que nombre de malades perdent chaque semaine de 200 à 500 grammes de leur poids. Le malade que nous avons depuis quelque temps déjà dans nos salles perdait 500 grammes de son poids par semaine au moment de son arrivée à l'hôpital. Ajoutons à cela une augmentation de l'affaiblissement musculaire que nous avons déjà indiqué dans la première période.

Mais il y a une autre catégorie d'individus diabétiques, que l'on pourrait appeler les diabétiques gras, par opposition à ceux dont nous venons de vous parler.

Les diabétiques gras conservent leur embonpoint, leurs forces et leur entrain, et les seuls phénomènes qu'ils présentent de cette affection sont des urines plus abondantes et sucrées, ainsi qu'une soif plus grande. Ces malades sont généralement en même temps des goutteux. Du reste, la goutte prédispose au diabète bénin. Ce sont des individus qui vivent bien, qui ont une bonne hygiène, qui mangent bien, et ce qu'ils perdent d'un côté par la fabrication du sucre dans leur organisme, ils le réparent par une bonne nourriture. Ils ne perdent pas plus d'urée qu'il ne faut.

Les diabétiques maigres, au contraire, ont une nourriture mauvaise, insuffisante, d'où un amaigrissement progressif ; la perte quotidienne de l'urée est plus considérable, elle n'est nullement en rapport avec l'alimentation, et, loin de se trouver réparée, elle augmente de jour en jour, tandis que les chlorures ordinaires des urées diminuent. Ces malades vivent d'eux-mêmes, on pourrait les appeler des autophages ; ils perdent peu à peu forces et embonpoint.

En outre de cet amaigrissement plus ou moins notable, on trouve encore chez eux un ralentissement des fonctions respiratoires ; ils respirent moins bien et n'absorbent plus guère qu'un tiers de la dose d'oxygène absorbée ordinairement par l'homme sain. Le diabétiques gras en absorbent au moins les deux tiers.

Donc, respiration moins active, laquelle entraîne une calorification moindre, une combustion et une oxydation inférieures à la normale. C'est ainsi que la température de ces malades oscille le plus souvent autour de 36°, quelquefois de 35° et même de 34°. L'acide carbonique est également exhalé en moindre quantité.

Les phénomènes que je viens de vous décrire continuent pendant un temps plus ou moins long ; c'est dans cette période que l'on voit se développer des furoncles, de l'érythème, tandis que la santé se conserve encore assez bien.

Troisième période. — Ici nous voyons apparaître tout un cortège d'accidents caractérisés par la cachexie, le marasme, une faiblesse musculaire telle que les malades ne peuvent plus marcher ; l'appétit se perd, la soif diminue, les urines sont moins abondantes, la quantité de sucre qu'elles renferment est moindre également. Ces diminutions ne coïncident ni avec une réparation des pertes subies par l'organisme, ni avec une amélioration générale ; le pronostic devient alors des plus graves, l'affaiblissement augmente, la respiration s'embarrasse, la dyspnée augmente, et le malade tombe dans le marasme profond et terminal.

La durée du diabète est difficile à indiquer ; la maladie aurait quelquefois la forme aiguë, elle évolue rapidement et en quelques mois les malades en arrivent à la période ultime. Cela est rare cependant, et dans ces cas-là même on ne sait pas si le diabète n'est pas resté méconnu ou à l'état latent pendant un temps plus ou moins long avant de faire explosion. Chez d'autres malades, l'affection dure depuis longtemps déjà lorsque les phénomènes aigus surviennent, qui emportent les malades rapidement dans l'espace de trois mois.

Le plus généralement le diabète dure plusieurs années, il dure un temps qui peut varier entre trois et vingt années. Ce dernier chiffre s'observe surtout chez les gens riches, chez lesquels l'affection a pris un caractère marqué de chronicité, chez les individus qui peuvent s'alimenter convenablement et vivent dans une bonne hygiène sous tous les rapports. Cependant, tout en ayant confiance dans la durée, qu'on pourrait appeler illimitée, de leur maladie, qu'ils prennent garde à ne contracter aucune indisposition, qu'ils évitent avec soin tout accident, car toute maladie intercurrente qui surviendrait acquerrait une gravité exceptionnelle du fait même du diabète chronique préexistant. Celui-ci, en effet, recevrait comme une sorte de coup de fouet de l'affection accidentelle et évoluerait rapidement vers une terminaison mortelle.

Au contraire, le diabétique parvient-il à échapper heureusement à tout état morbide nouveau et accidentel, il pourra supporter très bien son diabète pendant un grand nombre d'années, dix, quinze, vingt ans, même davantage, et pour ainsi dire jusqu'à son dernier jour.

Il est même des malades chez lesquels on voit quelquefois la présence du sucre dans les urines disparaître complètement sous l'influence d'un traitement spécial convenablement dirigé, et la soif, jadis intense, cesser tout à fait, puis sucre et soif se montrer de nouveau sous l'influence du moindre écart de régime. C'est là ce que l'on a appelé avec raison le diabète intermittent ; on l'observe surtout chez les sujets déjà primitivement goutteux.

Le diabète peut donc avoir, selon les cas, selon les sujets, selon les conditions de vie et d'hygiène dans lesquels ceux-ci se trouvent, le diabète, disons-nous, peut donc avoir une durée parfois indéterminée.

HOPITAL NECKER. — M. Trélat.

I. Carcinome du sein. — II. Blennorrhagie et phlegmon périnéo-uréthral. — III. Luxation sous-coracoïdienne de l'épaule.

I. Au nº 20 de la salle des femmes nous avons une malade de soixante ans qui porte au sein droit une tumeur d'un diagnostic facile.

Cette femme n'a aucun antécédent héréditaire, elle a toujours joui d'une bonne santé, elle a deux enfants bien portants, elle est robuste bien qu'un peu maigre. Depuis deux ans elle s'est aperçue d'une petite tumeur se développant à la partie supérieure du sein droit, tumeur dure, bosselée, irrégulière, présentant un seul petit point douloureux au niveau de son adhérence avec la peau, sans aucune ulcération. Cette tumeur affecte actuellement le volume d'une pomme d'api. Enfin nous n'avons trouvé aucun ganglion axillaire ni sous-claviculaire, et le mamelon ne donne issue à aucun écoulement. De plus, l'état général de la malade éloigne toute idée de cachexie.

Une tumeur qui présente ces caractères et qui a suivi semblable évolution ne saurait être qu'une néoplasie ; elle

correspond très-bien à ce qu'on a appelé un squirrhe ou carcinome dur, alvéolaire.

Certains chirurgiens, en présence d'une évolution aussi lente, de l'absence de douleurs véritables et d'ulcérations, laissent pareille tumeur sans y toucher. Quant à moi, je ne suis pas de cet avis, et le diagnostic n'étant pas douteux, je trouve avantageux pour la malade de l'opérer avant que la tumeur n'ait donné lieu à quelque retentissement ganglionnaire ou à quelque foyer secondaire.

Les conditions me paraissent donc des plus favorables pour faire chez notre malade l'ablation de sa tumeur.

II. J'espérais amener jusqu'à ce matin, pour vous le montrer, certain jeune malade dont la lésion est assez rare; mais en présence des accidents fébriles survenus depuis deux jours, j'ai dû l'opérer hier matin à la visite, sans attendre davantage. Aujourd'hui la tumeur inflammatoire, ouverte hier, va bien, mais elle n'a plus l'aspect intéressant qu'elle présentait hier.

Il s'agit du malade du nº 9, d'un garçon grand, blond et long, âgé de vingt-trois ans, garçon marchand de vin qui a attrapé la chaude-pisse il y a quatre mois et dont il n'était pas encore guéri lorsque, il y a dix jours, il a éprouvé une certaine raideur douloureuse du périnée. Le lendemain il y avait un certain gonflement. Deux jours plus tard, souffrant de plus en plus, il est entré dans nos salles.

A son arrivée nous avons retrouvé tout d'abord les vestiges de son écoulement, sans orchite cependant; les bourses étaient souples. Mais en arrière il existait, surtout du côté droit, un certain gonflement, para-uréthral ou périnéo-para-uréthral empiétant sur la région bulbaire et débordant vers l'origine de la fesse droite. La tuméfaction n'appartenait en rien à la région sphinctérienne de l'anus et n'avait pas non plus son origine dans ses plis rayonnés, ni dans la fosse ischio-rectale.

C'était donc bien une tumeur périnéo ou para-uréthrale venant mourir sur la racine de la fesse droite, éloignant ainsi toute pensée d'accidents aigus du côté de l'anus ou du rectum restés parfaitement sains.

Qu'était-ce donc alors que ce gonflement assez régulier, pâteux, rouge, un peu douloureux sans donner lieu toutefois à des souffrances bien vives? Tout au moins le malade ne se plaignait pas beaucoup; du reste, il n'est pas douillet et nous a montré une certaine résistance à la douleur dans l'opération que nous lui avons fait subir hier.

Était-ce un gonflement inflammatoire conséquence de quelque infiltration urineuse, non pas de ces grands épanchements d'urine suite de quelque traumatisme, mais bien de ces petites infiltrations fines consécutives à quelque rétrécissement blennorrhagique? Mais la marche était bien lente pour admettre cette hypothèse : neuf jours d'infiltration urineuse pour une tumeur aussi médiocre, aussi peu étendue, d'une couleur rouge, franche, sans aucune trace de gangrène, neuf jours c'était bien long. De plus, le malade avait toujours continué à uriner largement, abondamment, sans souffrances, sans aucune gêne de la miction.

Était-ce donc une inflammation simple, idiopathique pour ainsi dire? Non; je ne le pensai pas non plus en raison de la chaude-pisse dont ce garçon était atteint. Aussi je me ralliai volontiers à l'hypothèse émise par mon chef de clinique, M. Campenon, d'un phlegmon par propagation à travers les glandes de Cowper, et cheminant peu à peu jusque dans la région périnéo-para-uréthrale.

L'incision que j'ai pratiquée largement hier sur le gonflement a prouvé la vérité de ce diagnostic. Nous avons trouvé un tissu ferme, résistant, rouge, contenant quelques petits foyers purulents qui ont donné issue à la valeur d'un dé à coudre de liquide purulent. Il n'y avait aucune trace de gangrène.

J'ai appliqué aussitôt après l'opération le pansement de Lister. Le malade est actuellement très-soulagé.

III. Je vais essayer de réduire dans quelques instants, chez un homme de soixante-dix ans, une luxation de l'épaule droite vieille déjà de quarante-neuf jours. Cet homme était tombé de sa hauteur, et à la suite de cette chute se trouvant dans l'impossibilité de remuer le bras, il avait fait demander un médecin qui avait reconnu une luxation de la tête de l'humérus. Celle-ci, d'après son dire, aurait été réduite immédiatement, le membre aurait été mis dans une écharpe avec recommandation d'un repos absolu.

Cependant dès le lendemain notre homme, ne tenant aucun compte de ce qui lui avait été ordonné, reprenait ses travaux. Mais bientôt les mouvements devenaient si difficiles et si douloureux qu'il ne pouvait plus travailler. Il resta ainsi quelque temps jusqu'au moment où il s'est décidé à entrer à l'hôpital.

Avons-nous affaire à une luxation qui n'a pas été réduite ou à une luxation qui s'est reproduite? Il nous est impossible de nous prononcer à cet égard. Ce que nous savons, c'est que nous sommes en présence d'une luxation persistante, datant de quarante-neuf jours, luxation sous-coracoïdienne, complète, avec vacuité du moignon de l'épaule droite à sa partie postérieure, saillie de l'acromion, tumeur dans le creux de l'aisselle formée par la tête de l'humérus, etc., luxation, enfin, qui permet encore au malade de faire quelques mouvements.

Pour être certain qu'une luxation a été réduite, il ne suffit pas, comme on l'a dit souvent autrefois, d'entendre un certain bruit caractéristique au moment de la réduction : il faut que les rapports normaux des os entre eux soient rétablis.

Les luxations récentes de l'épaule sans complication ne sont pas irréductibles, tandis que dans les luxations anciennes vous avez certains obstacles à vaincre, souvent des plus difficiles, parfois même impossibles. Ces obstacles ne sont pas des obstacles osseux, dus à quelque accrochement défectueux, permettez-moi le mot. Mais la tête de l'humérus, déplacée depuis un certain temps, se creuse peu à peu une loge demi-inflammatoire dans ses rapports nouveaux, tandis que d'autre part la capsule fibreuse articulaire qui avait été déchirée, se ferme et se cicatrise sur la cavité glénoïde de l'omoplate, dont elle prend possession, comble le vide laissé par la tête de l'humérus et forme un coussinet, véritable obstacle à la réduction de la luxation.

Telle est la cause vraie des difficultés parfois invincibles que l'on rencontre lorsque l'on est appelé à réduire une luxation de date déjà ancienne.

Ici, après quarante-neuf jours, nous avons quelque chose d'assez semblable à redouter. Néanmoins, après avoir anesthésié notre malade, nous essaierons d'obtenir cette réduction au moyen du moufle et des tractions dont nous pouvons augmenter ou diminuer la force à notre volonté.

ASSOCIATION FRANÇAISE

POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES.

Congrès de La Rochelle.

Séance du 28 août (soir). — Présidence de M. Azam.

De quelques affections de la portion cervicale de l'utérus, causes de stérilité. — M. COURTY. Ce n'est pas toujours l'étroitesse des orifices du col qui empêche la fécondation. La portion cervicale est sujette à des troubles de sensibilité, de motilité, de nutrition (hypertrophiques ou atrophiques), de sécrétion, etc., qui peuvent être autant d'empêchements, soit à la pénétration, soit à la vitalité du sperme. L'auteur passe en revue toutes ces affections, dont on tient souvent trop peu compte, et il cite les moyens pour les combattre. Ces moyens sont efficaces plus souvent qu'on ne le croit, et ils dispensent du débridement dont on a un peu abusé depuis quelque temps.

Sur la méthode des tractions dans les accouchements difficiles. — M. PROS (de La Rochelle) présente à la section l'appareil obstétrical auquel il a recours dans certains cas difficiles, et qui lui a rendu maintes fois, dit-il, de véritables services. Grâce à cet appareil, il a pu obtenir vivants des enfants qui, pour plusieurs de ses confrères et pour lui, semblaient être voués à la craniotomie.

Sur les déformations du thorax qui produisent la voussure chez les pleurétiques. — M. PITRES (de Bordeaux). La déformation du thorax dans les épanchements pleurétiques abondants est le résultat de plusieurs facteurs.

A. Les muscles intercostaux refoulés par l'épanchement deviennent saillants.

B. Le côté malade de la poitrine est placé en position d'inspiration plus ou moins forcée : le sternum est repoussé en avant. Mais ces déformations ne sont pas, à proprement parler, celles qui constituent la voussure. La voussure, ainsi que l'a démontré sur le cadavre M. Peyrot dans sa thèse inaugurale, est le résultat d'un entraînement latéral du thorax. La cavité pleurale distendue tend à prendre une forme cylindrique ; le sternum est entraîné du côté malade ; l'angle costo-vertébral s'élargit de ce côté ; et en même temps, par une compensation nécessaire, l'angle costo-vertébral du côté sain se rétrécit. Cette déformation complexe a été désignée par M. Peyrot : *Thorax oblique ovalaire*. Son appréciation peut être faite assez facilement sur le vivant par un procédé très-simple, qu'on pourrait appeler le *procédé du cordeau*, c'est-à-dire par un fil placé entre le milieu de la fourchette sternale d'une part, et le milieu de la symphyse pubienne de l'autre. Ce fil suit exactement la ligne médiane antérieure du corps chez l'individu bien portant, il suit exactement le milieu du sternum et la ligne blanche abdominale, tandis qu'il passe à 1, 2 et même 3 centimètres en dehors de la ligne médiane du sternum chez un malade atteint d'un épanchement pleurétique assez abondant pour avoir déterminé de la voussure.

Sur les névropathies. — M. BUROT. A la suite d'une épidémie de suette miliaire qui a frappé en 1880 la population de l'île d'Oléron tout entière, les états nerveux ont augmenté dans une proportion considérable. L'auteur a été frappé de cette coïncidence ; il a fait une étude spéciale de ces accidents nerveux pour lesquels il a adopté la dénomination de *névropathies*, et il a présenté quelques considérations nouvelles sur cette affection. Il a remarqué que ce n'est pas seulement la suette qui peut produire ces états névropathiques, mais toutes les maladies aiguës, graves ou légères.

Les observations peuvent être rangées en deux séries principales. Dans la première, les malades présentent de la vaso-dilatation avec palpitations nerveuses, battements aortiques et congestion des vaisseaux capillaires. Dans la seconde, ils présentent de la vaso-constriction ; leur système vasculaire est crispé, et ce spasme produit le ralentissement de la circulation et l'anémie, des stéatoses viscérales et musculaires et des atrophies.

L'auteur fait remarquer que cette affection ne s'établit que d'une façon assez lente après la maladie qui lui a donné naissance, ce qui fait perdre de vue le point de départ. Une coïncidence curieuse, c'est que des personnes restées névropathes pendant de longues années ont cessé de souffrir en même temps qu'une tumeur du sein ou de l'utérus se développait. De plus, la curation ne s'établit que par des décharges successives du côté de la peau, le plus souvent du côté du tube digestif ou de l'appareil urinaire.

S'appuyant sur tous ces faits, l'auteur pense trouver la cause de l'excitation du système nerveux central ou périphérique dans un trouble circulatoire vaso-moteur, produit lui-même par des humeurs morbides engendrées à la suite des maladies aiguës et probablement analogues aux ptomaïnes ou zoamines de Boucheron ; en se localisant sur le tissu conjonctif ou sur les cellules épithéliales, elles arriveraient à engendrer des affections organiques.

M. Burot a signalé, dans le traitement, quelques faits intéressants.

Il met en relief les dangers de l'eau froide, au début, quand les malades sont excités, et l'utilité des bains tièdes dans de certaines conditions ; il signale les avantages de l'électricité à courant continu, et surtout de l'électricité statique suivant la méthode de M. Charcot.

Il préconise les bromures associés au chloral, combinés avec les purgatifs et les diurétiques.

Enfin M. Burot a essayé plusieurs fois les inhalations de nitrate d'amyle, comme le préconise M. Bonneville, pour le traitement de l'hystérie et de l'hystéro-épilepsie. Il lui a semblé que ce médicament pouvait être nuisible dans le cas de vaso-dilatation avec congestion et rougeur de la face. Au contraire, quand le visage est pâle et qu'il paraît exister une vaso-constriction générale, on peut l'employer avec efficacité, car il établit la circulation cérébrale et fait cesser les crises.

Hydrologie. — M. DE VILLANOVA, délégué de la Société d'hygiène de Madrid, en déposant sur le bureau un certain nombre de documents scientifiques, appelle l'attention de ses confrères sur les rapports qui existent entre la géologie et les études hydrominérales.

Épithélioma kystique de la clavicule. — M. RENÉ LE CLERC communique, au nom de M. Suchard et en son propre nom, l'observation d'une femme de soixante-deux ans, arthritique, mais très-vigoureuse, qui entra à l'hôpital de la Pitié au mois de décembre dernier pour une tumeur de la clavicule droite située un peu en dehors de l'articulation sterno-claviculaire. Cette tumeur indolente, ferme, inspirait quelques doutes sur son origine (la malade fut soumise au traitement spécifique, mais sans aucun succès), et, grosse au début comme un petit œuf de pigeon, elle présentait au mois de janvier le volume d'un œuf de poule. M. Verneuil pensait alors qu'il s'agissait d'un ostéo-sarcome.

La tumeur continuant à croître, il résolut d'en pratiquer l'ablation. L'opération eut lieu le 27 juin dernier, non sans donner lieu à quelques craintes sérieuses tant par la région sur laquelle il fallait opérer que parce que la femme était emphysémateuse. Quelques accidents pulmonaires se sont déclarés au douzième jour, suivis peu de temps après de troubles digestifs, perte de force et phénomènes adynamiques ; néanmoins cette femme a résisté jusqu'à ce jour, mais elle est toujours dans un état pathologique sérieux. La tumeur avait la consistance d'un ganglion lymphatique et son examen histologique a démontré qu'on était en présence d'un épithélioma kystique de la clavicule, épithélioma très-probablement secondaire de quelque affection néoplasique de l'estomac, si l'on en juge d'après les accidents gastriques que l'on a constatés depuis l'entrée de cette femme à l'hôpital.

M. DUPLOUY a observé naguère un sarcome osseux de l'extrémité inférieure du tibia qui nécessita l'amputation de la jambe dans une région assez haute pour être sûr d'enlever toute la partie malade. Les suites de l'opération furent des plus heureuses, mais six semaines plus tard des accidents morbides de même nature se manifestèrent dans les épiphyses de certains os tels que le radius, le cubitus, la tête du tibia du côté opposé, etc., ainsi que sur l'un des pariétaux.

Analyse micrographique des eaux. — M. CERTES, dans le mémoire dont il donne lecture, s'est surtout occupé des eaux potables. Là où le chimiste dit : « matières organiques » parce qu'il en trouve les éléments dans son creuset, le zoologiste armé du microscope dit : « infusoires, algues ou microbes », et le physiologiste, par la méthode des cultures et des inoculations, constate la nocuité ou l'innocuité des organismes qu'il a réussi à isoler et à faire vivre.

L'étude des eaux potables comporte donc trois sortes d'analyse : chimique, micrographique et physiologique, lesquelles s'imposent toujours soit qu'il s'agisse d'approvisionner une grande ville, soit que l'on ait à rechercher l'origine de certaines affections épidémiques. Dans sa communication, M. Certes a pour but de faire connaître les résultats obtenus soit en France, soit à l'étranger, par l'emploi des réactifs et notamment de l'acide osmique pour l'analyse micrographique des eaux, de faire connaître aussi les nouveaux réactifs qui peuvent être employés simultanément avec l'acide osmique ou à son défaut.

Suette miliaire chronique. — M. PINEAU (de Château-d'Oléron) lit un travail dont voici les conclusions :

I. Il existe de la suette aiguë (sporadique ou épidémique) une forme non encore décrite que je propose d'appeler simplement « suette miliaire chronique ».

II. Succédant le plus souvent à la suette aiguë et n'en étant alors, en quelque sorte, que la convalescence longuement prolongée, elle peut cependant survenir spontanément et chronique d'emblée, ou après une courte période subaiguë, dans une contrée prédisposée à la suette aiguë.

III. D'après mon observation, elle n'atteindrait que les adultes et, comme la suette aiguë, les femmes dans une proportion légèrement plus élevée.

IV. Ses grands symptômes rappellent ceux que Jaccoud assigne à l'irritation cérébro-spinale ou nervosisme. Ce sont : des sueurs habituelles et profuses, une éruption miliaire rare et discrète, une parésie musculaire considérable, une atonie stomacale persistante ; puis des sensations subjectives de chaud et de froid, des douleurs névralgiformes ou rhumatoïdes, de l'angoisse épigastrique, des palpitations.

V. Cette affection, presque identique à elle-même dans tous les cas, aurait une durée de quelques mois à trois ou quatre années, avec tendance naturelle à la guérison.

VI. Le sulfate de quinine, dans quelques cas rares, mais, d'une façon générale, l'hydrothérapie à l'eau froide, et, *à priori*, les courants continus, sont les seuls agents à lui opposer bien efficacement.

La séance est levée à cinq heures un quart.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté en date du 31 août 1882, le nombre des places d'agrégés près les Facultés de médecine mises au concours par l'arrêté du 20 mai 1882 est porté de quarante-neuf à cinquante.

Cette cinquantième place sera comprise dans la section d'accouchements et sera réservée à la Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon.

— Le jury du concours pour les prix de l'internat est constitué comme suit : MM. Oulmont, Guyon, Bucquoy, Horteloup, Richelot, Hutinel et Moizard.

—*Épidémies.*— Le *Journal officiel* publie la note suivante : « Le choléra, qui règne en ce moment dans l'extrême Orient, a atteint notre colonie de Cochinchine. D'après les dernières nouvelles, l'épidémie ne frappe guère que les indigènes. A la date du 4 septembre, huit Européens seulement avaient été atteints, trois avaient succombé. Toutes les précautions avaient d'ailleurs été prises d'avance pour combattre le fléau, dont les progrès à Manille et dans l'Annam faisaient prévoir l'invasion. »

La nouvelle qui avait couru ces jours derniers de l'apparition du choléra asiatique à Marseille est heureusement démentie. Néanmoins des mesures rigoureuses contre toute provenance suspecte viennent d'être prises par M. le docteur Marroin, directeur de la Santé. Une lettre et une dépêche du ministre du commerce recommandent de redoubler de surveillance, de telle sorte que tous les navires provenant de l'Inde, de la mer Rouge, d'Alexandrie et de Manille sont soumis à une quarantaine de rigueur de trois jours avec aération, lavage, etc., s'ils n'ont pas eu de cas de choléra pendant la traversée. Dans le cas contraire, les mesures les plus rigoureuses leur sont appliquées.

Enfin le préfet des Bouches-du-Rhône a adressé à M. le directeur de la Santé de Marseille la lettre suivante :

« Monsieur le directeur, des cas de choléra ayant été signalés dans la mer Rouge et à Alexandrie, je ne saurais trop vous recommander de redoubler de vigilance, et de tenir la main, ainsi du reste que vous m'en avez donné l'assurance, à la stricte exécution des règlements concernant les navires provenant des pays infectés ou suspects.

« Je vous prie de me transmettre, aussitôt qu'elle aura été prise, la décision du conseil sanitaire, qui confirme la quarantaine, imposée dès maintenant à toutes les provenances d'Égypte et de la mer Rouge. »

D'autre part, le gouverneur de Manille télégraphie que l'épidémie est heureusement entrée dans une période de décroissance, ayant seulement enlevé, depuis qu'elle a éclaté, 300 Européens contre 17,000 indigènes en cinq semaines de temps.

Nous ajouterons, en terminant, que tous les bâtiments venant d'Égypte, de Suez et de Manille sont soumis à une quarantaine rigoureuse aux îles Baléares.

— On nous annonce la mort de M. le docteur O. Labadié, ancien maire de Narbonne, qui avait été élu député de l'Aude en 1881, ainsi que celle de M. le docteur Dorin, qui vient de succomber à Châlons-sur-Marne, à l'âge de quatre-vingt-quatorze ans.

— *Avis.* — Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Dictionnaire de chimie pure et appliquée, comprenant la chimie organique et inorganique, la chimie appliquée à l'industrie, à l'agriculture et aux arts, la chimie analytique, la chimie physique et la minéralogie, publié sous la direction de M. Ad. WURTZ (de l'Institut). — Le 5e fascicule du supplément (feuille 40 à 50) vient de paraître à la librairie Hachette et Cie.

The Transactions of the American medical Association instituted 1847, vol. XXXII. — Philadelphia, 1881. — 1 fort vol. in-8°.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 13356.

18

Bromure de Camphre du Dr Clin

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris

« Les **Capsules** et les **Dragées** du **Dr Clin** « au **Bromure de Camphre**, sont employées « avec succès toutes les fois que l'on veut pro- « duire une sédation énergique sur le système « circulatoire et surtout sur le système nerveux « cérébro-spinal.

« Elles constituent un *antispasmodique*, et « un *hypnotique* des plus efficaces »

(*Gaz. des Hôpitaux.*)

« Les **Capsules** et les **Dragées** du **Dr Clin** « ont servi à toutes les expérimentations faites « dans les Hôpitaux de Paris. » (*Un. Méd.*)

Chaque Capsule du Dr Clin renferme 0,20 } Bromure de
Chaque Dragée du Dr Clin renferme 0,10 } Camphre pur

DÉTAIL : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

GROS : CHEZ **Clin & Cie**, RUE RACINE, PARIS

28

Dragées et Elixir du Dr Rabuteau

Lauréat de l'Institut de France.

Les études faites dans les hôpitaux de Paris ont démontré que les *Dragées* et *l'Elixir* au Protochlorure de Fer du *Dr Rabuteau* régénèrent les globules rouges du sang avec une rapidité qui n'avait jamais été observée en employant les autres ferrugineux.

Ces résultats ont été constatés au moyen des divers *Compte-Globules*.

Les préparations du *Dr Rabuteau* ne produisent pas la Constipation et sont tolérées par les personnes les plus délicates.

Sirop du *Dr Rabuteau* destiné aux enfants.

DÉTAIL : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

GROS : Chez **Clin & Cie**, 14, rue Racine, Paris, où l'on trouve également les *Capsules Bromure de Camphre du Dr Clin.*

11

Quina Rocher anti-diabétique

à base de glycérine redistillée et chimiquement pure. Préparation spéciale contre le diabète, l'albuminurie, etc. Flacon 3 fr. 50.

Pharmacie Rocher, 1, rue Perrée, Paris.

12

Poudre laxative de Vichy

CONTRE LA CONSTIPATION

ne contient aucun drastique, tels que Aloès, Podophylle, Scammonée, Jalap, etc., ne provoque pas les diarrhées séreuses et débilitantes des purgatifs salins, goût agréable. Flacon. 2 fr. 50. Pharmacie Rocher, 1, rue Perrée, Paris.

82

Diathèse urique

Goutte, gravelle, rhumatisme, diabète, albuminurie, coliquesnéphrétiques, coliqes hépatiques.

CARBONATE DE LITHINE.
CITRATE DE LITHINE.
BENZOATE DE LITHINE.
SALICYLATE DE LITHINE.
BROMHYDRATE DE LITHINE.

Granulés effervescents de CH. LE PERDRIEL.

Les sels granulés effervescents étant très-solubles, la Lithine est sûrement assimilée.

Vingt ans de succès.

Paris, 9, rue Milton et dans toutes les pharm.

56

Vin du docteur Forestier

TONIQUE RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE

Au Quinquina, Pyrophosphate de fer, Oranges amères et Malaga.

Voir : Traité de Thérapeutique, *Trousseau et Pidoux*. — Commentaires du Codex, *Gubler*.

Paris, ph. BOSREDON, r. des Francs-Bourgeois, 14.

37

Névroses. — Sirop Collas

au BROMURE double de POTASSIUM et de LITHIUM. — Dose : 2 à 3 cuillerées par jour.

Le *Bromure de Lithium* est un des plus puissants sédatifs dans le traitement des maladies nerveuses, car il contient 91,95 de Brôme pour 100 parties.

Diathèse urique. Pilules Collas

au BROMURE de LITHIUM. — Dose : 4 ou 6 pilules par jour.

Le *Bromure de Lithium* est un des meilleurs modificateurs de la *diathèse urique*, puisque un gramme de ce *Bromure* neutralise quatre grammes d'acide urique.

Dépôt pharmacie COLLAS, 8, r. Dauphine, Paris.

70

Pilules de Blancard,

Approuvées par l'Académie de Médecine.

Participant des propriétés de l'iode et du fer, ces pilules s'emploient contre les *scrofules*, la *phthisie* à son début, la faiblesse de tempérament, ainsi que dans toutes les affections (*pâles couleurs, aménorrhée*, etc.), où il est nécessaire de réagir sur le sang.

Exiger la signature ci-jointe au bas d'une étiquette verte.

Blancard

40, *rue Bonaparte.*

SE DÉFIER DES CONTREFAÇONS.

54

Le phosphate monocalcique

CRISTALLISÉ DE BARBARIN

C'est le phosphate de chaux à son maximum de puissance et de pureté.

Le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.

Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. p. 30.
Vin id, id. à 1 — 60.
Paris, 163, r. de Belleville, et bonnes pharmies.

36

Vin de Baudon antimonio-phosphaté.

TONIQUE, RECONSTITUANT,

Bien supérieur à l'huile de foie de morue.

Affaiblissement général, anémie, lymphatisme, scrofule, rachitisme, affections catarrhales, phthisie et suppurations prolongées.

Utile pendant la grossesse et l'allaitement.

Ph. BAUDON, 11, r. des Francs-Bourgeois, Paris.

50

Institut orthopédique

28, rue Lauriston. Traitement des difformités de la taille, gibbosités, pieds-bots, fausses ankyloses du genou, torticolis, coxalgies. — Médecin en chef : E. DUVAL, seul élève de son père, le docteur V. DUVAL, directeur pendant plus de quarante ans des traitements orthopédiques dans les hôpitaux de Paris. — Jardin, gymnase.

49

VIANDE, FER ET QUINA.

Vin ferrugineux Aroud

AU QUINA

et aux principes nutritifs solubles de la VIANDE

Ce MÉDICAMENT-ALIMENT, à la portée des organes affaiblis, est digéré et assimilé par les malades qui rejettent les préparations ferrugineuses les plus estimées. Très-agréable à la vue et au palais, il enrichit le sang de tous les matériaux de réparations. — Prix : 5 francs.

Se vend chez J. FERRÉ, pharm., 102, *r. Richelieu*, successeur de AROUD, Paris, *et toutes pharm. de France et de l'étranger.*

35

Produits de l'Eucalyptus

par DELPECH et ARDISSON.

Les CAPSULES A L'ESSENCE PURE D'EUCALYPTUS (*Eucalyptol*), l'Alcoolature, le Sirop, le Vin, le Liniment réussissent contre : *Affections du poumon, névralgies, migraines, rhumatisme, pansement et désinfection des plaies.*

La phieDELPECH, rue du Bac, 23, prépare les **Capsules à l'Extrait éthéré de Cubèbe.**

90

Granules ferro-sulfureux

J. THOMAS.

Chaque Granule représente une 1/2 bouteille d'Eau sulfureuse.

Ils n'ont aucun des inconvénients des Eaux sulfureuses *transportées;* produisent au sein de l'organisme l'*hydrogène sulfuré* et le *fer à l'état naissant*, sans *éructations* ni *troubles* d'aucune espèce.

Bronchite — Catarrhe — Asthme humide — Enrouement — Anémie — Cachexie syphilitique

Paris, pharmacie J. THOMAS, 48, avenue d'Italie.

46

AFFECTIONS UTÉRINES, CHLOROSE, ANÉMIE, ETC.

Liqueur de Laprade

à l'albuminate de fer

Spécifique de l'irrégularité de la menstruation.

71

CACHEXIE, RACHITISME, CONSOMPTION.

Peptone phosphatée Bayard

VIN : moitié de son poids de viande et 0gr,20 de *chlorhydrophosphate de chaux* par cuillerée.

22

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

23

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire ; apaise les douleurs des reins et de la vessie ; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

7

Les Dragées Carbonel

AU PERCHLORURE DE FER PUR.

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant quatre gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE francs.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

91

MALADIES DE LA GORGE
DE LA VOIX ET DE LA BOUCHE

Pastilles de Dethan

AU SEL DE BERTHOLET (*chlorate de potasse*), contre les maux de gorge, angines, extinctions de voix, ulcérations de la bouche, scorbut et salivation mercurielle.

ADH. DETHAN, pharmacien, rue de Strasbourg, 10, Paris, et dans toutes les principales pharmacies de France et de l'étranger.

Adh. Dethan

25

Pastilles Géraudel

agissant par inhalation et par absorption contre toutes maladies des voies respiratoires.

Seules PASTILLES DE GOUDRON *récompensées par jury international, exposit. univers.* 1878, *Paris.* — Expérimentées, par décision ministérielle, sur l'avis du Conseil de santé.

Détail : dans toutes phies ; Gros : GÉRAUDEL, pharmacien de 1re cl., à Ste-Ménehould (Marne).

134

Contrexéville

(SOURCE DU PAVILLON).

Contre la gravelle, la goutte et les maladies des voies urinaires.

ÉTABLISSEMENT OUVERT DU 15 MAI AU 15 SEPTEMBRE.

DÉPÔT CENTRAL : 29, rue de la Michodière; maison ADAM (Paris), où l'on trouve toutes les eaux minérales, et spécialement celles étrangères.

5

Dragées Meynet

D'EXTRAIT DE FOIE DE MORUE.

100 dragées : 3 fr. Plus efficaces que l'huile. Ni dégoût, ni renvois. Notice, échantillons, envois gratis. PARIS. Pharm. 31, r. d'Amsterdam.

127

LA PLUS PURGATIVE DES EAUX MINÉRALES.

Pullna

(Bohême). GRANDS PRIX : Philadelphie 1876, Paris 1878, Sidney 1879. Melbourne 1880, Londres 1881. — A. ULBRICH.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance courte comme la plupart des séances de septembre, et dont on trouvera les éléments principaux dans le compte rendu : conclusions d'une note de M. Jules Guérin sur les inoculations virulentes préventives ; résumé d'un travail nouveau de M. Onimus sur le réseau lymphatique périphérique et son rôle dans les changements de coloration de la peau ; et deux observations de M. le docteur Brame (de Tours) relatives à deux cas de guérison d'ophthalmie purulente chez des adultes.

La note de M. Guérin, qui a été lue à l'Académie de médecine de Belgique, a eu pour objet d'introduire devant cette Société savante la question générale des méthodes prophylactiques des maladies virulentes qui préoccupe en ce moment le monde savant tout entier. Prenant pour point de départ la question de l'inoculation préventive de la péripneumonie contagieuse de l'espèce bovine, qui a fait l'année dernière le sujet d'une discussion à l'Académie de médecine de Paris, qu'on n'a pas oubliée et à laquelle il a pris la part que l'on sait, M. J. Guérin étend dans ce nouveau travail les données et les conséquences prévues ou probables de cette application des inoculations à un cas particulier, à l'étude et à la discussion de la méthode générale dont elle procède. On sait qu'un essai de cette application de la méthode des inoculations préventives de la péripneumonie de l'espèce bovine se fait en grand en ce moment. L'expérience aidée du temps apprendra à quoi il faudra donner raison, ou à la confiance des promoteurs de cette mesure prophylactique ou aux appréhensions de M. J. Guérin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. HARDY.

La marche du diabète (1).

II

Nous avons étudié dans une précédente leçon, et à propos du malade que vous avez pu voir dans nos salles, où il se trouve depuis quelque temps déjà, — nous avons étudié, disons-nous, la marche du diabète, son évolution, les différentes périodes : initiale, d'état et terminale, qu'il parcourt dans la plupart des cas, enfin les formes qu'il peut revêtir et sa durée extrêmement variable selon les individus.

Aujourd'hui, il nous reste à passer en revue les différents modes de terminaison de cette maladie, soit que le malade guérisse, soit qu'il succombe plus ou moins promptement.

A. Guérison. — On a dit, et c'est même la majorité des médecins, on a dit que l'on ne guérissait jamais du diabète et que les plus heureux, d'entre les malades qui étaient atteints de cette affection, étaient des diabétiques qui composaient avec leur mal, et vivaient bien avec lui. Il y a là une erreur réelle.

Ce n'est pas que la guérison soit chose fréquente, je n'irai certainement pas jusque-là ; non, la guérison n'est pas la terminaison ordinaire du diabète, loin de là même, je dirai que la guérison est rare ; mais je maintiens qu'elle peut avoir lieu, et, pour ma part, j'ai à mon actif plusieurs cas parfaitement incontestables de guérison complète, de guérison confirmée de gens diabétiques. Je pourrais vous citer plusieurs observations, recueillies dans ma clientèle, d'individus diabétiques absolument guéris depuis dix ans et plus même, sans qu'ils aient jamais eu, depuis lors, la moindre récidive. Je crois que de pareils faits peuvent être considérés comme des guérisons authentiques, d'autant plus que, dans le diabète, les récidives sont fréquentes, survenant au bout d'un, de deux ou de trois ans. Quelquefois ces récidives se répètent à intervalles plus ou moins rapprochés, la maladie disparaissant pour se montrer de nouveau à quelque temps de là.

D'après les observations que j'ai pu faire dans la pratique civile, — à l'hôpital, il ne nous serait pas possible d'en dire autant, par ce fait que nous ne pouvons pas suivre nos malades, une fois qu'ils ont quitté nos salles, — d'après, dis-je, les observations que j'ai recueillies dans la pratique civile, je suis donc en droit de considérer le diabète comme une affection curable, quoique cette terminaison soit assez rare, et que, le plus souvent, cette affection se termine par la mort.

B. Mort. — La mort peut survenir de différentes manières, soit peu à peu, dans le cours de la troisième période, le malade en arrivant à une cachexie profonde, au marasme, s'affaiblissant chaque jour de plus en plus, la respiration languissant, s'arrêtant, le malade se refroidissant et finis-

(1) Fin. — Voir le numéro du 12 septembre 1882.

sant par s'éteindre. Cette terminaison par extinction lente et progressive est rare. Cependant, lorsqu'elle a lieu, le plus souvent on ne trouve rien à l'autopsie, qu'une atrophie musculaire plus ou moins prononcée, avec dégénérescence graisseuse du cœur.

La mort a lieu ordinairement à la suite de quelque complication. Elle peut être subite et le résultat d'un empoisonnement spécial de tout l'organisme par l'acétone, ce que l'on a appelé l'acétonémie. Mais c'est là un fait qui n'est pas admis par tout le monde.

Toutefois, lorsqu'il y a soit mort subite, soit mort rapide, on voit généralement, un peu avant, la polyurie diminuer, quelques vomissements se produire, les malades se plaindre de maux de tête, la respiration difficile s'embarrasser; on constate une dyspnée s'accompagnant d'une angoisse toute particulière, et pendant ce temps l'auscultation et la percussion ne dénotent néanmoins absolument rien dans la poitrine. Puis les vomissements bilieux s'accentuent, il survient des vertiges, de la somnolence, du coma, du stertor et le malade succombe, soit en quelques heures, soit en un ou deux jours. A l'autopsie on ne trouve aucune lésion. On a signalé dans ce cas-là aussi, j'allais l'oublier, une odeur acide de l'haleine des malades, véritable odeur de pommes gâtées, d'éther ou de chloroforme.

Pour moi, je dois le dire, j'ai quelque peine à croire à un empoisonnement particulier, et, comme le diabète s'accompagne assez souvent d'un certain degré d'albuminurie, je tendrais plus volontiers à considérer ces phénomènes terminaux, comme de véritables accidents anémiques. Je croirais assez que, dans ces cas où l'on a parlé d'acétonémie pour expliquer ces morts subites ou rapides, on s'est borné à constater la présence du sucre dans les urines, et non pas à chercher si celles-ci ne contenaient pas aussi de l'albumine.

Voilà donc une manière inopinée de mourir qui survient quelquefois chez des individus jouissant, en apparence, d'une assez bonne santé.

Mais les diabétiques peuvent aussi succomber à l'invasion d'une maladie accidentelle, intercurrente, qui acquiert toute sa gravité du fait même du diabète. Ainsi, une bronchite simple peut revêtir, chez ces malades, une gravité extrême. Cependant, parmi ces affections intercurrentes accidentelles, l'une des plus connues est la formation et le développement d'anthrax à la nuque ou dans la région dorsale. Ces accidents sont même si communs chez les diabétiques, qu'ils ont mis parfois le médecin sur la voie d'un diabète, tellement latent jusque-là, qu'il n'avait pas encore été soupçonné.

Nous devons citer encore les accidents gangreneux, la gangrène spontanée des extrémités, que M. Landouzy père a autrefois très-bien décrite, gangrène survenant sous l'influence du diabète restant localisé aux orteils, par exemple, ou s'étendant à tout le membre inférieur et emportant le malade dans un temps plus ou moins court.

La gangrène des poumons ou des bronches n'est pas rare non plus chez les diabétiques; elle donne lieu à une expectoration spéciale. On observe aussi quelquefois une pneumonie fibrineuse ou une broncho-pneumonie, tellement graves que, pour quelques médecins, elles tuent infailliblement le malade qui en est atteint. Pour moi, il y a là quelque exagération, la pneumonie des diabétiques n'entraîne pas toujours la mort, et, parmi les observations qui me sont personnelles, je pourrais citer le fait d'un homme, diabétique depuis sept ou huit ans déjà, pris, il y a cinq ans environ, d'une pneumonie qui a parfaitement guéri, sans conserver aucune trace de cette dernière affection. Ce malade est mort, il y a deux ans seulement, subitement, en quatre ou cinq jours, à son arrivée à Vichy, emporté par des accidents acétonémiques, ou mieux peut-être, par des accidents urémiques. J'ai au moins trois observations certaines de pneumonie survenue chez des diabétiques et guérie. Néanmoins, je le reconnais très-volontiers, la pneumonie, dans ces conditions, est une complication des plus graves et souvent même mortelle, mais *non toujours*.

La tuberculose est aussi assez commune chez les diabétiques, riches ou pauvres, comme en général, du reste, la phthisie pulmonaire. On a dit que, chez ces malades, sa marche était plus rapide que la phthisie ordinaire. Il n'en est rien, en réalité; tout cela dépend de la période du diabète dans laquelle elle apparaît. Ce qui est vrai, c'est que, chez les phthisiques diabétiques, le marasme est plus prononcé, l'atrophie musculaire est plus marquée et la température est moins élevée que chez les tuberculeux ordinaires. Voilà l'exacte vérité.

Je parlais tout à l'heure de l'albuminurie, je dois vous dire maintenant que cette complication est fréquente dans le cours du diabète, et les reins, constamment surexcités par un fonctionnement exagéré, deviennent facilement le siège d'une néphrite conjonctive ou interstitielle. De là aussi, souvent, le développement d'une ascite plus ou moins considérable. Je dois ajouter que ces accidents de néphrite interstitielle peuvent aussi guérir chez les sujets diabétiques. J'en connais également plusieurs cas.

M. Lecorché, dans son Traité du diabète, a signalé la cirrhose comme survenant quelquefois, avec les symptômes qui lui sont propres, dans la période ultime du diabète. MM. Chauffard et Hanot ont appelé aussi l'attention sur une cirrhose hypertrophique particulière, très-grave chez les diabétiques, avec des phénomènes de mélanodermie analogues à ceux que l'on observe dans la maladie d'Addison.

Ce que je puis dire à ce sujet, c'est que chez certains diabétiques on observe quelquefois une mélanodermie s'accompagnant d'accidents hépatiques.

Tels sont les faits sur lesquels je voulais appeler aujourd'hui votre attention relativement aux divers modes de terminaison du diabète, soit par la guérison, soit par la mort directement due à la maladie elle-même, soit par la mort survenant comme une conséquence des complications que l'on peut observer dans le cours de cette affection.

PARALYSIE, SUITE DE MÉNINGITE

GUÉRIE PAR LA PILOCARPINE.

Par le Dr Cassagnau (de Saint-Saëns).

J'ai l'honneur de vous communiquer la relation d'un cas de paralysie survenue à la suite d'une méningite, entièrement guéri au moyen de la pilocarpine employée sous forme d'injections hypodermiques.

A la date du 11 août 1881, j'étais appelé auprès d'une famille de la localité pour donner des soins à un garçon de sept ans, souffrant depuis quarante-huit heures. D'une constitution délicate, cet enfant avait eu à lutter, à peine arrivé au monde, contre les atteintes du choléra infantile, et, plus tard, vers l'âge de quatre ans, contre une fièvre typhoïde dont il ne s'était jamais complètement relevé. Toutefois,

grâce aux soins intelligents de la mère, grâce aussi aux préparations martiales dont il faisait usage par intervalles, il était pour ainsi dire régénéré, lorsque, au mois d'août dernier, sans cause apparente, il retombait tout à coup malade.

A ma première visite, je trouve un enfant aux membres assez grêles, à la constitution peu développée. Le facies exprime la souffrance; sous ses paupières à demi closes, les yeux sont cependant brillants et animés. Le pouls régulier, plein et dur, marque 120 pulsations; le thermomètre s'élève aux environs de 40 degrés; il y a déjà eu des vomissements alimentaires et bilieux; il accuse une céphalalgie opiniâtre des plus intenses dans la région occipitale; depuis trois jours il n'a pas été à la selle. Déjà quelques phénomènes d'excitation cérébrale peu marqués ont fait leur apparition. Tout en réservant mon diagnostic, je soupçonne l'éclosion imminente d'une affection sérieuse, et je prescris le calomel à doses fractionnées.

Le lendemain 12, le diagnostic n'était plus douteux; il s'agissait bien d'une méningite aiguë dont la genèse me paraissait obscure, bien que cette affection coïncidât avec l'époque de la dentition. Les accidents étaient mieux dessinés, surtout les phénomènes d'excitation cérébrale. Le délire, peu bruyant, était accompagné de quelques hallucinations et d'impulsions locomotrices. J'observai des contractions toniques plus particulièrement dans les muscles cervicaux postérieurs; la tête est renversée en arrière; il y a opisthotonos. Pas de dysphagie, pas de tremblement de la langue; mais la voix est brève, saccadée et le ton plus élevé, ce qui exprime évidemment un trouble, de la matité de la langue et des cordes vocales. Je prescris deux sangsues de chaque côté de l'oreille, au niveau des apophyses mastoïdes et 80 centigrammes de calomel divisé en 10 paquets, à prendre un paquet toutes les heures.

Le lendemain 13, même état. Cependant les accidents prennent, à partir de ce moment, un caractère alarmant. La contracture qui, à son début, n'avait occupé que les muscles de la région postérieure du cou, se généralise, mais n'est pas permanente; elle se produit sous forme de crampes, de douleurs fulgurantes, et, si j'ajoute à ces symptômes la constipation et la rétention d'urine, j'aurai épuisé la série des accidents qui se sont manifestés pendant les cinq ou six premiers jours de la maladie.

Je fis alors raser la tête et appliquer un large vésicatoire que je renouvelai jusqu'au douzième jour.

A la date du 17, les accidents diminuent d'intensité et l'état du malade paraît s'améliorer. La tête, dont la flexion et l'extension sont très-pénibles, reprend ses mouvements, le délire est remplacé par de la somnolence. Le pouls se ralentit, le thermomètre descend à 39°,5, les pupilles se dilatent. Il paraissait résulter de cette série de modifications une apparence d'amélioration; mais connaissant les allures insidieuses de cette affection, sachant que ces rémissions ne sont le plus souvent que temporaires, je me gardai de prédire une terminaison favorable.

Cependant, du 18 au 19, le coma fait place à un sommeil naturel; l'enfant demande à manger; son regard est moins voilé; plus de céphalalgie, plus de vertige, et il devient évident que sa physionomie exprime une manière d'être qui sera le prélude d'une guérison prochaine.

Le lendemain 20, le mieux se maintient et s'accentue davantage; tout allait donc rentrer dans l'ordre, lorsque nous nous aperçûmes que le membre supérieur gauche était complètement paralysé. Je ne cachai pas à la famille toutes les conséquences de cette complication, et j'annonçai que la perte du mouvement serait très-probablement définitive.

Quelque temps après le complet rétablissement de notre malade, je prescrivis la strychnine concurremment avec les frictions stimulantes du membre, prescription anodine, il est vrai, conseillée en vue d'atténuer les craintes de la mère plutôt que dans l'espoir d'amener un changement appréciable dans l'activité musculaire.

Cependant, convaincu de l'impuissance radicale de ces moyens et pressé d'agir afin de conserver le processus nutritif dans les muscles et de les préserver ainsi de l'atrophie, je résolus de soumettre à l'électricité le membre paralysé. Je l'avouerai, ce traitement ne satisfaisait pas mon esprit, l'expérience m'ayant appris que les bénéfices que je retirerais de cette thérapeutique étaient loin de répondre aux espérances que les auteurs nous en ont fait concevoir.

J'essayai néanmoins, pour répondre au désir de la famille, et j'employai l'appareil de Trouvé.

Malheureusement notre patient nous fit bientôt comprendre, par ses cris déchirants, que toutes les tentatives de cette nature viendraient se briser contre les efforts désespérés auxquels il se livrait pour échapper au courant électrique; en effet, dès la cinquième séance, malgré les caresses et les menaces que sa mère ne cessait de lui prodiguer tour à tour, je fus obligé d'abandonner la faradisation, dans la crainte d'amener cet accident que la trop grande surexcitation de l'enfant aurait pu provoquer.

Ce fut alors que je songeai à la pilocarpine dont vous avez signalé, dans la *Gazette des hôpitaux*, les effets curateurs chez les individus atteints de paralysie. Malheureusement j'avais égaré le numéro mentionnant les succès obtenus et perdu le souvenir de la dose à laquelle on l'employait.

Connaissant les bienveillants sentiments dont vous êtes animé à l'égard de vos confrères, sachant que dans votre générosité vous saisissez toujours avec empressement l'occasion de leur être utile et agréable, je pris la liberté de mettre votre bonté à contribution.

Permettez-moi de vous exprimer ici toute ma gratitude pour les renseignements que vous avez bien voulu me donner au sujet du mode d'emploi de cette substance dont les effets ont été si remarquables qu'ils ont fait mon étonnement, et, je peux ajouter, la joie de la famille qui en a bénéficié.

Le 12 septembre, je fis une première injection contenant 2 centigrammes de substance active. Aussitôt, ou pour préciser, dix secondes après la pénétration du liquide dans les tissus, la peau de tout le corps, et principalement la peau du visage, se colore légèrement; bientôt après, une salivation gommeuse survient; en même temps la peau du front devient humide, la rougeur augmente et des gouttelettes de sueur viennent perler sur le front, les tempes et les joues, la salivation devient plus considérable. Cette dernière sécrétion est en si grande abondance que la parole en devient impossible; de son côté, la sueur gagne les autres parties du corps; elle se généralise, sourd et ruisselle bientôt de tous côtés.

Mais pendant que la salivation et la sueur arrivent à leur apogée, d'autres phénomènes surviennent: les paupières s'humectent, la sécrétion lacrymale augmente et dix minutes après l'absorption de la pilocarpine toutes les sécrétions atteignent leur maximum d'intensité. Cette puissance sécrétante

qui s'étend à tous les appareils glandulaires, se maintient pendant trente minutes à ce degré élevé; puis, peu à peu, son activité se calme et au bout de deux heures tout rentre dans l'ordre.

Le 13 septembre, je renouvelle mon injection, mais cette fois j'injecte une dose deux fois plus forte. Les phénomènes de la veille se reproduisent avec la même rapidité et avec le même ordre dans leur succession, mais aussi avec plus d'intensité. A la transpiration rapide et abondante, à la salivation de tout l'appareil glandulaire viennent s'ajouter, précédés d'efforts inouïs, des vomissements d'une matière filante, suivis d'évacuations alvines séreuses très-abondantes. Au milieu de ce désordre qui ne me laissait pas sans inquiétude, le pouls devient petit, filiforme, les extrémités se refroidissent, le facies se grippe et exprime l'angoisse. Cet état, qui ne pouvait persister sans danger, se modifie heureusement à la suite de frictions stimulantes et fut bientôt remplacé par un sommeil calme après lequel l'enfant se lève et demande à manger. L'explication de ces accidents était facile à trouver: la dose de la pilocarpine avait été trop forte, il y avait eu intoxication. J'étais donc résolu à n'injecter désormais que 0,02 centigrammes au lieu de 0g,04.

A ce tableau, incomplet sans doute, qui à chaque injection s'est reproduit avec une régularité parfaite, je dois ajouter d'autres phénomènes qui ont, dans l'espèce, une importance réelle; je veux parler d'une hyperesthésie généralisée. En effet, quarante minutes après l'absorption de la pilocarpine, chaque fois que je promenais la pulpe des doigts sur une partie quelconque de la surface cutanée, le malade, sous l'impression d'une sensation pénible, qui allait facilement jusqu'à la douleur pour peu que la pression fût forte, se retirait vivement, cherchant de la sorte à éviter tout contact avec les corps extérieurs. Cette hyperesthésie superficielle était suivie de secousses rapides dans les membres, se succédant par intervalles irréguliers, pour cesser tout à fait au moment de l'élimination de la substance active.

Évidemment les centres nerveux étaient vivement impressionnés et cette irritabilité nerveuse que j'ai constatée pendant tout le cours du traitement, qui a duré quinze jours, nous rend compte des modifications survenues dans l'activité musculaire du membre paralysé.

Mais je reviens au malade.

Le lendemain, à ma visite, mon étonnement fut grand de voir les mouvements revenus dans les muscles de l'avant-bras et de la main. C'est qu'en effet la flexion et l'extension étaient complètes, et l'avant-bras formait avec le bras un angle aigu.

Je l'avouerai, avec ma nature toute méridionale, je devins tout à coup enthousiaste de mon extrait du Jaborandi, et, malgré le scepticisme dont j'étais entouré, je ne doutais plus désormais de ranimer, dans quelques jours, un membre complètement privé de vie jusqu'alors.

L'évènement vint me prouver que je n'avais pas trop présumé de la puissance de mon médicament, car, au bout de quinze jours, après quatorze injections répétées toutes les vingt-quatre heures, mon malade se servait parfaitement du bras, ne conservant de son infirmité qu'une légère difficulté dans certains mouvements de l'épaule.

Tels sont les résultats que j'ai obtenus, résultats vraiment remarquables dont l'honneur vous revient tout entier, puisque, grâce à votre estimable journal qui vient répandre la lumière dans nos campagnes en nous apportant les progrès de la science, j'ai employé, avec succès, un médicament dont j'étais loin de soupçonner l'efficacité et la puissance dans la paralysie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 septembre 1882. — Présidence de M. Bouley.

PRÉSENTATIONS

M. H. LARREY présente : 1° de la part de M. le docteur Sorel, médecin-major de première classe à Sétif (Algérie), un travail intitulé : *Du traitement de la fièvre typhoïde par le salicylate de soude;* 2° au nom de M. le docteur Bouloumier, une brochure intitulée : *Secours aux blessés en temps de guerre;* 3° au nom de M. le docteur de Pietra Santa, une brochure intitulée : *Assainissement de Paris*, etc.

M. J. GUÉRIN dépose sur le bureau une note sur les inoculations virulentes préventives, extraite du Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique, qui se termine par les conclusions suivantes, dont il donne lecture à l'Académie.

Des considérations contenues dans cette note, je conclus :

1° Que la méthode de l'inoculation de la péripneumonie contagieuse de l'espèce bovine n'a pas prouvé jusqu'ici qu'elle reproduisît la maladie qu'elle a prétendu pouvoir reproduire;

2° Que, pour être légitimement fondée à le prétendre, elle devrait pouvoir, à la faveur de la cohabitation des animaux inoculés avec des animaux sains, provoquer chez ces derniers la maladie spontanée elle-même dont elle a cru transmettre l'essence et le germe;

3° Que, par suite de cette substitution d'un processus morbide artificiel au processus morbide naturel, cette méthode n'est pas plus fondée à conclure à la propriété prophylactique de l'inoculation, que cette dernière ne l'est à la reproduction réelle de la maladie dont elle a la prétention d'emprunter les éléments;

4° Que, quelles que soient la forme et la nature de la maladie reproduite par l'inoculation, celle-ci est obligée de reconnaître, jusqu'à preuve contraire, qu'elle devient, en vertu de sa propriété virulente contagieuse, un foyer d'entretien de renouvellement et de propagation de la maladie qui lui donne naissance;

5° Finalement, que toutes les applications de la méthode générale d'inoculation préventive, dont l'inoculation de la péripneumonie bovine n'est qu'une application particulière, présentent les mêmes lacunes, offrent les mêmes inconvénients et réclament le même supplément de preuves pour être admises à se considérer comme capables de produire, reproduire et prévenir la maladie dont elles empruntent et cultivent les éléments.

LECTURES

Importance du réseau lymphatique périphérique. — M. ONIMUS lit un travail intitulé : *De l'importance du réseau lymphatique périphérique.* Voici le résumé de ce travail :

La rougeur de la peau survient dans beaucoup de circonstances et l'on a toujours fait intervenir comme cause unique les modifications qui ont lieu du côté des capillaires sanguins. Cette cause est incontestable, mais elle n'est pas exclusive; car il faut tenir compte de la couche plus superficielle fournie par le réseau lymphatique qui renferme un liquide jaune pâle translucide. Si la lymphe est abondante, la couleur rouge des vaisseaux sanguins sera atténuée et la peau paraîtra blanche. Si la lymphe est rare et si le réseau lymphatique est vide, la coloration du réseau sanguin prédominera et la peau sera plus ou moins rouge.

Après une excitation de la peau, on constate d'abord une tache blanche, puis une tache rouge et enfin rosée; c'est-à-dire qu'au premier moment les vaisseaux sanguins et les vaisseaux lymphatiques sont vidés mécaniquement de leur contenu, d'où la tache

blanche. Alors le sang vient aussitôt dans les capillaires, tandis que la lymphe ne remplit de nouveau le réseau lymphatique que très-lentement. On voit alors de petites traînées blanchâtres parcourir en tous sens la tache et finir par former une surface d'aspect rosé.

La plupart du temps, tandis que la ligne reste rouge, il se forme sur chaque bord une élévation blanche qui est due à l'accumulation de la lymphe. Lorsque l'élévation est considérable, comme dans certains cas pathologiques, si on vient à l'ouvrir avec une aiguille, elle laisse suinter une goutte de sérum jaune laiteux qui n'est autre chose que la lymphe.

Les deux élévations ne sont pas toujours identiques, celle du côté du cœur étant d'abord plus élevée, tandis que le contraire a lieu après quelques minutes.

Si l'on ne tient pas compte de ces phénomènes, on trouve des contradictions dans les résultats obtenus par l'électrisation sur l'homme et sur les animaux.

En effet, l'électrisation cutanée qui excite incontestablement la contraction des vaisseaux sanguins, produit une rubéfaction de la peau et cela évidemment par la vacuité du système lymphatique.

Avec les courants continus, la rougeur est plus marquée au pôle positif et cependant celui-ci détermine le plus nettement le resserrement des vaisseaux. C'est donc la constriction des tubes lymphatiques qui peut seule expliquer l'effet obtenu.

Ces phénomènes sont la conséquence de la différence de structure des parois des capillaires sanguins et des capillaires lymphatiques.

Les changements de coloration de la peau, si importants dans les différentes maladies et même les modifications qui existent d'une personne à l'autre, dépendent donc non-seulement de la circulation du sang, mais aussi de celle de la lymphe.

Dans tous les cas, si les excitants de la contractilité des capillaires rougissent la peau à leurs points d'application, cela tient la plupart du temps à la disposition de la couche blanche opaline formée par la lymphe, disposition qui fait mieux apparaître le réseau sous-jacent rouge des capillaires sanguins.

(Ce travail est renvoyé à la section de physique médicale.)

Deux cas particuliers d'ophthalmie purulente, chez l'adulte, guérie rapidement. — M. CHARLES BRAME (de Tours) lit la relation des deux observations suivantes :

Première observation. — Mlle F..., de Champigny (Loir-et-Cher), rentière, âgée de soixante et un ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, était atteinte d'ophthalmie purulente datant de six mois, avec œdème considérable de la paupière gauche, moindre sur la paupière droite ; gonflement et hypérémie chronique de la muqueuse du canal nasal, épiphora.

L'ophthalmie a commencé par un prurit ; après quoi est apparue l'hypérémie de la conjonctive ; les paupières ne sont pas immédiatement malades. L'œdème des paupières commence au bout de cinq mois ; en même temps survient l'épiphora (larmes mélangées de pus).

Les paupières sont très-épaissies et rouges, d'un rouge un peu violacé ; elles s'écartent difficilement et à une distance moitié moindre à gauche ; vaisseaux très-engorgés ; matière purulente abondante mélangée de larmes et augmentant en quantité par la pression de l'angle interne de l'œil ou par l'introduction d'une baguette de verre dans les fosses nasales.

Traitement antérieur : Trois sangsues, cataplasmes de farine de graine de lin ; l'hypérémie diminue. On ferme les paupières au moyen de bandes de sparadrap, pendant cinq jours ; au bout de ce temps, l'hypérémie a encore diminué sans disparaître ; collyre, cataplasmes de fécule. Au bout de quinze jours, cautérisation avec le nitrate argentique liquide. L'inflammation disparaît presque complètement. Emploi de collyres sans résultat.

L'œdème des paupières et la purulence commencent au bout de cinq mois. On continue les collyres et on donne trois purgations sans résultat.

Traitement actuel : Sur le bord des paupières, iodure argentique naissant, teinture d'iode et nitrate argentique sur le reste des paupières.

Au bout de trois jours, un peu d'amélioration.

Même traitement, pendant huit jours ; iodure argentique naissant sur le bord des paupières, deux fois par jour ; iode et nitrate argentique sur le reste des paupières, une fois.

Au bout de huit jours, il y a moins de pus, de larmoiement et d'hypérémie.

Même traitement pendant douze jours encore.

Au bout de vingt jours, chlorure ferrique en solution dans l'alcool à 96°, porté au moyen d'une baguette de verre dans les fosses nasales. La malade se prête difficilement à cette application, qui est continuée pendant quatre jours.

En même temps, on ordonne un laxatif composé de :

℞. Magnésie	3 gr.
Bicarbonate sodique. .	2 gr.
Sucre et jus d'un citron	Q. S.
Eau	100 gr.

Pendant les six jours qui suivent, application d'iodure argentique naissant.

Au bout d'un mois, plus d'ophthalmie.

Guérie en vingt-huit fois.

Deuxième observation. — Mme L..., de Saint-Calais (Sarthe), âgée de cinquante-neuf ans, atteinte d'ophthalmie purulente, dite héréditaire (troisième génération), a perdu l'œil gauche à la suite d'une pleurésie qui a été suivie de cette affection.

Hypérémie très-marquée de la conjonctive ; conjonctivite intense et très-purulente de l'œil droit.

Traitement : On nettoie l'œil droit, avec de l'eau blanche on enlève le pus.

Ventouses scarifiées sus-orbitaires et à la racine du nez (ventouses d'un demi-centimètre de diamètre). Baguette de verre imprégnée d'une solution alcoolique de tannin dans les fosses nasales.

Le lendemain, iodure argentique, à trois reprises, sur le bord et la surface des paupières.

On applique l'électricité d'induction.

Très-bien ; à peine d'irritation.

Le surlendemain, l'ophthalmie paraît à peu près guérie ; il y a très-peu de pus au bord des paupières.

Ventouses scarifiées sus-orbitaires ; solution alcoolique de tannin dans la fosse nasale droite ; lavage de la paupière à l'eau alcoolisée ; iodure argentique sur le bord et le reste des paupières.

Mme L... retourne dans son pays. Il ne reste qu'un peu d'œdème et d'irritation des paupières.

Elle ne revient qu'au bout de treize jours. Solution alcoolique de tannin dans la fosse nasale ; iodure argentique récent sur le bord des paupières.

Le lendemain, ventouses scarifiées sus-orbitaires ; solution alcoolique de tannin dans la fosse nasale ; iodure argentique récent sur le bord et la surface des paupières.

Le surlendemain, guérie (traitée cinq fois).

A quatre heures, l'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée.

ASSOCIATION FRANÇAISE

POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES.

Congrès de La Rochelle.

Séance du 30 août (matin). — Présidence de M. Azam.

Étude expérimentale des fonctions du nerf phrénique et des contractions du diaphragme. — MM. ALBERT HÉNOCQUE et ÉLOY adressent, sous ce titre, un long mémoire qui résume les conclusions des recherches qu'ils ont présentées récemment à la Société de biologie dans les séances des 22 et 29 juillet et 5 août derniers. Ces expérimentateurs ont opéré sur des ani-

maux d'espèces diverses (chats, chiens, lapins, cobayes et singes); ils ont séparé de leur origine, par arrachement ou par section, tantôt l'un des nerfs phréniques, tantôt les deux, tantôt seulement les racines cervicales d'un côté ou des deux côtés. (Voir la *Gazette des hôpitaux* des 1er et 22 août 1882.)

Études expérimentales des insuffisances tricuspidiennes. — M. FRANÇOIS FRANCK soumet à l'appréciation de ses confrères les résultats des expériences qu'il a instituées dans le laboratoire du Collège de France pour établir les conditions qui président à l'insuffisance de l'orifice auriculo-ventriculaire droit.

Les obstacles qui peuvent gêner le déversement du cœur droit dans le cœur gauche à travers la circulation pulmonaire peuvent tout d'abord siéger au niveau de l'artère pulmonaire, telle par exemple qu'une tumeur développée près du hile du poumon et comprimant l'artère pulmonaire. Or l'expérience a démontré que, lorsque l'on vient à comprimer cette artère, on voit le ventricule droit se dilater et l'insuffisance tricuspidienne se produire. Les mêmes phénomènes ont lieu en cas d'accidents aigus, tels, par exemple, que dans l'asphyxie rapide, dans l'asthme, etc., où comme conséquence de l'effacement des vaisseaux se produit l'insuffisance tricuspidienne.

M. Franck a déterminé des insuffisances tricuspidiennes pures. Il s'est servi du polypotome à lame cachée pour pénétrer dans la cavité ventriculaire droite du cœur, y accrocher soit un de ses cordages, soit le bord d'une valve et en pratiquer la section. Si, pendant l'opération, on ausculte l'organe cardiaque, on entend d'abord le bruit produit par cette section, puis un bruit de souffle qui va en augmentant d'intensité. C'est ainsi que l'on arrive à déterminer une insuffisance tricuspidienne pure, laquelle se caractérise par la série des phénomènes suivants :

1° Du côté des veines, les appareils enregistreurs indiquent tout d'abord des courbes anomales, puis, pendant les jours et les semaines qui suivent, on voit les veines de la face et des membres supérieurs augmenter de volume et agitées de battements prononcés par le reflux du sang;

2° Du côté du cœur, les battements augmentent aussi de fréquence dans la proportion de 1 à 3;

3° La respiration se modifie profondément, une anémie aiguë survient, et le moindre effort détermine une syncope.

Lésions des dents dans l'ataxie locomotrice. — M. PETIT lit un mémoire de M. Ch. David dont voici les conclusions :

1° Nous avons observé un cas d'altération particulière des dents dans le cours de l'ataxie locomotrice;

2° Ces altérations consistaient en une mortification rapide (huit mois) de la partie antérieure de la couronne de presque toutes les dents;

3° La substance altérée avait pris la consistance d'un bois tendre et une coloration *rougeâtre*; l'émail existait encore avec son poli, mais sans sa dureté;

4° Sous ces parties, la pulpe avait produit une nouvelle couche de dentine secondaire. La cavité pulpaire était comblée dans la plupart des dents antérieures et partout le bulbe atrophié;

5° Par leurs caractères objectifs, par leur marche, etc., ces altérations ne ressemblent en rien à la carie, nous leur attribuons pour cause l'état général du sujet; nous les rattachons aux troubles trophiques déterminés par la lésion médullaire;

6° Ces altérations seraient analogues à celles qui ont été déjà signalées sur les ongles dans le cours de l'ataxie. Elles établiraient donc un rapprochement pathologique entre des organes déjà unis par leur commune origine épithéliale;

7° Localement ces altérations reconnaissent pour cause immédiate un trouble fonctionnel ou une lésion de la pulpe dentaire elle-même qui reflète l'état des cordons antérieurs. L'atrophie que nous avons constatée n'est-elle pas comparable à celle que l'on observe dans les mêmes circonstances du côté de l'œil?

8° Le fait que nous rapportons et ces diverses considérations nous conduisent à attribuer, une fois de plus, à la pulpe dentaire sa véritable signification physiologique d'*organe sensoriel*.

Double conscience, état actuel de Félida X... — M. AZAM (de Bordeaux) a présenté, il y a six ans, à ses confrères l'observation d'une femme hystérique qui présentait cet état mental particulier connu sous le nom de *double conscience*. Cette femme, malade depuis vingt-sept ans, a été observée par M. Azam, pour la première fois, en 1858. Voici comment se passent les crises, dit le savant professeur de la Faculté de médecine de Bordeaux :

« J'arrive, elle travaille à la couture, elle est encore dans toute sa raison, mais tout à coup sa tête se penche sur la poitrine et elle perd connaissance. Bientôt elle rouvre les yeux et parle, mais elle n'est plus dans son état ordinaire; c'est ainsi que, de triste qu'elle était auparavant, elle devient rieuse et frivole. La crise dure de trois à cinq heures. Puis les mêmes phénomènes se reproduisent, après quoi elle recouvre son état normal, ayant oublié tout ce qui s'était passé pendant la période pathologique. C'est ainsi qu'un individu, abusant d'elle pendant une de ses crises, la rendit mère à son insu. »

En un mot, cette femme a deux existences complètement distinctes : l'une consciente de toute sa vie, l'autre absolument inconsciente. Elle habite Bordeaux, elle a aujourd'hui trente-neuf ans, et vit maintenant presque constamment, c'est-à-dire pendant vingt-quatre ou vingt-cinq jours sur trente, dans l'état de conscience seconde. Pendant les quatre ou cinq autres jours, sous la moindre influence, elle revient à la raison, oubliant tout son passé inconscient. Il est même assez probable que, à un moment donné, elle ne quittera plus la condition seconde. Du reste, M. Azam promet à ses confrères de poursuivre l'observation de cette femme, et d'exposer chaque année, pendant la session, les faits qui seront survenus d'une année à l'autre.

Tumeurs de l'ombilic. — M. NICAISE rapporte les deux observations suivantes que nous résumons ainsi :

Une femme, entrée dans son service pour un cancer de l'utérus, portait aussi une hernie ombilicale dont une portion était irréductible. Cette dernière, formée par l'épiploon, était devenue plus dure, plus résistante, et affectait la forme d'une poire. M. Nicaise pensa qu'il s'agissait d'un épiploon devenu secondairement cancéreux.

La malade ayant succombé au bout de quelque temps, l'autopsie en fut faite. Elle montra un épiploon parfaitement sain, le cancer étant limité exclusivement à la portion herniée ou intra-ombilicale.

Comme explication du fait, M. Nicaise, considérant sa malade comme atteinte de la cachexie cancéreuse, pense que l'épiploon hernié, se trouvant soumis incessamment à des contusions ou seulement même à de simples froissements, était secondairement cancéreux.

La seconde observation est celle d'une femme de quarante-trois ans, très-grasse, atteinte d'une tumeur ombilicale papillaire, violacée, douloureuse, que M. Nicaise diagnostique un épithélioma. Elle avait le volume d'une noix; elle paraissait sessile et datait d'un an, au dire du moins de la malade, lorsqu'il l'examina pour la première fois. L'étude histologique d'un petit fragment de cette tumeur faite avant toute opération chirurgicale confirma le diagnostic.

Indications et résultats de la résection du poignet. — M. OLLIER (de Lyon), l'auteur du mémoire que nous analysons, professait il y a trois ou quatre ans encore les mêmes opinions que M. Nepveu et était arrivé aux mêmes conclusions que lui. Aujourd'hui il n'en est plus ainsi. Depuis cette époque, en effet, il a fait treize résections radio-carpiennes partielles ou incomplètes et les résultats furent absolument différents de ceux qu'il avait obtenus jusque-là, lesquels étaient tout à fait insuffisants. Il les attribue au pansement de Lister et à une meilleure direction du traitement consécutif à l'opération.

Dans cette seconde série, M. Ollier n'a eu sur treize opérés que deux morts; tous deux se trouvaient dans des conditions particulières; l'un, paludique de vieille date, avait une arthrite suppurée du carpe; il fut opéré et obtint une rémission immédiate; mais, ayant

eu une hémorrhagie considérable très-difficile à arrêter, la suppuration envahit le moignon et le malade succomba. L'autre opéré était âgé de cinquante-cinq ans, il était en traitement depuis deux ou trois ans. Il succomba à des phénomènes de gangrène septique quarante-huit heures après l'opération. Les onze autres cas donnèrent tous sans exception des résultats très-satisfaisants.

Les résections radio-carpiennes se présentent dans trois conditions : 1° traumatique ; 2° pathologique, pour arthrite suppurée par exemple ; 3° orthopédique, soit dans le cas d'ankylose.

Dans le cas de traumatisme, les antiseptiques réussissent ordinairement très-bien. Dans l'état pathologique, les résections étaient autrefois presque constamment suivies de récidive locale ; aujourd'hui les antiseptiques permettent de nettoyer mieux et plus loin, d'éviter la suppuration diffuse et l'on peut, par un traitement consécutif convenablement appliqué, arriver à détruire toutes les fongosités qui ont persisté.

Après avoir décrit son procédé opératoire, M. Ollier dit que l'on ne doit pas chercher à obtenir la réunion immédiate, mais dès le début de l'opération il s'occupe du drainage et fait trois incisions de décharge pour éviter le développement de fongosités et de fusées purulentes. Il termine l'opération en raclant les fongosités de l'articulation sans détruire, autant que possible, tout le revêtement capsulaire.

Parmi les observations citées par l'auteur, nous indiquerons celle d'un individu aussi scrofuleux qu'il est possible de l'être, qu'il a opéré il y a vingt-huit mois en lui enlevant tous les os du carpe, l'extrémité supérieure des métacarpiens et l'extrémité inférieure du radius. Cet homme, vingt mois plus tard, portait à bras tendu 9 kilogrammes ; aujourd'hui il en porte davantage encore.

Tous les résultats ne sont pas aussi beaux, mais ils sont tous satisfaisants au point de vue fonctionnel. Un sujet tuberculeux, opéré il y a vingt mois, portait, il y a huit mois, 4 kilogrammes à bras tendu. Cependant M. Ollier n'est point systématiquement partisan d'opérer les individus tuberculeux ou âgés.

En résumé, il y a des malades qu'il faut opérer; il y en a que l'on peut opérer; il en est, au contraire, qu'il ne faut pas opérer. Les premiers sont les sujets affaiblis par la suppuration. Ce sont des candidats à la tuberculisation, si on ne les opère pas. Les seconds sont les malades sur lesquels on est indécis quant à l'époque d'invasion de la tuberculose, et qui présentent encore quelques chances de guérir. Les troisièmes enfin sont ceux chez lesquels la tuberculisation est primitive ; ceux-là ne doivent jamais être opérés.

M. VERNEUIL est parfaitement d'accord avec M. Ollier sur l'inutilité des résections du poignet, soit dans le cas de traumatisme, soit pour combattre toute déformation du poignet. Quant aux résections pathologiques, il faut distinguer encore les cas, d'abord l'âge du sujet, où, passé trente ou trente-cinq ans, il y a contre-indication; puis la présence de grosses fongosités avec petits points blanchâtres comme dans la synovite tuberculeuse, où l'amputation est préférable à toute résection.

Enfin, pour lui, la résection du poignet chez les diathésiques n'est qu'un expédient, une opération palliative et non un moyen de guérison.

En résumé, il ne faut pas se faire d'illusion sur les résultats définitifs, et, avant de tenter aucune opération, il faut étudier les ressources de la thérapeutique ordinaire et les employer avec persévérance.

M. OLLIER ne veut pas non plus de résection chez l'enfant au-dessous de douze ans, ni chez l'adulte arrivé à l'âge de trente ou trente-cinq ans. S'il lui est arrivé de faire cette opération chez un individu de soixante-cinq ans, c'est parce que celui-ci s'était refusé à l'amputation.

M. VERNEUIL n'argumente pas M. Ollier, car les divergences qui le séparaient du professeur de Lyon sont aujourd'hui peu considérables. Il veut seulement argumenter la « résécomanie » qui plane sur la pratique chirurgicale. Il n'est point l'adversaire-né des résections radio-carpiennes, mais il n'admet que les résections réellement nécessaires.

La séance est levée à onze heures et demie.

M. le docteur Demange est nommé médecin-adjoint au Lycée de Nancy en remplacement de M. le docteur Demange père, démissionnaire.

— *Épidémies.* — Le congrès de géographie de Bordeaux vient de se prononcer, conformément aux conclusions d'un rapport présenté par M. le docteur Bourru, professeur à l'École de médecine de Rochefort, pour l'établissement d'un service sanitaire extérieur chargé de signaler au gouvernement français les cas de fièvre jaune.

— Une dépêche de Madrid nous apprend que dans la journée du 10 de ce mois le choléra a fait encore cent trois victimes à Manille, et cent trente-sept dans les villages de la province.

On nous annonce aussi que le gouvernement tunisien a imposé une quarantaine de cinq jours à toutes les provenances de Malte. Du reste, tous les gouvernements s'empressent de prendre les mesures nécessaires pour prévenir l'épidémie cholérique.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 13366.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........ 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Études expérimentales sur la syphilis. — Bactéridie syphilitique.

Les expériences dont M. Martineau a entretenu l'Académie de médecine dans l'une de ses dernières séances, et qu'il a faites avec le concours de l'un des internes de son service, M. Hamonic, à l'hôpital de Lourcine, sont trop intéressantes, malgré les quelques lacunes qui y ont été signalées et les doutes qu'elles ont laissés dans beaucoup d'esprits, pour que nous n'ayons pas cru devoir les reproduire ici. Ce sera d'ailleurs un appel fait aux objections et aux critiques en même temps qu'un encouragement à la poursuite de ce nouvel ordre de recherches, qui, quel qu'en soit le résultat, confirmatif ou infirmatif de ces prémisses, ne peut en définitive qu'être utile à la science et honorable pour ses auteurs.

Le 29 avril 1882, MM. Martineau et Hamonic enlèvent un chancre infectant, syphilitique, induré, existant sur la petite lèvre gauche d'une malade couchée au n° 34 de la salle Saint-Louis, à l'hôpital de Lourcine. Ce chancre est mis dans un vase clos, préalablement chauffé au rouge sombre. Un bouillon concentré (Liebig) est préparé et porté à l'ébullition pendant deux heures environ. On introduit dans un ballon à col très-allongé fortement chauffé, puis refroidi, la valeur d'un verre à bordeaux du bouillon en ébullition dont on a constaté préalablement l'alcalinité.

Le tube est bouché avec un tampon de ouate et on laisse refroidir. Dès que la température du liquide est de 30° centigrades environ, on introduit rapidement le chancre et on scelle à la lampe sans enlever le tampon de ouate.

Le ballon est placé dans un bain-marie à la température moyenne de 30° centigrades et variant entre 25° et 40°. Cette opération avait eu lieu à midi.

Trois heures après, on distingue en suspension dans le liquide quelques flocons qui troublent sa transparence. A six heures et demie, un petit dépôt grisâtre se forme au fond du vase.

Le lendemain 30 avril, vers dix heures du matin, on ouvre le tube, on prend quelques gouttes de liquide et on scelle aussitôt à la lampe.

L'examen au microscope d'une goutte de bouillon fait constater la présence de nombreuses bactéridies offrant les caractères suivants :

Forme de bâtonnets d'une longueur variable, mais ne dépassant pas cinq fois le diamètre d'un globule sanguin, formés d'une matière claire au point, et obscure si on élève très-légèrement l'objectif. Il n'y a trace de noyau, d'enveloppe et de granulations. Ces bactéridies sont groupées de diverses manières par deux, suivant une ligne horizontale, ou seules, ou bien accolées bout à bout et deux par deux.

Ces bactéridies offrent des mouvements divers. En même temps que ces bactéridies, on constate la présence de quelques bâtonnets beaucoup plus longs très-peu mobiles, la plupart même immobiles, rectilignes ou légèrement curvilignes. Enfin on y trouve aussi quelques microbes, assez rares relativement, en forme de points excessivement petits, brillants et obscurs (si on lève l'objectif), agités de vifs mouvements de progression.

Le soir, vers dix heures, les bactéridies continuent à se mouvoir.

Le 1er mai (neuf heures du matin). On prend quelques gouttes de bouillon que l'on place sous le champ du microscope. On extrait de même le chancre du tube que l'on place dans l'alcool parfaitement pur à 30°. Le tube est scellé à nouveau comme la veille. Le liquide est trouble et fortement floconneux. Il contient des masses de bactéridies petites, agitées de mouvements rapides excessivement vifs.

Le même jour, à cinq heures et demie du soir, sur un porc mâle, âgé de cinq mois environ, bien portant, MM. Martineau et Hamonic font sur l'abdomen à gauche de la région pénienne, dans le tissu cellulaire sous-cutané, une première injection avec une seringue de Pravaz remplie de liquide de culture des bactéridies et une deuxième au niveau de la région axillaire droite.

Un échantillon de ce liquide est conservé et maintenu à l'étuve à une température de 25 à 30°.

Ce même soir, à neuf heures, on constate la présence de petites bactéridies.

Le 2 mai (neuf heures du matin), le porc a de la fièvre; le museau est sec; les pattes sont chaudes; le pouls rapide.

L'animal présente des soubresauts fréquents; il refuse toute nourriture.

A six heures du soir, on pique une veine sous-cutanée abdominale; on recueille quelques gouttes de sang. Les globules sont au nombre de sept millions neuf cent vingt mille. Ils sont petits, très nets et peu modifiés de forme. On constate la présence de quelques bactéridies très-mobiles et vivaces.

Le 3 mai, l'animal est dans le même état; il est agité, présente des soubresauts fréquents; la fièvre paraît intense; il ne veut prendre aucune nourriture.

Cet état s'amende les jours suivants.

Le 13 mai, l'état général est bon; l'animal mange.

A la fin du mois de mai (30), il existe sur l'abdomen sept à huit papules très-saillantes, rondes, rouges, du volume d'une lentille. Quelques-unes siègent au niveau des creux axillaires, au voisinage de l'anus et sur la partie interne des cuisses.

Le 31, nouvelles papules sur la région dorsale; les poils s'enlèvent facilement, à la moindre traction.

Le 1er juin, les papules sont plus nombreuses sur l'abdomen et le dos.

Le 4 juin, blépharo-conjonctivite intense de l'œil gauche : conjonctive rouge, sécrétion purulente qui se concrète et agglutine les bords des paupières. L'animal est triste, reste étendu, ne mange pas. Dans l'épaisseur du fourreau de la verge, on constate une tumeur dure, douloureuse, mobile, roulant sous la peau, du volume d'une noisette environ. Dans les plis inguinaux, trois petits ganglions, durs, non douloureux.

Le 12 juin, la tumeur pénienne a augmenté de volume; elle reste mobile, sans adhérence à la peau, toujours douloureuse.

L'œil va mieux.

On enlève une papule et une tache noire intra-dermique ressemblant à une pétéchie existant sur la région dorsale. Au microscope, la papule est constituée par une hyperplasie lamineuse avec corps embryoplastiques et cellules fusiformes nombreuses. Pas de bactéridies dans la préparation.

En même temps on recueille quelques gouttes de sang qui sont immédiatement mises en culture à la température de 42°. L'une d'elles est mise à part; placée en sortant de la veine sous le champ du microscope, on y constate des bactéridies.

Pour la culture des bactéridies recueillies, les expérimentateurs emploient le procédé suivant :

Ils lavent un ballon Pasteur à l'acide phénique et le placent dans l'étuve chauffée à toute vapeur pendant cinq heures environ. Le bouillon de culture est chauffé pendant dix heures, maintenu à l'ébullition. On le laisse refroidir et on le rend alcalin avec la sonde. On le filtre deux fois; on le porte de nouveau à l'ébullition, puis on le place dans le ballon Pasteur. Il reste à l'étuve pendant vingt-quatre heures. Après ce laps de temps, examiné au microscope, il ne contient pas de bactéridies. Alors, à l'aide d'un gros tube effilé dont l'extrémité opposée est obstruée par un tampon de ouate phéniquée, quelques gouttes de sang sont recueillies au niveau d'une petite veine de la paroi abdominale. Trois gouttes seulement sont mises dans le ballon contenant le bouillon de culture maintenu à la température de 42°. Au bout de dix-huit heures, on trouve des bactéridies en nombre considérable, analogues à celles obtenues dans le liquide de culture du chancre.

Le 16 juin, afin d'affirmer son diagnostic de syphilides papulo-squameuses, M. Martineau prie MM. les professeurs H. Bouley et Nocard et M. Weber, vétérinaire à Paris, d'examiner l'affection cutanée dont le porc inoculé le 1er mai est atteint. Ces Messieurs ne peuvent se prononcer sur la nature de cette affection. Ils n'en ont jamais observé d'analogues sur le porc. Quant à la tumeur pénienne, ils la considèrent comme une tumeur sous-cutanée, probablement de nature inflammatoire. Ces Messieurs sont frappés de la similitude d'éruption existant entre les syphilides papulo-squameuses dont sont atteintes plusieurs malades du service et celles du porc. Ils constatent en outre les bactéridies du chancre dont les préparations ont été conservées.

Le 20 juin, l'éruption papuleuse se généralise de plus en plus.

Le 26 juin, la tumeur sous-cutanée de la région pénienne est devenue adhérente à la peau; elle a perdu sa mobilité; elle est douloureuse et enflammée. A sa surface, elle présente une ulcération arrondie du volume d'une pièce de 50 centimes. Le fond est rouge, luisant, sec; elle est fortement indurée. Cette induration correspond à la tumeur sur laquelle repose l'ulcération. Par la pression on fait suinter, à sa circonférence, un pus blanchâtre. Deux ou trois ganglions inguinaux gros ne paraissent pas douloureux.

Le 30 juin, le volume de la tumeur pénienne a diminué de plus de moitié; elle est limitée à la peau, confondue qu'elle est avec le derme. Elle correspond exactement à l'ulcération qui se répare et qui offre un fond rouge et luisant.

Le 9 juillet, la tumeur a disparu, l'ulcération est cicatrisée. A son niveau, la peau conserve une induration. Les ganglions inguinaux ont disparu. Une tumeur dure, ronde, douloureuse à la pression existe à la patte antérieure droite, au niveau de la petite phalange. Sur le corps, il n'existe aucune éruption.

Le 21 juillet, le sang examiné ne contient pas de bactéridies ni de microbes.

Le 3 août, la tumeur de la patte droite persiste; aucune autre tumeur ne s'est formée sur le squelette, aucune éruption sur la peau; l'animal a pris un développement énorme.

Pour confirmer ces résultats, l'expérience suivante est instituée :

Le 10 juin, MM. Martineau et Hamonic inoculent sur la peau du pénis d'un jeune porc mâle, âgé d'un mois environ, le pus d'un chancre infectant, syphilitique, recueilli sur une malade couchée au n° 10 de la salle Saint-Louis.

Le 25 juin, quatre jours après l'inoculation, quelques gouttes de sang recueilli d'une veine abdominale, examiné immédiatement au microscope, contiennent une grande quantité de bactéridies analogues à celles développées par la culture du chancre de la première expérience et à celles développées dans le sang du premier porc inoculé avec les bactéridies chancreuses. Ces bactéridies sont mises en culture dans du bouillon de porc.

Le 30 juin, neuvième jour de l'inoculation, il existe une induration parcheminée au niveau du point d'inoculation.

Le 5 juillet. Sur la peau du ventre on constate un certain nombre de petites papules rosées, squameuses, saillantes, rappelant par leur aspect celles constatées déjà sur le premier animal. De plus, entre le fourreau et le deuxième mamelon gauche, il existe deux papules plus grosses, de coloration violacée, saillantes, très-indurées, pouvant se

soulever en masse si on les prend entre deux doigts.

Le 9 juillet, outre les petites papules entourées d'un cercle épidermique, il existe à droite, vers le deuxième mamelon, une nouvelle papule, analogue, comme grosseur et comme coloration, à celles qui existent à gauche.

Le 21 juillet, les petites papules ont disparu; les grosses sont plus nombreuses; elles sont saillantes, de coloration manifestement cuivrée; elles ont le volume d'une tête de clou.

Le sang, examiné, ne contient pas de bactéridies.

Le 3 août, les papules abdominales persistent; elles offrent une induration manifeste; elles ne sont plus colorées; leur couleur se confond avec celle de la peau. Sur les oreilles, sur la nuque on trouve cinq grosses papules rouges, avec cercle épidermique à leur base, saillantes, indurées, nouvellement formées.

Le 10 août, les papules des oreilles sont affaissées, peu colorées, sauf une qui existe sur le bord libre de l'oreille gauche. La peau de l'abdomen, du thorax, de la face interne des cuisses présente de nombreuses papules saillantes, rouges, cuivrées, quelques-unes d'une teinte violette, surtout au niveau de l'inoculation. Le poil tombe à la plus légère traction; l'animal est vif, alerte; il mange bien.

On enlève une de ces papules.

Examinée au microscope, elle présente une structure analogue à celle de la papule enlevée sur le premier porc. Il est à remarquer seulement que les éléments embryoplastiques sont plus nombreux. Pas de bactéridies.

Le 23 août, les papules ont complètement disparu, aucun accident syphilitique apparent.

Le 2 juillet, avec les bactéridies cultivées du jeune porc (animal de la deuxième expérience), on pratique à l'École d'Alfort, en présence de M. le professeur Nocard, une injection sous-cutanée à la région pénienne d'un jeune porc mâle, âgé de trois mois environ, et une deuxième à la région pénienne également d'un jeune chevreau.

Le 17 juillet, M. Nocard nous faisait savoir que les animaux inoculés paraissaient jusqu'ici indemnes, qu'ils n'avaient présenté aucun trouble appréciable. Leur température n'a pas varié de plus d'un dixième de degré. A aucun moment il n'a pu trouver dans leur sang aucun élément figuré anomal.

Le 5 juillet, MM. Martineau et Hamonic pratiquent à la région pénienne d'un singe macaque, âgé, une injection sous-cutanée des bactéridies constatées dans le sang du premier porc (première expérience) et cultivées d'abord dans le bouillon de Liebig, puis dans le bouillon de porc. Pour la première fois ils ont constaté dans ce bouillon, outre les bactéridies, la plupart légèrement incurvées, une grande quantité de microbes (micrococcus et diplococcus), en forme de sphères, isolés, parfois réunis deux à deux ou en zooglæa. Ces microbes sont animés de mouvements actifs.

Le 10 août, l'animal inoculé n'a présenté jusqu'ici aucun phénomène anomal. Le sang, examiné à différentes reprises, ne contient pas de bactéridies.

En résumé, chancre induré placé dans un ballon contenant du bouillon de culture préparé suivant les indications de M. Pasteur pour la recherche des microbes; constatation dès le lendemain de nombreuses bactéridies; injection d'une certaine quantité de ce liquide à un porc, dans le sang duquel on constate le jour suivant des bactéridies sembables à celles du bouillon de culture; un mois après, manifestation de syphilides papulo-squameuses sur l'abdomen de l'animal. Deuxième expérience consistant à inoculer directement à un autre jeune porc de la sérosité recueillie sur un chancre infectant; quatre jours après, développement dans le sang de ce second animal de bactéridies semblables à celles du premier porc, et quatorze jours après, manifestations cutanées syphilitiques (syphilides papuleuses) sur l'abdomen, d'abord isolées, se généralisant ensuite et persistant pendant plusieurs jours, pour disparaître complètement, ainsi que les bactéridies du sang, deux mois après l'inoculation.

C'est sur cette similitude, tant au point de vue du développement des bactéridies qu'à celui des manifestations cutanées syphilitiques dans les deux expériences, que M. Martineau s'est fondé pour affirmer la réalité de la bactéridie syphilitique et pour signaler l'importance que cette découverte comporte au point de vue de la prophylaxie et de la thérapeutique de la syphilis.

Nous avons parlé des lacunes et des doutes qui avaient paru frapper l'esprit de quelques-uns des assistants à l'audition de cet important document. On a déjà reproché à M. Martineau d'avoir affirmé hâtivement l'existence d'une bactéridie syphilitique en se fondant sur deux expériences seulement. On peut même dire qu'il n'y en a qu'une en réalité, la deuxième n'ayant été qu'un moyen de contrôle de la première; mais le nombre ferait peu, une seule suffirait encore à la rigueur, si elle était absolument concluante. Peut-on la considérer comme telle? Les bactéridies développées dans le sang du premier animal auquel on avait injecté le liquide de culture, ont été identiquement semblables à celles de ce liquide même et aux bactéridies du sang du deuxième animal inoculé directement. Mais il nous semble qu'il manque un point de départ. Il n'est question nulle part de l'examen du sang de la malade qui a fourni le premier élément de l'expérience. Ce sang contenait-il des bactéridies? Ces bactéridies étaient-elles semblables à celles du bouillon de culture et du sang des deux animaux inoculés? Comment peut-on le savoir, puisqu'on ne l'a pas cherché? Pour que l'expérience eût été complète, il eût fallu, ce nous semble, s'assurer de ce premier point et clore le cercle en remontant à la source première... Mais il est un terme à l'expérimentation qu'il n'est pas permis de franchir.

D'un autre côté, la démonstration de la nature syphilitique des phénomènes observés sur les deux porcs est-elle suffisante? On en peut douter.

Quoi qu'il en soit, il y aurait, à notre avis, le plus grand intérêt à poursuivre ces expériences en les complétant et les rectifiant dans ce qu'elles peuvent avoir d'insuffisant ou d'incorrect.

Paralysie générale et traumatisme dans leurs rapports réciproques.

La paralysie générale dont la connaissance ne remonte guère à plus d'une soixantaine d'années, a été, sans contredit, depuis cette époque, l'une des maladies qui ont été le plus fouillées, le plus retournées dans tous les sens. Après avoir épuisé l'infinie complexité de sa symptomatologie et sondé tous les méandres de son évolution, on a passé à ses connexions, à ses rapports et ses confinements avec la pathologie tout entière. La chirurgie vient réclamer à son tour

la part qui lui revient, soit dans son étiologie, soit dans son influence plus ou moins directe sur la marche et l'issue des divers traumatismes. L'idée de faire remonter l'origine d'un certain nombre de cas de paralysie générale à des traumatismes cérébraux directs ou indirects, à des chutes ou des coups sur la tête, n'avait pas échappé aux premiers observateurs. Mais ces coups ou ces chutes n'étaient-ils qu'une occasion de la détermination ou de la manifestation d'une affection existant déjà en germe ou à l'état de prédisposition? Ne pouvaient-ils être considérés dans quelques cas comme la cause réelle, efficiente, unique de l'affection? C'est un point débattu et peut-être encore débattable de l'étiologie de la paralysie générale. C'est à l'étude de ce point d'étiologie, ainsi qu'à l'influence que peut exercer à son tour la paralysie générale sur le traumatisme que M. le docteur Charles Vallon, ancien interne de l'asile Sainte-Anne, préparateur du laboratoire de clinique des maladies mentales à la Faculté, a consacré sa thèse. Nous allons examiner rapidement aujourd'hui la première partie de ce travail.

Dans une de ses leçons cliniques faites à la Pitié en 1850, M. Lasègue établissait cette loi générale « que, dans la plupart des affections cérébrales, l'entrée en matière a été un choc qu'il faut rechercher avec insistance... Dans la paralysie générale, ajoutait-il, quatre-vingt-dix fois au moins sur cent, vous trouvez au début un ictus cérébral quelconque. » C'est cette proposition que M. Charles Vallon a voulu vérifier et confirmer, autant par son observation personnelle que par l'étude et l'analyse des faits les plus récents qu'il a pu réunir, en montrant que si le choc du début de la paralysie générale est souvent un ictus médical (vertige, attaque épileptiforme), il est, dans bon nombre de cas, un ictus chirurgical. M. Vallon a déjà pour lui, avec l'autorité de M. Lasègue, celle de M. Ball, son maître, de Marcé, de Thore et Aubanel, de MM. Baillarger et Lunier, de M. Voisin, de M. Azam, à qui l'on doit un intéressant mémoire récent sur les troubles intellectuels provoqués par les traumatismes du cerveau, de Meyer, en Allemagne, et de M. Francis Stae, en Angleterre, qui tous admettent l'influence étiologique directe des traumatismes de la tête sur le développement de la paralysie générale et en rapportent des exemples. A ces observations déjà nombreuses, il en ajoute dix-huit nouvelles, la plupart inédites et quelques-unes relevées par lui-même dans les divers services de l'asile Sainte-Anne auxquels il a été attaché.

Étant admis que les traumatismes du crâne peuvent produire la méningo-encéphalite diffuse, combien de temps s'écoule-t-il entre le moment où agit la cause et celui où se montrent les premiers symptômes de la maladie? C'est ce que M. Vallon a cherché à déterminer.

M. Duret a classé la paralysie générale parmi les accidents tertiaires que peuvent produire les traumatismes du crâne. Pour lui, la paralysie générale ne se montrerait que comme une conséquence éloignée des traumatismes cérébraux, elle n'en serait qu'un accident tardif, une complication ultime. C'était aussi l'opinion qu'exprimait M. Lasègue dans sa thèse d'agrégation de 1858: « Dans tous les cas, disait-il, un espace de temps assez long s'écoule entre le traumatisme et la paralysie qui en est la suite. » Cependant quelques auteurs, MM. Baillarger, Laffite, entre autres, ont rapporté chacun un exemple de paralysie générale dont les premiers symptômes se sont manifestés, dès le lendemain d'un accident traumatique; dans une observation inédite recueillie dans le service de M. Dagonet, à Sainte-Anne, la paralysie générale s'est révélée deux jours après une chute sur la tête. M. Vallon rapporte l'observation, qu'il a recueillie dans le même service, d'une paralysie générale qui a également éclaté le lendemain d'une chute. Toutefois ce sont là des exceptions, le plus souvent les lésions cérébrales restent latentes pendant un certain temps. L'ictus a été suivi de phénomènes variés, tels qu'attaque épileptiforme, simple vertige, céphalalgie plus ou moins persistante, paralysies localisées et passagères, puis tout rentre dans l'ordre; plusieurs mois, une année, plusieurs années se passent et les premiers symptômes de la paralysie générale font leur apparition.

De l'examen de cette question M. Vallon est conduit à cette conclusion : que les traumatismes de la région crânienne peuvent engendrer la paralysie générale à eux seuls, en dehors de toute prédisposition.

Que les traumatismes crâniens puissent, à eux seuls, engendrer dans quelques cas la paralysie générale, c'est là une conclusion qui paraît manifestement justifiée par quelques faits. Mais combien serait-on loin de la vérité si on voulait trop la généraliser ! Outre qu'ici se présenterait avec toute sa puissance d'objection l'abus du fameux argument : *Post hoc ergo propter hoc*, il faudrait aligner, à côté des faits où la cause banale a été suivie de son effet présumé, ceux dont on ne pourra probablemement jamais fixer, même approximativement, la proportion, et dans lesquels cette même cause est restée stérile; et, réciproquement ou plutôt inversement, énumérer si cela était possible le nombre des cas où la paralysie générale s'est développée en dehors de toute action ou intervention traumatique. Eût-on été en mesure d'établir sur la statistique le rapport probable ou possible de l'élément étiologique en question, serait-il aussi facile qu'on semble le croire d'éliminer, dans un grand nombre de cas, la prédisposition? L'auteur le sait si bien qu'après avoir formulé sa proposition il a hâte d'ajouter qu'un certain consensus de l'organisme est nécessaire, qu'il y a pour la manifestation de la paralysie générale, quelle qu'en soit la cause, un âge d'aptitude en deçà ou au delà duquel on ne la voit guère se produire, une condition anatomique inhérente à cet âge qui prépare en quelque sorte le terrain, etc. Les limites de la prédisposition, en dehors même de la plus appréciable de toutes, l'hérédité, sont d'ailleurs fort difficiles à tracer; de sorte que, tout compte fait, si l'on peut dire, avec M. Vallon et avec les maîtres autorisés sur lesquels il s'appuie, que le traumatisme peut créer de toutes pièces la paralysie générale et agir par conséquent comme cause efficiente, il est beaucoup plus vrai de dire que le plus souvent, sans prétendre fixer numériquement la proportion, le traumatisme n'est qu'une cause occasionnelle, provocatrice de la manifestation de l'affection déjà en puissance, sinon en état d'incubation ou d'imminence. A plus forte raison, ne devrat-on faire aucune difficulté d'admettre qu'un traumatisme cérébral, survenant chez un sujet déjà en voie d'évolution de la paralysie générale, en aggrave ou accélère la marche.

Voici, du reste, quelles sont les déductions pratiques que M. Vallon a tirées de cette étude étiologique.

Étant donné que la paralysie générale, dans un certain nombre de cas, est produite par les traumatismes du crâne, il est indiqué de rechercher cette cause chaque fois que l'on se trouve en présence de cette maladie. L'importance de cette recherche s'applique moins au sujet malade lui-même

qu'à sa descendance. Supposant, en effet, un père de famille atteint de méningo-encéphalite diffuse, si l'on parvient à établir que cette maladie a été produite par un coup ou une chute sur la tête, on pourra rassurer les parents sur l'avenir des enfants nés avant l'accident.

Une autre règle de conduite se déduit de ces faits, c'est de penser toujours, en présence d'un blessé du crâne, à la possibilité du développement d'une méningo-encéphalite diffuse ; tout sujet qui a subi un ictus chirurgical devenu par ce fait même cérébral, et par conséquent incessamment sous l'imminence de nouveaux accidents, bien que ne présentant actuellement aucun symptôme morbide, doit être surveillé et on devra en écarter soigneusement toute cause de congestion encéphalique, le soumettre à un régime alimentaire sévère, d'où seront exclus surtout les boissons alcooliques, proscrire l'usage des bains chauds, combattre la constipation, etc. C'est le cas de s'abstenir rigoureusement de l'usage des douches sur la tête.

Enfin l'un des côtés non moins intéressants de la question soulevée par l'influence possible d'un traumatisme sur le développement de la paralysie générale est le problème médico-légal qui peut se trouver posé : quelle a pu être, chez un sujet atteint de cette affection, la part attribuable à un coup ou à un choc précédemment reçu sur la tête ?

Quelle est à son tour l'influence de la paralysie générale sur les traumatismes ? C'est ce qui sera examiné dans un deuxième article.

BLESSURE PAR ARMES A FEU

PLAIE PÉNÉTRANTE DE LA POITRINE.

Par M. le docteur Léon Bec (de Mézel).

B... étant à la chasse, muni d'un de ces vieux fusils dont le fond du canon est à la longue rongé par l'action chimique de la poudre, l'arme restant chargée et suspendue au coin de l'âtre, vit cette dernière éclater entre ses mains ; un fragment du canon pouvant présenter de 2 à 3 centimètres dans sa plus grande dimension traverse la paroi de la poitrine dans le deuxième espace intercostal, à environ 5 centimètres du bord gauche du sternum ; il n'y eut pas d'ouverture de sortie ; le blessé put regagner seul son domicile.

Notre honoré confrère, le docteur Ollivier (de Digne), assisté du chirurgien militaire de la garnison, vinrent le visiter ; ils sondèrent avec circonspection le trajet du projectile, trajet très-irrégulier, paraissant avoir une direction oblique de haut en bas, de dedans en dehors et d'avant en arrière ; le résultat de ces recherches fut négatif.

L'accident avait eu lieu le 19 juin 1877. Le docteur Ollivier s'étant absenté sur ces entrefaites, j'étais appelé auprès du blessé le 24. Je trouvais le trajet fistuleux cicatrisé ; il n'y avait pas eu de sang dans les crachats, pas de phénomènes stéthoscopiques qui démontrent d'ordinaire la lésion du parenchyme pulmonaire, mais un épanchement considérable existait dans la plèvre ; le blessé éprouvait une douleur localisée sous l'omoplate gauche vers le bord interne, dans un point inaccessible à l'exploration par la palpation. Prescription : un large vésicatoire à la base de la poitrine, un laxatif à l'huile de ricin.

Le 28 juin, l'oppression a pris des proportions effrayantes comme l'épanchement lui-même, le cœur est refoulé violemment à droite ; la matité est complète dans toute la hauteur de la poitrine, la face est livide, le pouls petit et fréquent.

Que faire ? Pratiquer l'aspiration du liquide de la poitrine ; ma pensée se porta d'abord sur ce point ; mais je ne satisfaisais pas le malade et son entourage ; on voulait que j'aille à la recherche du corps étranger qui pouvait bien être la cause du point douloureux sous-scapulaire ; et puis pouvait-on affirmer qu'il n'y eût pas de caillots sanguins ou un liquide très-dense quelconque. Je me décidai donc pour l'empyème par incision. Cette dernière fut pratiquée entre la troisième et la quatrième côte en comptant de bas en haut, et donna issue à plus d'un litre et demi de sérosité. L'exploration de la plèvre par une sonde d'homme depuis le cœur qui la repoussait par ses pulsations jusqu'aux moindres replis de la séreuse, ne révéla nulle part la présence du corps étranger. Ces diverses manœuvres et l'entrée de l'air dans la poitrine rendant la suppuration de la surface pleurale inévitable, un drain fut laissé dans l'incision par lequel furent pratiquées les jours suivants des injections alcooliques et phéniquées. Malgré une suppuration abondante, malgré des accès fébriles qui nécessitèrent l'usage du sulfate de quinine, notre jeune homme revint peu à peu à la santé. Le 5 septembre il pouvait faire cinq kilomètres à pied pour se rendre dans mon cabinet. Une fistule intercostale donnait encore issue à une certaine quantité de pus ; le malade fut soumis à l'action de l'huile de foie de morue ; bientôt toute suppuration tarit ; notre blessé braconne aujourd'hui avec plus d'entrain que jamais.

Le seul désir d'extraire ce fragment d'arme me fit recourir à une méthode aussi primitive et aussi radicale que l'empyème par incision ; l'insuccès de mes recherches me fit regretter un moment ma détermination, mais aujourd'hui je me demande si l'aspiration du liquide aurait été suivie de si heureux résultats.

ASSOCIATION FRANÇAISE

POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES.

Congrès de La Rochelle.

Séance du 30 août (soir). — Présidence de M. Azam.

Sur la mortalité en Grèce par saisons. — M. Clon Stéphanos résume ainsi qu'il suit les principaux résultats de ses recherches sur cette question :

D'après les données moyennes de quatorze ans (1864-1878), la mortalité en Grèce présente son minimum pendant le mois de mai (1,47 décès sur 1000 habitants), et s'élève brusquement pendant les mois de juin et de juillet (1,84), époque où elle atteint le degré le plus élevé de toute l'année. Puis, s'affaiblissant un peu pendant le mois d'août, elle se maintient à peu près au même niveau en septembre, pour se relever légèrement ensuite en octobre et s'abaisser de nouveau également en novembre. Après avoir présenté une faible élévation pendant les mois de décembre et de janvier, elle commence à s'abaisser en février, d'abord très-lentement, puis brusquement, tandis que plus tard, après avoir ralenti sa chute en avril, elle continue à s'abaisser considérablement au mois de mai où elle atteint le degré le plus faible. La mortalité, en Grèce, est ainsi des plus élevées à l'automne (5,41) et des plus faibles au printemps (4,59), tandis que l'été (5,32) et l'hiver (5,38) occupent les places intermédiaires. Les observations d'Hippocrate sur la mortalité relative des saisons concordent en général avec les faits.

M. Stéphanos examine ensuite la distribution de la mortalité par saisons sur le sol grec, et les facteurs principaux qui agissent sur elle. Pour ce qui concerne la malaria comme cause léthifère, quoique la Grèce soit un des pays de l'Europe les plus affligés par elle, l'étude des données statistiques l'a conduit à ce résultat : 1° que, pendant l'été, les fièvres pernicieuses n'occupent en général qu'une place secondaire, même dans la plupart des districts les plus marécageux de la Grèce, la première place appartenant à la diarrhée infantile ; 2° que la maladie influe sur la mortalité automnale, en Grèce

surtout en rendant les organismes plus aptes à être frappés gravement par d'autres causes morbifères et notamment par le refroidissement.

En terminant, M. Stéphanos parle des moyens à employer pour éviter des inexactitudes dans la détermination de la mortalité par saisons et par mois, et de la part que prennent dans la mortalité les causes et les circonstances nosogènes qui suivent surtout certaines saisons.

De quelques moyens usuels de prophylaxie en général. — M. DAGRÈVE. Ces moyens doivent être appliqués au sujet qui peut devenir un foyer d'infection et au local qu'il occupe.

Ils consistent dans les soins de propreté du local et dans la destruction immédiate, par une solution de potasse ou de sulfate de fer, des matières qui peuvent communiquer la maladie : telles que les crachats des phthisiques, les matières fécales des typhiques et des cholériques, les croûtes des varioleux, etc.

M. Dagrève croit, par ces moyens, avoir arrêté le développement d'une épidémie de choléra et de deux épidémies de variole.

Un cas d'empalement. — M. PRUNIÈRES (de Marvejols) rapporte l'observation d'un jeune homme de dix-sept ans qui fut accidentellement empalé, il y a deux ans, par le pieu d'une charrette qu'il conduisait et qui se renversa sur lui. Ce pieu, entré par la région postérieure du tronc, à un centimètre au-dessus de l'os iliaque du côté droit et à huit centimètres de la ligne médiane, traversa le corps de part en part pour venir sortir en avant, à quatre centimètres de la ligne blanche et à trois centimètres au-dessous des dernières fausses côtes. Ce ne fut qu'au bout d'un certain temps que, trouvé ainsi fixé au sol, cet individu fut désempalé et porté, considéré comme mort, dans une sorte de grange ouverte à tous les vents.

Cependant, lorsque M. Prunières, mandé en hâte, arriva auprès de lui, le blessé avait recouvré ses sens. L'orifice antérieur de la blessure était étroite, tandis que la plaie postérieure présentait une ouverture énorme dans laquelle plusieurs doigts pénétraient facilement. Le pauvre garçon fut condamné à un repos absolu et pansé avec un linge fenêtré recouvert de charpie phéniquée tandis qu'une mèche était introduite dans la plaie. Pour toute nourriture, on lui donna du petit-lait. Il n'y eut pas de vomissements. Le lendemain, le blessé put aller à la selle naturellement; la fièvre était modérée; on lui permit du bouillon. Quelques jours plus tard, il demandait à manger. Bref, il ne survint aucun accident, la cicatrisation de la plaie antérieure était obtenue au bout de trois semaines; la plaie postérieure demanda, par contre, deux mois pour guérir. Depuis lors, cet individu s'est toujours parfaitement porté, ne conservant aucune infirmité de son horrible blessure.

Chirurgie préhistorique, ossements humains percés de flèches. — M. PRUNIÈRES, dans une seconde communication, soumet à l'examen de ses confrères un certain nombre de pièces osseuses des plus intéressantes par les blessures qu'elles présentent, blessures dont quelques-unes sont cicatrisées et renferment, emprisonnée dans le corps de l'os, la pointe de flèche en silex qui les a produites. Ces différentes pièces sont des os iliaques, des vertèbres ainsi qu'un astragale; elles ont été trouvées par le savant anthropologiste dans les cavernes de la Lozère avec une série de crânes ou fragments de crânes perforés et des rondelles crâniennes.

M. Prunières rappelle ensuite que, dans la Lozère, les cavernes lui ont donné des ossements humains appartenant à une race primitive différente de celle qu'on retrouve dans les dolmens.

M. VERNEUIL est vivement frappé par la vue des pièces présentées par M. Prunières.

M. E. RIVIÈRE dit que le fait de deux races différentes indiqué par M. Prunières dans la Lozère se présente aussi dans les Alpes-Maritimes. Les grottes de Menton, qui remontent à l'époque paléolithique, lui ont, en effet, montré une race dolichocéphale de grande taille, parfaitement distincte de celle dont il a recueilli les ossements, soit dans la grotte de l'Albaréa de Sospel, soit dans les dolmens de Saint-Vallier et de Saint-Césaire, lesquels appartiennent à l'âge du bronze.

Il signale aussi, sur le premier squelette humain découvert par lui dans les grottes de Menton en 1872, une fracture des deux os de l'avant-bras droit, située au tiers inférieur, et consolidée par un cal difforme.

Affections cardiaques en rapport avec des névralgies du membre supérieur gauche. — M. POTAIN rapporte les observations suivantes :

1° Un soldat, blessé pendant la guerre de 1870, subit l'amputation du bras gauche; l'opération réussit parfaitement; mais il se développe consécutivement un névrome du moignon très-douloureux. Cette nouvelle lésion entraîne à sa suite des malaises cardiaques et des palpitations; la marche devient difficile; en un mot, tout un ensemble de phénomènes qui le forcent à renoncer à la vie active. Enfin il est atteint d'hypochondrie.

Plus tard, le moignon ayant cessé d'être douloureux, l'hypertrophie du cœur diminue d'une façon très-notable.

2° Dans le second cas, il s'agit d'un jeune homme qui, en pleine et parfaite santé, eut l'avant-bras gauche écrasé par une voiture; de là fracture comminutive et plaie suppurant pendant un an. Les cicatrices étaient restées assez douloureuses. Un jour, cet individu est astreint par son père, dans une partie de chasse, à une marche exagérée; il est aussitôt pris d'oppression et de palpitations si violentes qu'il est obligé de renoncer à une vie active. On constate quelque temps après une hypertrophie simple du cœur sans aucune autre lésion cardiaque. De plus, le malade devient hypochondriaque.

3° Le troisième malade est encore un soldat de 1870, dont l'aisselle gauche est traversée par une balle qui sort au niveau du grand dorsal. La plaie suppure pendant longtemps, et la guérison n'est obtenue qu'au prix d'une rétraction cicatricielle, telle que cet homme peut à peine écarter le bras du corps. Un chirurgien fait des tentatives d'écartement forcé qui déterminent une douleur extrêmement vive. Un malaise persistant en est la suite, et le malade est pris pour la première fois de battements de cœur et d'oppression. Les palpitations vont peu à peu en augmentant, et le malade entre à l'hôpital Necker avec une hypertrophie du cœur, simple, mais très-accentuée. Le repos à l'hôpital et la digitale déterminent une légère amélioration.

Voilà donc le fait de trois individus qui, sous une même influence nerveuse, sont atteints d'hypertrophie du cœur, alors que jusque-là ils n'avaient jamais eu aucune lésion cardiaque. Dans ces trois observations, les cavités gauches du cœur ont seules été atteintes, et la maladie a débuté par de la suffocation, des palpitations; puis sont survenus des phénomènes du côté du poumon et une gêne respiratoire plus ou moins prononcée. Au contraire, dans le cas d'excitation des nerfs gastriques et intestinaux, l'hypertrophie atteint seulement les cavités droites du cœur, et consécutivement à des phénomènes primitifs du côté de la respiration.

M. VERNEUIL a eu l'occasion de rencontrer quelques faits analogues. Tout d'abord, c'est le cas d'un jeune soldat amputé, à la suite d'un coup de feu, au niveau du tiers supérieur de l'avant-bras gauche. Mais la guérison se termine par la conicité physiologique du moignon qui détermine aussi des douleurs très-vives et la formation de névromes; puis, quelque temps après, une cardiopathie pénible s'accompagnant d'hypochondrie. Attribuant ces accidents à une névralgie du moignon et à des phénomènes de nature réflexe, M. Verneuil procède à l'extirpation des névromes. Non-seulement il y eut soulagement immédiat, mais trois mois plus tard cet homme était complètement guéri des troubles cardiaques et de l'hyperesthésie générale dont il avait été subitement atteint.

Ainsi, de même que, dans les observations de M. Potain, une blessure primitive du membre supérieur gauche a entraîné d'abord une névralgie fort douloureuse, puis une hypertrophie du cœur gauche.

M. DUPLOUY rappelle qu'il a présenté, il y a deux ans, à la Société de chirurgie, une observation de résection de névromes extrêmement douloureux développés dans le moignon à la suite de la désarticulation de l'épaule ; les douleurs irradiaient jusque dans une partie très-étendue du thorax. Les résultats immédiats de cette résection furent des plus heureux.

M. OLLIER rapporte aussi une observation présentant quelques rapports avec les faits qui viennent d'être exposés. Il s'agit d'un homme auquel il avait réséqué le nerf tibial gauche, et qui avait depuis longtemps déjà une lésion cardiaque très-avancée ; il était asthmatique et souffrait de névralgies fort douloureuses, névralgies qui précédaient toujours les phénomènes cardiaques. L'opération fut rapidement suivie d'un soulagement notable.

M. POTAIN, tout en insistant sur ce fait que dans tous les cas observés la lésion siégeait à gauche, comme dans l'angine de poitrine la douleur se propage dans le bras gauche, ne serait pas étonné que l'on citât des faits analogues, mais avec lésion du côté droit.

M. LEUDET a eu dans son service une vieille femme atteinte de néphrite chronique compliquée de phénomènes nerveux et de douleurs périphériques dans le bras *droit*. Une pression exercée dans un point déterminé de ce bras provoquait des phénomènes d'angine de poitrine renversés.

La séance est levée à quatre heures trois quarts.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpital civil de Mustapha. — Un concours pour l'emploi de pharmacien en chef s'ouvrira le vendredi 10 novembre 1882 à Alger. Les candidats qui désireront prendre part à ce concours pourront se faire inscrire au secrétariat de la commission administrative de l'hôpital civil de Mustapha jusqu'au 9 novembre 1882.

— M. le docteur H. Taguet vient d'être nommé médecin en chef de l'asile des aliénés de Bordeaux, en remplacement de M. Lagardelle, décédé.

— *Épidémies.* — Le ministre du commerce vient d'adresser la circulaire suivante à tous les directeurs du service de santé, au sujet des mesures préventives à prendre contre le choléra :

« Je vous confirme mon télégramme du 4 courant, relatif aux provenances suspectes de choléra.

« Des cas de choléra ont été signalés dans la mer Rouge et même à Alexandrie, à bord de navires venant de l'Inde.

« Ces faits venant s'ajouter aux craintes que pouvaient déjà faire naître les conditions sanitaires d'autres pays imposent au service de la santé les précautions les plus soigneuses en vue de protéger l'Europe.

« Je vous invite à vous tenir exactement au courant de la situation sanitaire et à redoubler de vigilance à l'arrivée des provenances contaminées ou suspectes.

« Je ne saurais trop vous recommander de veiller d'une manière toute particulière à ce que les formalités de la reconnaissance et de l'arraisonnement s'accomplissent avec le soin le plus scrupuleux.

« Vous appliquerez ensuite rigoureusement, le cas échéant, les dispositions des règlements sanitaires.

« *P. S.* — Je vous prie de m'accuser réception de la présente lettre et de me tenir au courant des informations sanitaires qui vous parviendraient, et de les communiquer immédiatement à vos collègues. »

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la Maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

— *Avis.* — Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Contribution à l'étude du goître exophtalmique ; pathogénie, traitement, par le docteur NIMARD. In-8°. — Prix : 3 fr. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Signes et diagnostic de la grossesse extra-utérine, par le docteur CHAYÉ. In-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Histoire d'une balle retrouvée dans le larynx dix ans après son entrée dans la tête, guérison, par le docteur Ch. FAUVEL. In-8°, avec 6 figures dans le texte. — Prix : 1 fr. 25. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Du pansement à l'iodoforme et de ses dangers, par le docteur LE DENTU. In-8°. — Prix : 50 centimes. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 13371.

N° 108. — MARDI 19 SEPTEMBRE 1882. 55e ANNÉE. MARDI 19 SEPTEMBRE 1882. — N° 108.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOPITAL NECKER. — M. POTAIN.

Un nouveau cas de gangrène humide des extrémités, glycosurie et albuminurie.

Il y a deux mois et demi à trois mois environ, nous avions à la fois dans nos salles deux malades atteints de gangrène des extrémités. Nous vous avons fait à ce sujet une leçon sur la gangrène diabétique, la gangrène par embolie et la gangrène mixte (1). Nos deux malades appartenaient à la première de ces deux variétés.

Aujourd'hui, je reviens sur cette même question au sujet d'une nouvelle malade entrée récemment dans nos salles et chez laquelle les causes du mal sont assez difficiles à établir. Il s'agit d'une vieille femme, encore bien conservée malgré ses années, pourvue d'un certain embonpoint, que la sénilité ne paraît pas avoir encore touchée, il s'agit d'une femme enfin qui, à part certains accidents, semblait jouir d'une santé relativement bonne, dont la peau est encore colorée, chez laquelle la circulation est bonne, sans athéromes, sans lésions des orifices. Mais les membres inférieurs sont atteints à des degrés différents de sphacèle, ou plutôt l'un des deux membres n'est encore que sphacélé tandis que l'autre est frappé de gangrène humide.

Ce caractère d'humidité même nous fit tout d'abord rejeter l'idée de quelque embolie comme cause de ces acidents. De même nous repoussons toute pensée d'une thrombose artérielle, les vaisseaux n'étant nullement malades, sans aucune nodosité, la circulation, au contraire, étant remarquable par sa conservation, sauf certaine perturbation sur laquelle nous reviendrons tout à l'heure, mais qui, en tous cas, ne pourrait se lier à une thrombose. Il n'y a donc, en aucun point, d'oblitération artérielle.

S'agirait-il de quelque gangrène glycosurique? Les urines ne renferment pas de glycose. Je sais bien que ce n'est pas là une objection suffisante, car chez les glycosuriques, dont l'alimentation est diminuée, cette substance diminue dans les urines et peut même disparaître en totalité. De plus, nous savons aussi que chez certains individus, comme l'a démontré M. Teissier (de Lyon), la glycosurie alterne quelquefois avec l'albuminurie en raison de certaines modifications survenant dans l'état nerveux.

Il serait donc possible que notre malade fût ainsi diabétique sans le savoir, et ce fait de la fréquence des mictions dont elle se plaint rendrait cette supposition assez plausible. Ajoutons que, si nous l'en croyons, elle éprouve des phénomènes de prurit assez intenses parfois; cependant, lorsque nous la pressons de questions, ses réponses ne sont pas toujours très-précises sous ce rapport. Il plane donc encore quelques doutes sur cette partie de la question. Nous disons aussi que le diabète n'entraîne pas fatalement une grande maigreur, et que l'on voit encore parfois une certaine catégorie de diabétiques conserver de l'embonpoint,

En dehors donc du prurit et du besoin fréquent d'uriner, nous ne trouvons chez cette malade aucun autre phénomène se rattachant à la glycosurie. Les urines elles-mêmes ne sont pas augmentées comme quantité, l'appétit n'a subi aucune modification. Disons plus, ce prurit lui-même se rencontre assez fréquemment chez les vieillards, en dehors de toute glycosurie.

D'autre part, la gangrène peut survenir comme une conséquence de l'albuminurie, par un mécanisme différent, c'est-à-dire chez les individus dont les membres sont infiltrés; il se passe là ce que l'on observe chez les cardiaques, depuis longtemps œdémateux, où l'on voit se développer un érysipèle ou plutôt un érythème fébrile, douloureux, une véritable cutite suivie d'ulcérations qui deviennent, à un moment donné, gangreneuses. Il est vrai que dans ce cas la gangrène des extrémités est exceptionnellement très-étendue; généralement, au contraire, elle est superficielle, et dès que l'on a donné une issue quelconque au liquide infiltré, les accidents cessent assez vite. D'autres fois aussi l'on voit des malades avoir un œdème considérable, les membres extrêmement distendus et la peau s'exulcérer sans revêtir aucun aspect gangreneux.

Il faut donc qu'il y ait une idiosyncrasie spéciale, en vertu de laquelle les manifestations dont nous nous occupons se développent tandis que chez d'autres elles n'apparaissent jamais. Cette idiosyncrasie résiderait-elle dans la perturbation circulatoire sans fièvre que je vous signalais tout à l'heure, — sans fièvre, dis-je, la température restant à 37° ou 37°,5, — et sans lésion des orifices du cœur? La cause

(1) Voir la *Gazette des hôpitaux* du 22 avril 1882, page 372.

en serait-elle dans la musculature même de l'organe cardiaque ou dans le système nerveux qui préside aux fonctions du cœur?

Il est certain qu'il existe chez notre malade, en raison même de ses années, comme chez tous les vieillards, un certain degré de dégénérescence graisseuse du cœur; mais c'est là un fait dont il ne faudrait pas abuser pour en tirer des conséquences à perte de vue.

Il nous resterait donc, en somme, à savoir ce qui se passe dans le plexus cardiaque; c'est là une question dont l'étude n'est malheureusement pas encore très-avancée, et les notions que jusqu'à ce jour nous possédons sont bien insuffisantes pour nous permettre de faire, à ce sujet, un diagnostic différentiel de quelque valeur.

Quoi qu'il en soit de la cause du sphacèle des membres inférieurs, nous pouvons dire que, dans le cas présent, le pronostic est grave, plus grave même que s'il s'agissait de la gangrène par embolie. En effet, cette dernière peut guérir après l'élimination naturelle ou provoquée des parties mortifiées par une amputation naturelle ou chirurgicale. Ici, au contraire, la gangrène des extrémités inférieures est la conséquence d'une altération générale de l'économie que nous ne pouvons pas combattre avec succès. C'est là un de ces cas où, si l'on tentait l'amputation du membre, les lambeaux se gangréneraient probablement à leur tour.

Nous sommes donc désarmés, et, malgré la santé apparente de la malade, l'état est en réalité déplorable. Tout ce que nous pouvons tenter, c'est d'enrayer pour un certain temps au moins la marche des accidents, de modifier la cause originelle, c'est-à-dire l'albuminurie primitivement nerveuse selon toutes probabilités et résultant secondairement d'une lésion rénale. Nous sommes donc là en présence d'une néphrite d'ordre nerveux; car, d'une part, il ne s'agit en rien ni d'un état rhumatisant, ni de scarlatine, ni de refroidissement, et d'autre part les accidents que nous observons ne sont pas la conséquence d'un état aigu survenu au milieu d'un état chronique, comme on l'observe quelquefois. Ce n'est point une néphrite interstitielle, dans le cours de laquelle il serait tout à coup survenu un état catarrhal s'accompagnant d'œdème, d'anasarque, etc., etc.; car, en pareil cas, on trouve presque toujours une artério-sclérose, des troubles de la circulation, des modifications du côté du cœur : bruit de galop, hypertrophie du ventricule gauche, etc. Ici, il n'y a rien de semblable, point d'hypertrophie du ventricule gauche, point de bruit de galop, pouls sain, sans dureté.

Cependant, comme chez cette malade l'albuminurie catarrhale domine en ce moment, nous la mettons au régime lacté exclusif et à l'extrait mou de quinquina, à la dose de 4 grammes par jour. C'est encore là le seul moyen un peu efficace, alors que tous les autres ont une action des plus lentes.

OBSTÉTRIQUE

Tête enclavée en O. I. G. A. au détroit supérieur; variété pariétale droite exagérée; accouchement par tractions manuelles.

Par M. le docteur E. Pros (de La Rochelle).

Le 3 novembre 1878, j'étais appelé à huit kilomètres de la Rochelle, pour terminer un accouchement chez une primipare, la dame G..., dont l'utérus, après un très-rude travail de plus de trente-six heures, était tombé en inertie complète. La poche des eaux s'était rompue d'elle-même, prématurément, et le col utérin, assez largement dilaté, était souple. L'enfant se présentait en O. I. G. A. par le sommet, lequel offrait une variété pariétale droite exagérée. Ayant placé la parturiente dans une position méthodique, en travers, sur le bord de son lit, ses pieds reposant sur deux chaises un peu élevées et convenablement disposées au-devant d'elle, je me mis en devoir de l'accoucher par le forceps. — La première branche de mon instrument avait à peine franchi à droite l'anneau vulvaire, que la parturiente crut devoir s'associer à mes manœuvres, en poussant des cris étourdissants, accompagnés de mouvements désordonnés de tout son corps, que rien de ma part ne justifiait. De leur côté, le mari de cette indocile, sa mère et deux de ses voisines ou cousines pleuraient en sanglotant à qui mieux mieux. Je me vis obligé d'annoncer en termes énergiques que si la scène étrange dont j'étais ahuri ne cessait pas sur-le-champ, j'allais me retirer. L'effet de cet acte d'autorité fut magique. La malade se trouva subitement comme frappée d'anesthésie et un calme plat se fit autour de moi. Maître de la situation, je pus enfin, sans trop de difficulté, achever l'application de mon forceps dont les manches furent relevés légèrement dans la direction du diamètre oblique gauche du bassin. Ensuite, j'accrochai le dynamomètre de ma barre de traction à l'anse formée par les lacs de l'instrument, lacs qui, au préalable, avaient été passés dans leur canule protectrice des parties molles maternelles.

Tout étant ainsi disposé, je m'assis sur une chaise basse en face de la patiente et pris un point d'appui, des genoux, sur celles qui recevaient ses pieds. Alors, ayant saisi à deux mains ma barre de traction je tendis graduellement et d'une manière intermittente, avec une certaine force, les lacs de mon forceps. En agissant ainsi, je déprimai perpendiculairement sur les ligaments sacro-sciatiques gauches la grande lèvre de la vulve du même côté. Malgré la puissance assez élevée de mes tractions en bas et en arrière et parfois plus ou moins latéralisées, la tête ne bougeant pas, je quittai ma position assise pour en prendre une presque accroupie. Alors, m'étant pour ainsi dire pendu à ma barre de traction, mais prêt à rendre la main, au cas d'une trop brusque progression de la tête, j'amenai, par un effort supérieur de 5 kilogrammes à ceux que j'avais faits précédemment, la tête sur le plancher du bassin. Elle y arriva après avoir accompli d'elle-même, entre les branches ascendantes des ischions et descendantes du pubis, son mouvement de rotation. A partir de ce moment, m'étant mis debout, j'opérai mes tractions dans une direction intermédiaire entre celles des axes du petit bassin et de la vulve. Puis, ayant saisi mon instrument par sa barre d'assemblage, de la main droite et de la gauche soutenant le périnée, je dégageai l'occiput sous les pubis et ensuite le reste de la tête de sa poche périnéo-vulvaire. Bientôt après je facilitai la sortie des épaules, lesquelles se trouvaient solidement fixées en travers au détroit supérieur, et l'accouchement fut promptement terminé.

En venant au monde, l'enfant qui rendait le méconium était cyanosé et en état de mort apparente; cependant son cordon très-noueux battait d'une manière rassurante. De suite, je fouettai l'enfant, le frictionnai sur la région précordiale et le soumis à la succussion de Matteï. Ces moyens ne l'ayant pas ranimé aussi complètement et aussi rapidement que je le souhaitais, je lui fis une insufflation, presque de bouche à bouche, après avoir passé un peu d'eau-de-vie dans la mienne. Avant de pratiquer cette insufflation, j'avais eu le soin d'abaisser, en l'attirant un peu hors de sa cavité, la langue de l'enfant. En l'entendant crier, pour ainsi dire et pour cause, à gorge déployée, la mère qui, depuis un bon quart d'heure, ne soufflait plus mot, sortit de sa léthargie plus apparente que réelle, en s'écriant : « Quel bonheur! Il vit. » Aussitôt que ce cri lui fut parti du cœur, elle me remercia de l'avoir si heureusement délivrée et m'avoua qu'elle avait à peine souffert de mes manœuvres. L'enfant, du sexe féminin, offrait un développement peu ordinaire et son poids devait dépasser celui de 4 kilogrammes.

Avant de quitter l'accouchée, je ne manquai pas de féliciter la

sage-femme qui m'avait appelé à son aide d'avoir su résister à maintes obsessions pour qu'elle donnât *des poudres* à sa parturiente. Quand donc l'Académie de médecine et une puissante société d'obstétrique frapperont-elles d'un *veto* porté à la connaissance du public l'emploi de l'ergot de seigle dans l'accouchement proprement dit, ou, pour être plus correct, tant que l'utérus contient quelque chose de solide, comme l'a si bien et si nettement formulé M. le professeur Pajot?

La présente observation serait dépourvue d'intérêt si elle n'était vue par son côté pratique. Chaque jour, en se conformant à la méthode classique, le praticien, même du plus médiocre talent, délivre, le forceps à la main, des parturientes dont l'enfant se trouve solidement retenu au détroit supérieur. Mais le fait-il toujours avec assez de sûreté pour la mère et l'enfant?

Dans le cas dont je viens de donner la relation, cette sûreté, j'en ai la conviction, m'eût manqué sans les tractions manuelles de la nature de celles dont j'ai parlé. Je demande donc que les tractions soient étudiées et même perfectionnées par les accoucheurs qui, mieux que moi, à tous égards, sont en position de les vulgariser. Ces accoucheurs, je n'en doute pas, rendront ainsi un signalé service à bon nombre de modestes praticiens qui attendent, avec une soumission parfaite, la sanction de leurs maîtres. Je ne parle pas, bien entendu, de ces maîtres qui se font un devoir de conscience de ne pas démordre de certains principes qui en font les adversaires déclarés des moyens qui diffèrent des leurs. Pour eux, l'accoucheur doit, en se servant de son forceps, ne pas dépenser toute la force de ses bras et ne le faire qu'à leur manière, par tradition d'outre-tombe. Pour eux aussi, du moment que l'accoucheur peut, par droit de diplôme et de patente, crever la tête de l'enfant qui résiste, par trois fois, à son appel, dans tous les cas, il doit le faire sans scrupule et sans autre forme de pratique. Je l'ai déjà dit, non sans raisons appuyées sur des faits irréfutables, cette forme de pratique est plus que vicieuse. Je souhaite donc qu'elle soit revue et corrigée, pour ne plus être encouragée. Demander aux anciens, comme aux modernes, un blanc-seing qui puisse parfois désintéresser l'accoucheur d'un remords de conscience, ne doit plus lui suffire désormais.

Dans le cas de la dame G..., je me félicite d'avoir mis fin à la scène dont j'ai parlé. C'est ainsi que j'agis toujours, en pareille circonstance, chez toutes mes parturientes. Je n'admets pas que l'accoucheur, quand il n'y donne pas lieu, permette à celles sur lesquelles il opère, de le troubler pendant les manœuvres. Beaucoup de ces parturientes, du reste, ne jettent le plus souvent les hauts cris que dans l'espoir de diminuer ainsi (et c'est tout le contraire) la gravité de leur situation : gravité qu'elles sont toujours portées à s'exagérer.

Ne voulant pas donner trop d'extension à ces réflexions, je crois devoir me borner à dire que, si, ayant placé la dame G... sur mon cadre-lit, je me fusse servi de mon tracteur obstétrical à tige mobile, mes manœuvres eussent été plus faciles et d'une douceur plus irréprochable qu'à la main. Mais, autant que je le puis, j'use de mes tractions manuelles, de peur, dans l'hypothèse d'un insuccès pour l'enfant, d'être accusé d'avoir causé sa mort par des moyens autres que ceux le plus généralement employés. J'en suis encore là; et j'attends que les préjugés à l'endroit des tractions mécaniques dans l'accouchement s'effacent de plus en plus. On y arrivera, je n'en doute pas, dans un avenir prochain. Oui, j'attends. Mais je ne sais plus le faire quand, sans danger pour la mère, je puis essayer à la délivrer, avec le secours de mon tracteur, de son enfant mort ou vif. Il est des cas, en effet, où la céphalotomie comme la céphalotripsie peuvent cesser d'être des opérations permises à l'accoucheur. Ces cas, je les ai rencontrés dans ma propre pratique et dans celle de deux de mes confrères, et j'ai été assez heureux pour obéir à cet impérieux précepte, le plus ancien et le plus élevé de tous : *Tu ne tueras pas.*

TRANSFUSION DIRECTE DU SANG

Par le docteur Roussel (de Genève).

Soixante-deuxième transfusion directe, 14 juin 1882. — *Homme de dix-neuf ans : blessure de l'artère fémorale et de la veine saphène, hémorrhagie mortelle. Transfusion, 190 grammes; guérison.* — En travaillant à l'abattoir, le jeune Louis A..., fils unique d'une famille de bouchers de Montereau (Seine-et-Marne), s'est planté dans le haut de la cuisse son couteau qui trancha la veine saphène et piqua l'artère fémorale; hémorrhagie terrible évaluée à cinq et même sept litres par les gendarmes et les bouchers qui l'ont rapporté à la maison et assisté, sans cependant pouvoir arrêter le sang. « Il a perdu, disent-ils, beaucoup plus de sang qu'un veau que l'on saigne. » Le docteur Goupil des Pallières (de Montereau), ex-interne des hôpitaux, vint faire le pansement nécessaire, et comprima les vaisseaux au moyen de pinces hémostatiques. Injections sous-cutanées d'éther; cordiaux, etc.

Le blessé reste dans un état de syncope profonde avec grands mouvements convulsifs. « Il s'est secoué et s'est étendu comme un animal qui meurt d'une saignée, » dit le père.

Appelé télégraphiquement pour tenter une transfusion en dernière ressource, je trouve, à cinq heures, le blessé dans l'état le plus grave : facies cadavérique, pouls tremblotant, intermittent, filiforme, de 180 à 190.

Avec le concours du docteur Goupil, je pratique aussitôt une transfusion directe de 190 grammes du sang de M. Ch. Turquet, agent de marine, âgé de trente-cinq ans, en présence de M. Cœurderoy, pharmacien, et de la famille du blessé.

Le malade, ranimé, annonce sentir une grande chaleur provenant du bras et lui remplissant la poitrine; le pouls tombe immédiatement à 120 en devenant net et bien frappé. Le frisson dure un peu plus d'un quart d'heure, suivi de la réaction chaude pendant laquelle le pouls remonte à 130 pour retomber à 110.

A onze heures du soir. Pouls, 96; l'opéré se sent beaucoup moins faible, il boit plusieurs tasses de bouillon.

Le 15, au matin. État excellent; pouls, 96, 100 le soir; urine normale.

Pendant les jours suivants, le pouls baisse graduellement jusqu'à 80; le malade a quelques vomissements le troisième jour, par le fait d'une trop considérable alimentation.

22 juin. Le père et le grand-père viennent m'annoncer que l'état de leur fils est aussi satisfaisant que possible. La blessure de la cuisse est cicatrisée, il y a un peu de gonflement du membre, notamment au niveau de la blessure.

2 juillet. Le malade est en pleine convalescence, son appétit se maintient suffisant et régulier; il est encore faible et anémié, mais parfaitement capable de se refaire le sang perdu. Le gonflement de la cuisse est à peu près disparu, et elle reprend sa température normale. La peau est solidement réunie; il ne reste plus qu'un peu de sang répandu dans les tissus. Le docteur Goupil espère une parfaite guérison.

L'incision faite au bras sur la veine médiane, pour l'introduction de la canule, s'est guérie de la façon la plus simple.

M. Turquet, le donneur de sang, dont le dévouement s'est déjà signalé par plusieurs sauvetages, n'a pas un instant interrompu ses travaux.

Jeune fille, vingt ans : chloro-anémie extrême. Transfusion de 160 grammes; guérison. — Mlle Lillie M..., fille d'un médecin anglais,

est amenée mourante de Londres à Genève par son père, qui, après les traitements les plus assidus, ne voit plus de ressource qu'en la transfusion du sang. La jeune fille est logée à Nyon, sur les bords du lac; elle est d'une pâleur de cire, avec de la bouffissure et de l'œdème général; elle ne peut être soulevée sans être prise de syncopes. Son estomac ne supporte aucun aliment, et ne conserve que du lait alcoolisé. Sa respiration est superficielle et insuffisante; les bruits musicaux de l'anémie retentissent dans le cœur et dans les carotides; le pouls est tantôt très-lent, tantôt très-rapide et filiforme. Les périodes, qui étaient jadis excessivement abondantes, sont à peu près supprimées et remplacées par la leucorrhée.

De nombreux accidents nerveux l'ont tourmentée pendant longtemps; elle est aujourd'hui dans une sorte de stupeur anesthésique et analgésique.

20 juillet. Je pratique une transfusion directe de 160 grammes du sang d'une robuste paysanne vaudoise. Je fais pénétrer le sang aussi lentement que possible; il survient un peu de dyspnée, et une cyanose légère, frisson assez violent et répété suivi d'une réaction chaude lente à s'établir. Pendant la nuit, le sommeil est bon, quoique interrompu par quelques secousses nerveuses et un peu d'agitation.

21 juillet. Au matin, pouls, 100; excitation générale, grand appétit; elle mange plusieurs fois; pouls, 110.

29 juillet. Pendant toute la semaine, l'appétit s'est maintenu considérable, et les digestions très-actives; la bouffissure a complètement disparu, la peau est déjà un peu colorée.

10 août. La guérison est assurée; les règles ont reparu normalement.

Cette jeune fille est retournée en Angleterre; elle s'est mariée à Manchester, et sa santé continue à être florissante.

Ménopause, fongosités utérines, métrorrhagies chroniques. Transfusion, 210 grammes; raclages; guérison. — Mme D..., née à Avignon, quarante-trois ans, trois enfants, veuve remariée à un vigneron du Salève (Haute-Savoie), était depuis six ans atteinte de pertes utérines très-graves et fréquentes. Depuis deux mois, elle perdait d'une façon ininterrompue du sang décoloré et fluide provenant de masses fongueuses du col et du corps de l'utérus.

Après l'emploi prolongé du crayon de nitrate d'argent, une tentative de raclage des fongosités a exaspéré l'hémorrhagie qui persista malgré le seigle ergoté, le fer et les tamponnements. L'anémie était extrême; insomnie, inanition, vomissements, lypothymies, cécité partielle, épistaxis. L'état devenu excessivement grave, j'ai procédé d'urgence, le 17 février, à une transfusion directe de 210 grammes du sang d'une jeune paysanne de vingt ans.

N'ayant pour assistance qu'un vieux curé, une sage-femme et le mari, je pratiquai seul la préparation de la veine de la malade et la transfusion qui fut très-simple.

Pendant la première heure, l'opérée eut, à deux reprises, un frisson modéré bientôt suivi de la réaction chaude et d'un sommeil prolongé.

Au réveil, elle manifesta un grand appétit que je ne satisfis qu'avec prudence.

La première urine, soigneusement examinée, fut abondante, normale et sans albumine.

Le 18. État satisfaisant; nulle douleur.

L'utérus ne perd pas de sang, mais un léger écoulement ichoreux, purulent. Injections alcooliques.

Le 25. L'état s'est beaucoup amélioré; l'appétit est très-grand; les forces sont revenues; de légères traces sanguines se montrent dans l'écoulement utérin.

Le 2 mars. Le col est entr'ouvert, rempli de fongosités turgescentes. Raclage avec la curette de Récamier qui ramène une bouillie fétide, purulente, avec une quantité considérable de granulations; perte sanguine très-modérée; crayon de nitrate d'argent à demeure, tampon de charpie, etc.; bonne alimentation.

5 mars. Nouveau raclage utérin, et traitement approprié; peu de douleurs, à peine une légère fièvre traumatique.

Les règles apparaissent le 20 et 21 mars, elles sont un peu douloureuses, mais modérées en quantité.

Le 30 mars. La guérison est complète, le col utérin n'est plus entr'ouvert ni hypertrophié.

Cette femme franchit heureusement l'époque de sa ménopause et sa santé redevient parfaite. La malade était dans un tel état d'hypohémie et d'affaiblissement général, à la suite de pertes utérines prolongées pendant six ans; son sang était devenu si diffluent et l'augmentation de l'hémorrhagie, amenée par la première tentative de raclage utérin, l'avait fait tomber si bas, qu'il est certain que sans la transfusion d'un sang nouveau dont les globules ont ranimé l'organisme, et dont la fibrine a oblitéré les ulcérations fongueuses, il eût été impossible de continuer le traitement chirurgical et de lui sauver la vie.

J'ai eu plusieurs fois l'occasion d'opérer dans de pareils cas, et toujours avec succès.

Dans beaucoup de familles et dans les hôpitaux gisent de nombreuses femmes épuisées par des pertes sanguines causées par des fongosités, ulcérations, polypes ou tumeurs utérines. Une opération locale serait seule capable de tarir l'hémorrhagie en supprimant sa cause, mais le moindre traumatisme, la moindre perte nouvelle ne pourraient être supportés, et les patientes deviennent de plus en plus fatalement incurables. Tout récemment, j'ai assisté à l'ablation d'un fibrome du col chez une femme qui, épuisée par ses pertes, put cependant encore marcher de son lit à la salle d'opérations. La perte fut bien minime, grâce au thermo-cautère, et cependant la femme s'éteignit le surlendemain.

Dans ces cas si fréquents, une transfusion simultanée ou préalable à l'opération locale peut rendre les plus grands services, non-seulement en reconstituant la vitalité générale, mais en apportant de la fibrine solidifiable pour obstruer les capillaires ulcérés, et même aussi les vaisseaux ouverts pendant l'ablation chirurgicale des tissus morbides, sources des hémorrhagies.

ASSOCIATION FRANÇAISE

POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES.

Congrès de La Rochelle.

Séance du 31 août (matin). — Présidence de M. Azam.

Un appareil prothétique à l'époque gallo-romaine. — **M. E. RIVIÈRE**, notre collaborateur, fait une communication sur la découverte à Paris d'une poterie samienne représentant un appareil de prothèse chirurgicale. (Sera publié.)

Les lumbagos et les assurances contre les accidents. — **M. GAUCHÉ** (de Bayonne). Ce travail est lu, en l'absence de l'auteur, par l'un des secrétaires de la section, M. le docteur de Musgrave-Clay. Il se termine par les conclusions suivantes :

1° Difficile est parfois la distinction du lumbago et du tour de reins ;

2° L'intensité plus grande des symptômes sur l'un des côtés (douleur, gêne des mouvements), bien plus que l'unilatéralité, doit être mise en relief ;

3° Pour le lumbago simulé, on tiendra compte des commémoratifs : habitudes de paresse ou travail de l'ouvrier, participation à plusieurs caisses de secours mutuels, etc.

Le lumbago dorsal, ou mieux tour de dos, se montre au moins aussi commun que le tour de reins est susceptible des mêmes caractères.

Pour les autres myodynies traumatiques du tronc, la pleurodynie et surtout la rupture de la paroi latérale de l'abdomen se rencontreront bien moins fréquemment.

Excitateurs électriques. — **M. F. FRANCK** présente, au nom de M. Ch. Verdin, une série d'appareils destinés à exciter les

filets nerveux en les isolant et construits sur les indications de M. Laborde.

Des syphilomes trachéo-laryngiens. — M. GOUGUENHEIM. En son absence, lecture seule est donnée des conclusions suivantes par M. Petit, secrétaire de la section :

1° Les faits de syphilome trachéo-laryngien font partie de l'histoire des rétrécissements de la trachée d'origine syphilitique. Ce sont les rétrécissements de la partie supérieure ;

2° La dénomination proposée par l'auteur vient de ce que l'extrémité inférieure du larynx est intéressée en même temps que l'orifice de la trachée ;

3° Il exclut de cette description le syphilome sus-glottique dont l'évolution clinique, du reste, ne coïncide pas habituellement avec celle du syphilome sous-glottique ;

4° Sa description repose sur deux faits avec guérison ;

5° L'apparition des accidents est très-tardive ; elle a lieu quelques années après l'apparition de la syphilis ;

6° Signes : dyspnée lente, progressive ; accès de suffocation ; inspiration laborieuse, sifflante ; à l'auscultation du cou, bruits très-intenses aux deux temps de la respiration ; expectoration nulle ; toux normale ; voix conservée (signe précieux) ; examen laryngoscopique, larynx intact et rapprochement facile des cordes vocales. Au-dessous des cordes, tumeur circulaire, rougeâtre, dépassant notablement les cordes vocales et ressemblant en quelque sorte à un boursouflement de la muqueuse. C'est un véritable diaphragme circonscrivant une ouverture très-minime. On ne voit plus les anneaux de la trachée ;

7° La marche de la maladie est assez lente, elle peut durer quelques mois ; l'ulcération est possible, mais elle n'a pas existé dans les cas rapportés par M. Gouguenheim ;

8° Diagnostic très-facile par l'examen laryngoscopique, coïncidence avec des syphilides tertiaires de la peau ; confusion possible avec la tuberculose, mais dans cette dernière cette localisation est rare, la région sus-glottique étant intéressée en même temps, ce qui, au début, n'est pas la règle pour la syphilis ; enfin l'état général varie dans les deux maladies ;

9° Pronostic grave, à cause de la possibilité de rétrécissement définitif ;

10° Le traitement doit être très-énergique. Il ne faut pas redouter, comme Monneret et Vidal, la possibilité d'un rétrécissement sous l'influence d'une guérison trop rapide. C'est au contraire le seul moyen de l'éviter et de l'amoindrir. Proscrire le mercure, dont l'action est infidèle et dangereuse quelquefois. Administrer l'iodure de potassium, de 3 à 10 grammes par jour et progresser très-rapidement.

La guérison peut être très-rapide, huit à douze jours. Au cas où la trachéotomie serait indispensable, ne pas recourir à la laryngotomie intercricothyroïdienne.

Traitement de l'empoisonnement par la strychnine. — M. GAÉTAN DELAUNAY. Des expériences répétées auxquelles il s'est livré sur des animaux dans le laboratoire de physiologie de la Faculté de médecine, M. Delaunay croit pouvoir conclure au traitement suivant dans l'empoisonnement par la strychnine : faire boire au malade le plus d'eau possible ; 2° le saigner ; 3° tenir la tête en haut et les pieds en bas.

L'auteur est porté aussi à croire que les mêmes moyens thérapeutiques sont applicables à la plupart des empoisonnements.

M. F. FRANCK. Le traitement de l'empoisonnement par la strychnine a été l'objet de nombreux travaux. La trachéotomie et la respiration artificielle ont donné d'excellents résultats et permis de ramener à la vie les animaux sur lesquels on a expérimenté; elles me paraissent préférables aux moyens proposés par M. Delaunay.

Considérations sur la cause la plus fréquente de cécité chez les agriculteurs. — M. GEORGES MARTIN (de Bordeaux). La kératite à hypopyon aurait, à son actif, d'après l'auteur, dans les pays agricoles, 67 p. 100 des cas de cécité, tandis que dans les villes la proportion ne serait que de 8 à 10 p. 100.

La fréquence de la kératite grave résiderait dans la multiplicité des traumatismes et principalement dans le grand nombre de maladies des voies lacrymales. Les maladies génératrices de la cécité étant du nombre de celles qu'on peut éviter ou qu'on guérit, l'auteur pense que peu à peu cette infirmité aura moins de représentants parmi les villageois.

Tout d'abord, pour prévenir l'apparition des maladies lacrymales, on conseillera l'usage de verres coquilles et de chapeaux à bords fortement rabattus en forme de cloche (chapeaux indiens). On évitera ainsi les effets nuisibles du vent, des poussières et de la réverbération du sol, causes premières de la plupart de ces maladies chez les agriculteurs. Ce seront en même temps d'excellents moyens pour protéger les yeux contre le traumatisme. L'attitude du travailleur devra être moins inclinée vers le sol. Il évitera ainsi la congestion des organes visuels et sera également moins exposé à l'action de la plupart des agents vulnérants qui atteignent les yeux lorsque le corps est courbé vers le sol. Dans ce but, il devra se servir d'outils à longs manches.

Une affection des voies lacrymales est-elle déclarée et le malade se refuse-t-il à l'opération de Bowman, on lui signalera les dangers du moindre traumatisme oculaire, surtout pendant la période des chaleurs, de manière qu'il prenne les précautions nécessaires pour les éviter. On formulera un collyre antiseptique dont il sera fait usage particulièrement dans le cas de contusion ou de blessure, en attendant les soins du médecin. Le collyre ordinairement prescrit par l'auteur est le suivant :

Acide salicylique.	10 centigr.
Acide phénique.	20 —
Acique borique.	4 grammes.
Eau distillée.	100 —

Filtrez; pour bains oculaires d'une durée de trois minutes.

Enfin la kératite qu'on a voulu éviter a-t-elle fait son apparition, sur-le-champ elle devra être traitée de manière à combattre sa marche si rapidement envahissante. Appelé à temps, le médecin pourra souvent enrayer le mal et écarter d'un des organes les plus précieux un danger certain.

Contribution à l'étude de l'hydrométrie. — M. GEAY. Il est seulement donné lecture du titre de ce travail par l'un des secrétaires de la section.

Sur le rôle de l'acide salicylique dans la formation des sels dont la base a un emploi médicinal. — M. SCHLUMBERGER conclut qu'en général il y a des motifs très-sérieux de préférer, dans la préparation des médicaments salins, à l'emploi des acides minéraux classiques qui dans la plupart des cas n'ont aucun effet curatif, celui des acides, qui par son action propre vient en aide à celle de la base agissante.

Or il est une classe d'acides qui par leurs propriétés répondent on ne peut mieux à ce desideratum. Il veut parler de la série des acides aromatiques qui présentent des qualités médicales reconnues depuis fort longtemps. L'un d'eux, l'acide salicylique, qu'il a eu l'occasion d'étudier d'une façon toute spéciale, se distingue par ses qualités antiseptiques incontestables. Il a de plus l'avantage de former avec les bases des sels bien nets et bien définis, et que l'on peut préparer dans un grand état de pureté. La plupart de ces sels ont été expérimentés dans les hôpitaux de Paris et ont donné des résultats remarquables que M. Schlumberger n'a pas à enregistrer ici, car ils sont maintenant du domaine public. La voie est donc largement ouverte, et il est très-heureux de pouvoir contribuer à la vulgarisation d'un progrès auquel il lui paraît inévitable de pouvoir échapper.

De l'anesthésie cutanée progressive du croup par anoxémie. — M. PETIT, secrétaire de la section, donne lecture des conclusions suivantes du mémoire de **M. BOUCHUT** :

L'anesthésie cutanée avec conservation de l'intelligence et des sens est un symptôme du croup.

Cette anesthésie est progressive et causée par l'inflammation pelliculaire du larynx qui rétrécit la glotte et diminue la colonne d'air respirable.

L'anesthésie progressive croupale est due à l'anoxémie, c'est-à-dire au défaut d'oxygénation du sang et à l'accumulation d'acide carbonique dans ce liquide.

C'est une conséquence de l'action stupéfiante du sang artériel, non oxygéné, et carboné sur les centres nerveux.

L'anesthésie progressive du croup indique le commencement de la période asphyxique et donne, par son intensité, la mesure du degré d'asphyxie.

L'apparition d'un commencement d'anesthésie et surtout l'anesthésie complète sont les indications de la trachéotomie.

Par la trachéotomie cesse l'anesthésie croupale, à moins qu'une canule obstruée ou mal placée et qu'une bronchite pseudo-membraneuse ou une broncho-pneumonie n'empêchent encore l'hématose.

— L'ordre du jour étant épuisé, M. le président Azam déclare la session close. La séance est levée à onze heures.

Ce même jour, 31 août, à trois heures de l'après-midi, a eu lieu, sous la présidence de M. Janssen, l'assemblée générale de clôture du Congrès, pour l'élection d'abord du vice-président, puis du secrétaire général adjoint de l'année 1883, lesquels deviendront, en 1884, l'un président et l'autre secrétaire général de l'Association française pour l'avancement des sciences.

Pour la présidence, deux candidats se trouvaient en présence : M. Bouquet de la Grye, ingénieur hydrographe, et M. le colonel Laussedat, directeur du Conservatoire des arts et métiers. Le premier a été élu par 120 voix contre 75 données à M. Laussedat, 8 bulletins nuls et 2 bulletins blancs. M. Grimaux, professeur à l'École polytechnique, a été élu secrétaire général adjoint.

M. Potain, professeur à la Faculté de médecine de Paris, a été élu délégué, pour trois ans, de la section des sciences médicales près du conseil d'administration de l'Association française.

Enfin la ville de Blois a été choisie comme siège du Congrès en 1884, Rouen étant la ville désignée l'an dernier pour 1883.

La session de La Rochelle s'est terminée par des excursions fort intéressantes à Royan et à l'île de Ré. Ces excursions ont duré trois jours, les 1er, 2 et 3 septembre.

NÉCROLOGIE

Le corps médical de Paris vient de faire une nouvelle perte regrettable. M. Hillairet, membre de l'Académie de médecine, ancien médecin de l'hôpital Saint-Louis, membre du conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine, officier de la Légion d'Honneur, vient de succomber subitement à une rupture anévrysmale, en pleine santé apparente, dans sa soixante-septième année.

Ses obsèques ont eu lieu avant-hier samedi à l'église de la Madeleine, au milieu d'un grand concours de confrères et d'amis. Des discours ont été prononcés sur sa tombe, par M. Lagneau, au nom de l'Académie de médecine, par M. Desnos, au nom de la Société médicale des hôpitaux, et par M. Dumontpallier, au nom de ses collègues de la Société de biologie.

Voici le discours de M. Dumontpallier :

Messieurs,

Le titre de secrétaire général d'une société savante impose trop souvent, hélas ! l'accomplissement d'un pénible devoir, celui de rendre un suprême hommage à ceux que la mort enlève à la science et à l'estime affectueuse de leurs collègues. Ce devoir est plus pénible encore lorsque l'on a le sentiment que l'éloge de celui qui n'est plus eût pu être prononcé par une voix plus autorisée.

Hillairet avait été élu membre de la Société de biologie en 1859, après avoir communiqué à notre Société les principales observations de son mémoire magistral sur l'étude clinique des hémorrhagies du cervelet. Ce travail avait pour bases des documents personnels, recueillis à l'hospice des Incurables. Il témoignait d'une grande sagacité de la part du clinicien et fut un progrès dans le diagnostic des localisations des lésions de l'encéphale. Le temps, le grand juge des œuvres de tous, n'a fait que consacrer la valeur du mémoire de notre collègue.

Quelques années plus tard, en 1862, Hillairet, continuant ses études cliniques sur les maladies du système nerveux, donnait à notre Société une observation de vertige par lésion de l'appareil auditif. Cette note critique confirmait les observations cliniques de Ménière et les recherches de physiologie expérimentale de Signol et Vulpian.

Mais bientôt le médecin de l'hôpital Saint-Louis devait étudier plus spécialement les maladies de la peau. Il ne tarda pas à acquérir une grande expérience pratique en dermatologie et, tout en rendant un juste hommage au chef d'une école célèbre, Hillairet sut rester éclectique.

Dans ces dernières années, Hillairet avait consacré une grande partie du temps que lui laissaient ses nombreuses occupations à l'étude de la lèpre tuberculeuse; et, voulant apporter dans son enseignement libre les progrès de l'histologie, il avait associé à ses recherches de jeunes travailleurs. Alors, en 1880, il communiqua à la Société de biologie, en collaboration avec le docteur Gaucher, une note sur le parasitisme de la lèpre. Il y a quelques mois à peine, notre regretté collègue avait commencé la publication d'un traité des maladies de la peau. C'est dire qu'Hillairet a travaillé jusqu'à la dernière heure. Sa vie a été bien remplie et la Société de biologie, dont il fut deux fois vice-président, perd aujourd'hui un collègue éminent qui, par son travail et par son caractère, avait mérité l'estime de tous.

CIRCULAIRE DU MINISTRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Paris, le 16 septembre 1882.

Monsieur le recteur, le décret du 20 juin 1878 a imposé aux aspirants au doctorat en médecine l'obligation de justifier des diplômes de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences restreint, pour pouvoir prendre la première inscription au premier trimestre de l'année scolaire.

Cependant, par application du règlement du 10 août 1877, il a été possible, pendant la période transitoire, d'autoriser un certain nombre de jeunes gens, admis seulement au deuxième baccalauréat pendant la session extraordinaire de mars-avril, à prendre soit la première, soit les deux premières inscriptions.

Cette facilité donnée aux étudiants de commencer leurs études au milieu de l'année, outre qu'elle a pour effet d'abréger le temps de scolarité, aurait pour résultat, si elle était maintenue, de rétablir en fait le régime d'études que le décret de 1878 a eu précisément pour but de supprimer.

J'ai soumis ces observations au Conseil supérieur de l'instruction publique dans sa dernière session, et, conformément à son avis, j'ai, par arrêté en date du 20 juillet dernier, rapporté le règlement du 10 août 1877. En outre de l'abrogation de ce règlement, cet arrêté confirme les dispositions antérieures aux termes des-

quelles les étudiants en médecine et en pharmacie ne peuvent, en aucun cas, commencer leurs études après le 15 janvier. Cet arrêté devra être porté à la connaissance des étudiants dans le plus bref délai.

J'ajoute, pour compléter ces instructions, que le décret du 20 juin 1878 a implicitement abrogé l'article 3 de l'arrêté du 24 janvier 1859, aux termes duquel le diplôme de bachelier ès sciences restreint ne pouvait être accordé qu'aux élèves justifiant de deux inscriptions de doctorat. Rien ne s'oppose donc à ce qu'à l'avenir ce diplôme soit délivré à l'impétrant sans qu'il justifie de ces deux inscriptions.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 4 septembre 1882, M. Pauly (Charles-Pierre), médecin principal de première classe de l'armée active, retraité, a été nommé médecin principal de première classe dans le corps des officiers de l'armée territoriale.

— Par décret en date du 11 septembre 1882, M. Paret (Auguste-Emmanuel), médecin-major de première classe dans l'armée active, retraité, a été nommé au grade de médecin-major de première classe dans le cadre des officiers de réserve.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le personnel des travaux pratiques est composé de la manière suivante pour l'année scolaire 1882-1883 :

Histologie : Chef des travaux, M. Cadiat, professeur agrégé ; préparateurs, MM. Gaucher et Variot.

Anatomie pathologique : Chef des travaux, M. Gombault; préparateur, M. Brissaud.

Physiologie : Chef des travaux, M. Laborde; préparateurs, MM. Dassy et Rondeau.

Histoire naturelle : Chef des travaux, M. Faguet; préparateurs adjoints : zoologie, M. Brumault de Montgazon; botanique, MM. Beauvisage et Durand.

Physique : Chef des travaux, M. Gay, professeur agrégé; préparateurs, MM. Sandoz et Bagneris.

Chimie : Chef des travaux, M. Gautier; préparateur, M. Étard; préparateurs adjoints, MM. Beniout et Villain.

— *Choléra.* — D'après un télégramme du gouverneur de Manille, l'épidémie serait réellement entrée dans une période de décroissance. La mortalité serait pour le 12 septembre de 94 décès dans la ville, et 154 dans les villages voisins; et pour le 13 septembre, 48 et 151, tandis que les jours précédents elle variait entre 400 et 500 décès par jour, ville et villages réunis. En résumé, depuis le début de l'épidémie, le choléra aurait enlevé 300 Européens contre 17,000 indigènes dans l'espace de cinq semaines.

Tous les bâtiments venant d'Égypte, de Suez et de Manille sont soumis à une quarantaine rigoureuse aux îles Baléares.

Manuel de pathologie chirurgicale, par A. Jamain, chirurgien des hôpitaux, membre de la Société anatomique, membre correspondant de la Société de chirurgie de Madrid, et par F. Terrier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux, membre de la Société de chirurgie et de la Société d'anthropologie. 3e édition, tome III, fascicule I, 1 vol. in-18. — Prix : 4 francs. — Les tomes I et II se vendent séparément 8 francs. — Paris, Germer Baillière et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 13382.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Grâce au zèle à toute épreuve et à l'intarissable fécondité de deux vétérans de l'Académie, MM. Jules Guérin et H. Bouley, la séance a été remplie et bien remplie jusqu'à l'heure réglementaire.

Après la lecture du discours prononcé par M. Lagneau, au nom de ses collègues, sur la tombe de M. Hillairet, M. J. Guérin a lestement enjambé la tribune, où, d'une voix vibrante et ferme, il a donné lecture d'une note sur l'ostéotomie et la tarsotomie dans le traitement du pied bot congénital : véritable procès en forme d'une prétendue innovation chirurgicale exotique qui nous rejetterait de plus de quarante ans en arrière; réprobation de la conception de semblables procédés et protestation aussi vigoureuse qu'éloquente contre ce que l'idée seule de cette innovation suppose ou d'ignorance ou de mauvaise foi à l'égard des progrès si considérables et si universellement connus qu'a réalisés de nos jours la chirurgie orthopédique. MM. Gosselin, Blot et Tillaux, — sauf quelques réserves de la part de ce dernier sur la possibilité d'applications très-spéciales et très-exceptionnelles des procédés en question chez les adultes, — se sont associés à cette énergique protestation faite beaucoup plus au nom collectif de la science qu'au nom privé de celui qui avait tant de droits de la faire.

Cédant à son collègue M. Larrey le fauteuil de la présidence qu'il n'occupe lui-même que temporairement et en l'absence des président et vice-président titulaires, M. H. Bouley a remplacé à la tribune M. J. Guérin, pour le prendre à son tour à partie sur un autre sujet, sur la question des inoculations préventives. On a lu dans le compte-rendu de la dernière séance les conclusions d'une note de M. Guérin sur les inoculations virulentes préventives. Quelques mots, ressemblant assez à une provocation, ont été échangés à ce sujet entre M. Bouley et M. Guérin. Une communication faite à l'Académie par M. Peuch, professeur à l'École vétérinaire de Toulouse, par l'entremise de M. Bouley, a été l'occasion d'une nouvelle reprise d'hostilités... hostilités toutes scientifiques, bien entendu, et même toutes courtoises.

On trouvera dans le compte-rendu un résumé de la communication très-intéressante de M. Peuch et de l'échange d'explications qui en a suivi la lecture.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Gosselin.

I. Gravelle urique légère. — II. Pansement des plaies.

I. Nous avons vu ce matin, pour la première fois, un grand garçon, pâlot, qui est entré hier à l'hôpital et est couché au lit n° 5. Il est âgé de vingt-neuf ans; il est quelque peu hypochondriaque; il a l'esprit frappé de l'aspect trouble de ses urines qu'il considère, quoi qu'on lui dise, comme purulentes. Cependant la miction n'est point douloureuse, les besoins d'uriner ne sont nullement fréquents, sept à huit fois seulement dans les vingt-quatre heures. Il n'y a aucun phénomène de ténesme, et chaque miction est abondante. Il n'existe donc, en réalité, ni cystite, ni prostatite, ni uréthrite.

Le seul phénomène physiologique accompagnant le trouble des urines est caractérisé par une douleur dans les reins ou plutôt siégeant dans la région de la crête iliaque, douleur névralgique qui ne s'accompagne d'aucun gonflement ni d'aucune lésion matérielle, ni d'aucune hématurie.

Mais, en réalité, l'urine de notre malade n'est pas trouble au moment où il la rend; elle le devient seulement par le refroidissement. Si on la fait chauffer dans un tube, elle s'éclaircit de nouveau et elle dégage, dès que l'on y ajoute quelques gouttes d'acide acétique, des bulles de gaz acide carbonique. Tout cela vient contredire la nature purulente de ces urines; de plus, l'ammoniaque ne leur donne plus cet aspect gélatineux que l'on rencontre lorsque l'urine renferme du pus. Enfin j'ajouterai qu'examinées au microscope, elles ne contiennent pas de leucocytes, mais bien des cristaux salins, de l'acide urique, de l'urate de chaux et probablement aussi des phosphates.

En résumé, notre jeune malade a l'esprit troublé par la pensée qu'il rend des urines purulentes, tandis qu'en réalité il n'a ni uréthrite, ni prostatite, ni cystite, ni uréthro-cystite. J'ai constaté, du reste, aussi qu'une pression exercée sur la prostate ou sur le périnée n'amenaient pas davantage de pus au méat urinaire. C'est donc un malade dont les urines renferment plus de sels que d'habitude, et que nous

avons à traiter pour une gravelle urique légère en rapport peut-être avec certain état dyspeptique dont il souffre également, ainsi que cela arrive souvent chez les sujets nerveux.

Le traitement consistera donc dans l'usage de l'eau de Vichy, de boissons alcalines, une bonne nourriture et certaines distractions pour combattre l'état moral.

II. Il est une question dont je vous ai déjà entretenu en plusieurs occasions et sur laquelle je veux revenir encore aujourd'hui : c'est celle des plaies récentes et des différents modes de pansement qui ont été proposés, lesquels sont des plus nombreux.

Ainsi, au n° 35 de la salle des hommes, nous avons un individu qui nous présente une plaie transversale de la face palmaire ou antérieure de l'avant-bras, un peu au-dessus du poignet. Cette plaie est longue de 3 à 4 centimètres; elle est peu profonde, sans être pour cela tout à fait superficielle ; en effet, l'aponévrose antibrachiale est coupée, tandis que les fibres musculaires sont respectées. En un mot, il s'agit là d'une plaie à la fois tranchante et contuse comme toujours lorsqu'elle est due à du verre comme objet vulnérant, celui-ci agissant en partie par pression.

Je n'ai pas vu ce malade le premier jour et j'ai engagé mes élèves à bien examiner la plaie, et si elle n'était pas très-profonde à en réunir les bords par quelques points de suture et à appliquer un pansement alcoolique. Mon but, dans ces circonstances, était d'obtenir une réunion immédiate, c'est-à-dire la cicatrisation des lèvres de la plaie en deux, trois ou quatre jours sans suppuration, et même, si possible, sans suintement séro-sanguin prolongé. En tous cas, si cette réunion ne se faisait pas aussi rapidement, je voulais qu'elle pût avoir lieu tout au moins en sept, huit ou neuf jours sans suppuration ni formation de bourgeons charnus.

C'est là la seconde variété de cicatrisation, intermédiaire à la cicatrisation immédiate et à la réunion par granulation et suppuration, variété que j'ai décrite depuis l'application des pansements antiseptiques à l'alcool.

Je me suis donc proposé d'atteindre l'un de ces deux buts. Auquel parviendrai-je? Je ne saurai le dire, car on ne peut jamais être certain d'obtenir la réunion immédiate. J'espère cependant arriver à celle-ci ou tout au moins à la seconde variété, bien que la cicatrisation puisse se faire plus longuement encore, soit dans l'espace de vingt-cinq à trente jours.

Mais quand une plaie est profonde ou notablement contuse, les indications ne sont plus les mêmes, car la plaie a toutes les chances possibles de suppurer.

Mais par quel moyen, par quel mécanisme physiologique arrive-t-on au but que l'on s'est proposé? C'est ici que la question devient un peu difficile et reste encore dans une certaine obscurité, malgré les recherches faites à ce sujet.

Par la réunion immédiate et le pansement à l'alcool, je me propose d'éviter le développement de l'inflammation plus ou moins vive que l'on observe dans les seconde et troisième variétés de cicatrisation, car plus cette inflammation est intense, plus on a chance de voir la plaie se guérir seulement après suppuration, présentant successivement les phénomènes de congestion, effusion de sang à la surface de la plaie, exsudat abondant tendant à s'organiser plastiquement, formation de bourgeons charnus, membrane sécrétante, etc. Le pansement à l'alcool tend à diminuer les accidents inflammatoires et à éviter le développement d'une membrane pyogénique.

Dans les explications qui ont été données, nous devons relever deux points : 1° la théorie des germes atmosphériques, en rapport avec les surfaces malades, et le développement des vibrions tendant à déterminer une altération plus ou moins putride des liquides qui baignent la plaie. Or, par un pansement occlusif et l'emploi de substances antiseptiques, telles notamment que l'alcool, vous empêchez l'action des germes sur la plaie, la putréfaction des liquides, les accidents inflammatoires consécutifs.

Bien que l'on ne voie pas les germes susceptibles de déterminer l'inflammation de la plaie et que les vibrions seuls puissent être aperçus, cette théorie assez satisfaisante est généralement acceptée. Cependant je crois qu'il y a autre chose encore qui peut se démontrer.

Qu'y a-t-il à la surface des plaies? Les tissus, des vaisseaux sanguins et du sang. Que font les antiseptiques? Ils amènent la coagulation du sang dans les vaisseaux capillaires ouverts, et, par suite, leur occlusion, coagulation des matières albumineuses du sang à l'intérieur et à l'extérieur des vaisseaux qui rend la plaie imputrescente ou toutefois beaucoup moins putrescible. C'est par là que les agents antiseptiques sont de bons moyens. C'est là ce que j'ai voulu obtenir chez mon malade, c'est-à-dire la destruction des germes et la coagulation des matières albumineuses.

Certainement il reste toujours quelque chose d'un peu obscur, de difficile à expliquer; néanmoins ce double mécanisme, occlusion et antisepticité, se comprend assez aisément. Tous les antiseptiques remplissent ces deux indications, que l'on se serve de l'alcool pur, de l'alcool camphré, de l'acide phénique ou du baume du commandeur, etc., et actuellement encore rien n'est venu démontrer catégoriquement qu'il existe un antiseptique particulier prédominant les autres. Seulement la difficulté, c'est que parmi ces divers agents il en est dont la puissance coagulante est telle qu'elle peut déterminer des phénomènes de mortification des tissus, la formation d'eschares, etc. Aussi faut-il savoir choisir prudemment celui qui a le moins de tendance à déterminer de semblables accidents. Nous devons ajouter aussi, pour être vrai, que le développement de ces accidents peut tenir aussi à deux autres conditions, à la plaie elle-même et au sujet qui est atteint.

Chez les individus jeunes, vigoureux, l'alcool et l'acide phénique au vingtième sont les meilleurs agents; puis viennent l'acide phénique au cinquantième, au centième et la gaze de Lister.

Il n'y a donc pas de règle absolue quant à la valeur des différents antiseptiques, mais leur emploi devra varier selon les sujets auxquels ils devront être appliqués.

ACTION EXERCÉE PAR L'HÉLÉNINE

SUR LES BACILLUS DE LA TUBERCULOSE (1),

Par M. le docteur DE KORAB.

Nous avons fait récemment à la Société de biologie une communication sur l'action de l'hélénine dans les maladies des voies respiratoires. Nos expériences physiologiques, confirmées par de

(1) Note présentée à l'Académie des sciences dans sa séance du 4 septembre 1882.

nombreuses observations cliniques, recueillies tant en France qu'à l'étranger, nous ont encouragé à poursuivre l'étude de cette substance sur les bacillus eux-mêmes de la tuberculose.

Pour faire nos expériences, il nous a fallu d'abord isoler les bacillus et les cultiver. A cet effet, nous avons pris, pour terrain de culture, du sérum de sang de bœuf, extrêmement pur, et c'est sur ce terrain que nous avons cultivé nos bacillus provenant de tissus spontanément pathologiques ou de tissus dans lesquels nous avions provoqué expérimentalement l'état tuberculeux.

Pour ce premier essai, dix tubes à réaction ont été remplis de ce sérum jusqu'à la moitié du tube à peu près; l'ouverture en a été bouchée avec de la ouate. Nous avons chauffé ces tubes à 58°, une heure par jour, sept jours de suite; nous avons réussi de la sorte à stériliser ce sérum. Le septième jour, donnant au tube une direction inclinée, nous avons laissé monter la température à 65°, pour coaguler le contenu.

Alors, après avoir ouvert au galvanocautère un des cobayes que nous avions rendu tuberculeux, en partie par inhalation, en partie par inoculation de crachats de phthisiques, nous avons pris, avec une pince chauffée au rouge, de petits tubercules gris ou de petites masses tuberculeuses; nous les avons introduites dans les tubes sur la surface du sérum et nous avons bouché vivement les tubes avec de la ouate. Nous avons versé de l'hélénine dans trois d'entre eux.

Tous les tubes ont été plongés plus tard dans un bain à 37°, chauffé par un appareil régulateur à gaz.

Huit jours après, on examina les tubes macroscopiquement avec un grossissement de 35 à 40, et l'on aperçut de petits points disposés en S et se détachant comme des écailles sur la surface de la préparation. Au microscope, avec un grossissement de 400 à 500, on constata que ces points étaient formés par de petites colonies de bacillus. Ces bacillus ne se sont pas développés dans les trois tubes auxquels nous avions ajouté de l'hélénine. Cette substance avait-elle entravé la vitalité de ces organismes? Probablement, car tous les tubes se trouvaient dans les mêmes conditions expérimentales. Il s'agit donc de prouver que les sept premiers tubes contenaient bien réellement des bactéries de tuberculose arrivées à leur complet développement et que les trois derniers ne contenaient plus que des individus inertes.

Pour faire cette preuve, il nous a fallu recourir à des expériences sur des animaux.

Première expérience. — Dix cobayes, n'ayant pas encore servi, furent mis en expérience; sept d'entre eux furent inoculés avec le produit de la culture mélangé avec du sérum, lequel avait été récemment obtenu par injections sous-cutanées, faites dans la paroi abdominale, près des glandes inguinales. Huit jours après, des glandes inguinales commencèrent à se gonfler; les animaux perdirent l'appétit et maigrirent. Quatre d'entre eux moururent du dixième au douzième jour. C'est alors que nous avons sacrifié les suivants. A l'autopsie, nous avons trouvé que les viscères et principalement le poumon étaient parsemés de tubercules miliaires; les glandes inguinales étaient caséeuses.

Par contre, les trois derniers animaux auxquels nous avons injecté la matière tuberculeuse, qui pendant huit jours se trouvait dans les tubes en présence de l'hélénine, ne présentaient pas de lésions tuberculeuses.

Deuxième expérience. — Expériences semblables sur dix autres cobayes avec des cultures de crachats de phthisiques, provenant directement de l'homme. Mêmes résultats.

Troisième expérience. — A dix cobayes nous avons injecté directement, dans la cavité abdominale, du sérum dans lequel se trouvaient des bacillus. Nous avons toujours eu soin de chauffer notre seringue à expérience à 150°. Cinq de ces dix animaux sont morts du huitième au dixième jour. A l'autopsie, nous avons constaté qu'il y avait épaississement de l'épiploon, avec infiltration de masses jaunâtres remplies de bacillus. Aucune de ces lésions expérimentales ne s'est produite chez les cinq autres cobayes, à la boisson desquels nous avions ajouté une petite quantité d'hélénine: 3 centigrammes par jour et par malade.

Quatrième expérience. — Nous avons injecté les bacillus à quatre lapins dans la chambre antérieure de l'œil, ainsi que l'a déjà fait antérieurement M. Deutschmann, et nous avons vu se produire chez eux la tuberculose de l'iris avec panophthalmie.

Nous avons laissé la maladie suivre son cours chez deux de ces animaux. Quant aux deux autres, à partir du dixième jour, nous les avons soumis à des injections régulières de 0gr,02 d'hélénine par jour; ces deux derniers ne sont pas morts, et même la tuberculose de l'iris s'est modifiée favorablement avec tendance à la guérison.

Ces faits semblent indiquer que l'on pourra se servir de l'hélénine pour combattre les bacillus, notamment ceux de la tuberculose; et, s'il est vrai que les bacillus soient les véhicules de cette maladie, les propriétés éminemment toxiques de l'hélénine, à l'égard de ces organismes, trouveraient peut-être quelques applications heureuses.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 septembre 1882. — Présidence de M. Bouley.

CORRESPONDANCE

Elle comprend un pli cacheté portant la devise : « Toujours de l'avant. » (Accepté.)

M. le Président annonce que M. Donders assiste à la séance.

M. Lagneau, sur l'invitation de M. le président, lit le discours qu'il a prononcé sur la tombe de M. Hillairet. (Applaudissements.)

LECTURES

Note sur l'ostéotomie et la tarsotomie dans le traitement du pied bot congénital. — M. J. Guérin. Des chirurgiens de divers pays, d'une incontestable autorité, proposent et pratiquent pour le traitement du pied bot, les uns l'ablation de l'astragale, du scaphoïde ou du cuboïde ; les autres la résection des mêmes os, astragale, scaphoïde, cuboïde et même du calcanéum, et ce, pour des degrés différents de pied bot, et chez des enfants de tout âge, depuis l'âge de deux ans et moins, jusqu'à l'adolescence. Or les principes les plus certains et la pratique la mieux établie s'unissent pour condamner un tel abus de la médecine opératoire ; non seulement cette pratique est toujours inutile, mais elle est des plus malheureuses pour les sujets auxquels on l'applique.

Les chirurgiens qui ont recours à la tarsotomie, — c'est ainsi que s'appelle l'extraction ou la simple résection des os du tarse, — semblent ignorer que le véritable pied bot est le produit de la rétraction musculaire diversement distribuée dans les différents muscles de la jambe et du pied. Au lieu de suivre les indications fournies par cette vraie cause, par cette cause prochaine de la difformité — qui leur enseignerait la subordination des formes si variées du pied bot à la rétraction de tels ou tels muscles ou tendons, et les applications corrélatives de la ténotomie sous-cutanée, — ils ne s'inspirent qu'empiriquement des résistances que présente la restauration de ces formes anomales ; ils pratiquent ainsi la section des résistances, à mesure qu'elles se présentent, sans les avoir pu prévoir ; et ils concluent de l'impuissance de cette pratique aveugle à la nécessité de la tarsotomie. C'est là, comme on le voit, une double erreur et un double mécompte.

Ici M. J. Guérin, rappelant les principes qu'il a formulés en 1839, — savoir : que toutes les formes et tous les degrés du pied bot compliqué offrent des résistances prévues par leur étiologie mécanique, et que ces formes et degrés peuvent être traités utilement par les trois moyens suivants : la ténotomie, les manipulations, les appareils, — conclut de cette première partie de sa note qu'il n'existe pas de pied bot, quelque compliqué qu'il soit, qui puisse être réfractaire à la vraie méthode, et, par conséquent,

qui ne puisse s'affranchir de la tarsotomie, c'est-à-dire de l'extraction ou de la résection des os du tarse.

Mais, ajoute M. Guérin, la tarsotomie n'est pas seulement rendue inutile par la méthode qui l'a précédée, mais parce qu'elle ne répond à aucune indication, à aucun besoin, et qu'elle produit des mutilations condamnables par la saine chirurgie, et absolument nuisibles aux jeunes sujets qui en sont les victimes.

Les faits qui ont servi de prétexte à la tarsotomie sont de deux sortes : les premiers, relatifs à des cas de pieds bots invétérés chez les adultes ; les seconds, à des suites de maladies articulaires qui n'ont rien de commun avec le pied bot, et qui consistent dans des malformations consécutives, générales ou partielles, des os du tarse.

La première catégorie, qui a pu exister avant l'établissement de la vraie chirurgie orthopédique, mais qui n'aura plus bientôt de raison d'être, ne comprendrait aujourd'hui que quelques cas isolés chez des sujets âgés, pour lesquels on pourrait se donner la fantaisie d'enlever ou de réséquer quelques os du tarse, tels que l'astragale, le scaphoïde, le cuboïde, et le calcanéum ; mais il y aurait lieu de se demander, au préalable, si des sujets dès longtemps affectés de ces difformités, et habitués à marcher avec des chaussures appropriées, se décideraient à changer leurs habitudes pour des opérations dangereuses et des résultats problématiques.

En principe, est-il possible de méconnaître que l'enlèvement total ou partiel d'un des os importants du tarse ou du métatarse constitue une mutilation qui substitue à la difformité une nouvelle forme anomale du pied, c'est-à-dire une infirmité, et une condition physiologique anomale bien moins favorable que la condition physiologique du pied bot, même le plus prononcé ?

Dans la première de ces deux conditions, les surfaces articulaires et leurs rapports normaux ont plus ou moins disparu ; dans la seconde, c'est-à-dire dans le pied bot même le plus avancé, ces surfaces ont pu être profondément modifiées, mais elles persistent et se prêtent jusqu'à un certain point aux différents états et mouvements du pied : la station et la locomotion. On peut prévoir immédiatement les résultats de ces deux ordres de conditions et d'altérations ; mais c'est ce que l'expérience seule pourra rigoureusement établir. Or, jusqu'ici, on a bien pu parler d'une certaine amélioration dans la forme du pied, mais personne n'a pu apprécier encore les conséquences fonctionnelles des mutilations résultant de la tarsotomie. On est encore à attendre les véritables résultats des tentatives de la tarsotomie substituée à des chaussures adaptées aux pieds bots anciens.

La seconde catégorie des applications possibles de la tarsotomie est celle qui a été proposée pour des déformations du pied, résultant de véritables maladies articulaires, d'ostéites, d'ostéo-arthrites, de déformations strumeuses, de destructions tuberculeuses et de nécroses. Mais ces opérations, dont la pratique clinique n'a pas encore fait connaître les services, pourraient être jugées d'un seul mot : elles ne s'appliquent pas au véritable pied bot, et ce n'est que par le plus arbitraire rapprochement des choses et la plus grande confusion des mots, qu'on a fait entrer en ligne de compte ces sortes d'applications de la tarsotomie. Je ne les mentionne donc que pour les écarter du sujet en discussion.

De courtes considérations auxquelles je viens de me livrer, je crois être autorisé à conclure :

1° Que la tarsotomie, ablation et résection des os du tarse pour remédier aux pieds bots, même les plus prononcés chez l'enfant, est une opération qui doit être réprouvée comme un des plus graves abus de la chirurgie contemporaine, au nom des principes et de la pratique ;

2° Que cette méthode, qui se résout dans une mutilation inutile et dangereuse au double point de vue de la forme et des fonctions du pied, peut toujours être empêchée et suppléée par la vraie méthode orthopédique, laquelle comprend la ténotomie, la syndesmotomie, le massage et les appareils orthopédiques ;

3° Que la tarsotomie, excusable tout au plus chez l'adulte, et pour des pieds bots invétérés, n'a pas montré jusqu'ici qu'elle fût préférable, au point de vue des dangers à faire courir et des services à rendre, au maintien de la difformité aidée d'appareils et de chaussures intelligemment appropriées aux déformations du pied ;

4° Finalement, qu'il n'y a pas lieu d'invoquer, pour justifier les tentatives blâmables de la tarsotomie orthopédique, les applications possibles de cette méthode aux déformations résultant des maladies des os du tarse, après la disparition des accidents causés par ces dernières : ces applications ne pouvant en aucune façon être confondues avec celles proposées pour le pied bot ; toutes réserves faites à l'endroit des opérations de pseudo-tarsotomie que l'expérience seule pourra faire apprécier, et qu'elle n'a pas permis d'apprécier jusqu'ici.

M. GOSSELIN s'associe pleinement aux critiques très-légitimes faites par M. J. Guérin à l'ostéotomie appliquée au traitement du pied bot congénital. Mais ces critiques ne s'adressent pas aux chirurgiens français, aucun d'eux, jusqu'ici, n'ayant pratiqué cette opération en pareil cas. Dans le livre de Bœckel, par exemple, où il est longuement question des diverses indications de l'ostéotomie, il n'est même pas fait mention, parmi ces indications, du pied bot congénital. Les critiques de M. J. Guérin, si légitimes qu'elles soient, ne sauraient donc s'adresser aux chirurgiens français.

M. BLOT partage entièrement l'avis de MM. Gosselin et J. Guérin sur l'inopportunité de l'ostéotomie dans les cas de pied bot congénital aussi bien que dans le rachitisme. Il ne saurait, à cette occasion, que répéter ce qu'il a dit il y a trois ans, sur le même sujet, à la Société de chirurgie, à propos d'une observation d'ostéotomie pratiquée chez un enfant de deux ans, pour le redressement de la jambe dans un cas de rachitisme (voyez *Gazette des hôpitaux,* 1879). M. Blot proteste de nouveau contre ce qu'il appelle cette « chirurgie fantaisiste ». C'est là, suivant lui, de la folie chirurgicale, et il est bien loin de partager l'enthousiasme des chirurgiens allemands pour cette opération.

M. TILLAUX croit qu'il faut faire une réserve dans les critiques de M. J. Guérin. Il y a deux cas à distinguer : le pied bot de l'enfant et le pied bot de l'adulte. Le pied bot de l'enfant peut être guéri par les moyens dont parle M. J. Guérin ; tous les chirurgiens français le guérissent par ces moyens et il n'y a certainement pas lieu, dans ce cas, de recourir à l'ostéotomie. Mais ces mêmes moyens sont absolument impuissants à guérir le pied bot de l'adulte, et c'est pour ce dernier qu'il y aurait peut-être lieu de pratiquer la tarsotomie. Cette opération a, du reste, été déjà pratiquée en France, et M. Tillaux ne serait pas éloigné d'y recourir. C'est, en somme, avec les progrès actuels de la chirurgie, une opération simple et inoffensive. Il ne faut donc pas préjuger la question. Les résultats obtenus jusqu'ici ne sont pas suffisamment connus pour juger dès maintenant la valeur de cette opération, mais il n'en faut pas moins faire une réserve pour la tarsotomie appliquée au traitement du pied bot de l'adulte.

M. JULES GUÉRIN voit avec satisfaction ses critiques consacrées par l'autorité de ses collègues, critiques justifiées par l'adhésion que plusieurs chirurgiens français, en particulier des chirurgiens du Val-de-Grâce, paraissent avoir donnée à l'ostéotomie pratiquée dans les cas de pied bot congénital. Quant aux observations de M. Blot relatives au rachitisme, M. Guérin fait observer qu'il est une période du rachitisme qu'il a appelée période d'éburnation, qui est impossible à guérir par les moyens habituels. Dans ces cas, M. Guérin a lui-même fait la section de coins de tibias ; il faut donc faire une réserve pour ces cas, relativement à l'ostéotomie. A M. Tillaux, M. Guérin répond que ses critiques portent uniquement sur la tarsotomie pratiquée chez les enfants curables par d'autres moyens ; mais il admet, comme M. Tillaux, cette opération dans certains cas de pieds bots invétérés des adultes. Toutefois il importe, avant de la pratiquer, de bien considérer l'intérêt du malade, les dangers possibles de l'opération, les conséquences fâcheuses qu'elle peut entraîner. Sans doute, il est des gens atteints de vieux pieds bots qui peuvent marcher ou même courir, et qui préfèrent de beaucoup leurs appareils aux chances d'une opération de quelque gravité, car il ne

faut pas se dissimuler que cette opération a, dans certains cas, été suivie d'accidents fort graves et même mortels. On n'est autorisé à la pratiquer que dans les cas véritablement exceptionnels, où tout autre moyen échoue et où elle peut rendre véritablement service aux opérés.

M. BLOT n'accepte même pas l'ostéotomie dans les cas de pieds bots invétérés dont vient de parler M. Guérin, pas plus que dans la période éburnée du rachitisme. Il ne croit pas à l'avenir de l'ostéotomie dans ces cas ; ce sera toujours pour lui une opération de complaisance dont les avantages fort douteux et fort aléatoires ne compenseront jamais les inconvénients et les dangers.

COMMUNICATION

Nouveau procédé de clavelisation. — M. H. BOULEY communique à l'Académie une note de M. F. Peuch, professeur à l'École vétérinaire de Toulouse, intitulée : *Quelques mots sur la clavelisation dans le Midi de la France.* Cette note a pour objet l'exposé d'un nouveau procédé de clavelisation.

Chargé par le ministre de l'Agriculture d'étudier la clavelée dans le Midi de la France et l'Algérie, M. Peuch a fait sur la prophylaxie de cette maladie diverses observations qui l'ont amené à chercher un procédé de clavelisation permettant d'éviter les accidents que l'inoculation préventive de la clavelée détermine fréquemment. A cet effet, il a institué plusieurs séries d'expériences dont voici les résultats :

Vingt moutons du pays, âgés pour la plupart de quinze à dix-huit mois, divisés en trois lots, comprenant chacun un témoin, ont été consacrés à ces expériences.

Les effets de ces injections sous-cutanées de claveau dilué ont varié suivant le titre de la dilution et la quantité de liquide injecté.

En injectant sous la peau de la cuisse, à l'aide d'une seringue Pravaz, 16 à 17 centigrammes d'une solution au 1/20 obtenue avec du claveau, recueilli depuis 14 et 37 jours, il se produit vers le 4e jour une forte intumescence et une vive rougeur de la peau autour du point inoculé, puis une large pustule se forme au centre de la tuméfaction consécutive à l'inoculation. C'est généralement vers le 7e jour que ce travail inflammatoire est bien manifeste. A ce moment, il survient une éruption générale ; puis une croûte épaisse se forme à la surface de la pustule développée au lieu de l'inoculation ; un sillon disjoncteur se creuse entre le mort et le vif et l'élimination de la partie mortifiée n'est achevée que du 25e au 30e jour. La plaie qui en résulte n'est entièrement cicatrisée que vers le 40e ou le 45e jour. D'où cette première conclusion, que la dilution au 1/20 est insuffisante pour diminuer dans une mesure convenable l'activité virulente du claveau, et qu'il serait dangereux de l'employer dans la pratique.

Avec une dilution au 1/30, il a obtenu des effets analogues à ceux qui ont été déterminés par la dilution au 1/20.

Avec la dilution au 1/50, il a obtenu des effets encore moins accusés.

En somme, dix-sept moutons ont été clavelisés par la méthode sous-cutanée : huit avec du claveau dilué au 1/20, quatre avec du claveau dilué au 1/30 et cinq avec du claveau dilué au 1/50 ; aucun d'eux n'a succombé et tous ont acquis l'immunité claveleuse.

Les effets de la clavelisation sous-cutanée varient en intensité suivant la dilution employée, sans qu'il existe toutefois des différences bien sensibles entre le degré d'activité des mélanges.

Ces résultats conduisent M. Peuch à penser que l'on peut encore diminuer l'activité virulente du claveau, tout en lui conservant sa propriété de conférer l'immunité claveleuse, en abaissant le titre du mélange de manière à n'avoir plus qu'une partie de claveau pour 60, 80, 100 et 120 parties d'eau distillée.

Il y a là, ajoute M. Bouley, la base d'une méthode intéressante inaugurée par M. Peuch. Les résultats qu'il a obtenus et les faits qu'il a observés ne sont pas encore suffisamment nombreux pour fixer définitivement la valeur de cette méthode, mais M. Peuch n'en a pas moins eu raison de faire connaître dès maintenant ces premiers résultats qui suffisent déjà à prouver qu'on peut produire l'immunité contre la clavelée par une clavelisation n'allant même pas jusqu'à l'éruption.

Ces nouveaux faits viennent à l'appui de la thèse déjà soutenue par M. Bouley, contrairement aux opinions émises par M. J. Guérin, thèse ayant pour but de démontrer qu'une maladie contagieuse peut être donnée sans qu'elle se traduise chez l'animal inoculé ou vacciné par tous les symptômes anatomiques, la contagion étant fonction d'un élément vivant.

M. JULES GUÉRIN. Il y a deux questions dans la communication de M. Bouley : celle de la clavelée et de la clavelisation ; puis la question beaucoup plus importante et plus générale des maladies contagieuses, des vaccinations et du microbe. Relativement à l'inoculation de la clavelée, il y a longtemps que M. J. Guérin a dit qu'il fallait distinguer l'inoculation sous-cutanée de l'inoculation directe par incision ou par ponction ; dans l'inoculation directe, il y a deux choses à considérer, l'insertion d'un virus et les effets de la ponction ou de l'incision. M. Guérin a vacciné par la méthode sous-cutanée et il a obtenu des résultats parfaitement concluants, sans pustulation. Il est donc bien convaincu que M. Peuch entre dans une bonne voie, mais dans une voie déjà parcourue et expérimentée. Il y a une vingtaine d'années, lors de la discussion sur la fièvre jaune, soutenant l'inoculation des formes atténuées, M. Guérin a relevé ce fait dont l'importance était considérable, à savoir : cette propriété des éléments virulents de se multiplier d'une façon infinie. Dit-on autre chose aujourd'hui sur les microbes ? On a changé les mots, mais non les faits.

M. Guérin rappelle également ce qu'il a dit à propos de la péripneumonie contagieuse des bêtes à cornes, à savoir : qu'on n'était pas certain d'inoculer le virus péripneumonique, la péripneumonie étant une maladie *totius substantiæ* dont on n'a pas l'élément virtuel. Les expériences qui ont été communiquées à l'Académie prouvent qu'on a inoculé à ces animaux quelque chose de morbide, mais rien ne prouve que ce soit la péripneumonie. Il faudrait, pour le prouver, mettre les animaux ainsi inoculés en contact avec des animaux sains et voir si ces derniers contractent la maladie.

M. Guérin reviendra ultérieurement sur la question générale des maladies contagieuses et des inoculations.

M. BOULEY maintient seulement ce fait : si l'on prend le virus péripneumonique, qu'on l'inocule à l'extrémité de la queue, c'est-à-dire dans une région où le tissu cellulaire est très-dense et que l'on attende un temps suffisant, on peut ensuite larder l'animal dans toute autre région avec le virus qui le tuait auparavant sans produire aucun phénomène morbide. N'est-ce pas là une preuve certaine que, par l'inoculation caudale du virus péripneumonique, on donne à l'animal inoculé l'immunité absolue ? C'est là un fait démontré par la pratique.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Ce que peut une clef perdue sur la destinée d'un homme qui cherche sa voie, ou de l'influence des petites causes.

Par M. le docteur V. BURQ.

On sait quelle influence ont parfois sur la destinée les plus petites causes. J'ai dit, en parlant des origines de la métallothérapie de quel poids a pesé sur ma propre vie un simple bouton de serrure. Or il vient de s'éteindre un praticien bien connu, Auguste Desmarres, qui doit à une cause non moins futile la grande place qu'il a occupée dans l'oculistique française. La chose vaut la peine d'être racontée, à cause de son étrangeté d'abord, puis parce que plus d'un jeune confrère, aux prises avec les difficultés du début, y trouvera matière à ne point désespérer de l'avenir. Si nous prenons ici le rôle d'historien, c'est que nous y avions peut-être plus de droit que personne, comme on va le voir. Dans les dernières années de sa vie, Desmarres avait pris l'habitude de se rendre à Vichy, vers le milieu de la saison thermale, un peu pour y traiter

sa santé, mais beaucoup pour se reposer de ses fatigues et s'y distraire. Ses distractions, ce n'est point au brillant Casino de cette station qu'il les demandait; les poissons de la belle rivière qui longe Vichy et de longues promenades en faisaient surtout les frais.

En 1871, pendant mon passage forcé à Vichy, Desmarres y vint, comme de coutume, en compagnie du fils d'une de nos célébrités médicales qui avait mêmes goûts pour la pêche. Un jour que j'avais été voir couler l'Allier, je rencontrai notre confrère sur ses rives. J'avais presque assisté à ses débuts sur la personne d'un de mes camarades, aujourd'hui professeur distingué à l'École de Rennes, et nous nous étions trouvés ensemble à Paris, auprès de maints malades. Nos deux mains ne furent donc point longtemps à se rejoindre, et nous causâmes. Après les honneurs rendus à la pêche à la ligne, pour laquelle je me suis toujours senti un faible, tout comme feu le célèbre professeur M... qui joignait à la passion de l'hameçon celle du lapin aux oreilles de dix-huit et de vingt pouces de longueur, de bout en bout; tout comme le très-sympathique professeur G... qui fit des coups de ligne restés légendaires dans les cagnards du vieil Hôtel-Dieu, surtout à l'endroit où certain regard jetait dans le fleuve les jolies choses que l'on sait; tout comme cet ancien ministre, M. D..., qui, dit-on, pour se débarrasser d'un gêneur qui prenait trop souvent sous le pont Royal une place qu'il affectionnait, s'empressa de lui accorder dans son département celle que, jusque-là, il avait vainement quémandée, et comme tant d'autres qu'il serait trop long de citer; après avoir parlé amorces, vers de terre et vers de vase, etc., la conversation s'engagea sur la métallothérapie. J'en parlai longuement, et avec tant de sincérité, je dois le croire, que Desmarres me demanda à en tâter pour son propre compte. Rendez-vous fut donc pris, et, dès le lendemain, j'étais à la recherche du métal qui convenait pour mettre en fuite les rhumatismes dont se plaignait notre habile confrère. L'opération préliminaire, la métalloscopie, est parfois assez longue. Cette fois elle le fut davantage et demanda cinq ou six séances. Comme nous n'étions, ni Desmarres ni moi, gens à nous regarder comme deux potiches, nous déliâmes l'un et l'autre nos langues. « Qui diable a donc pu vous conduire à une telle machinerie, me dit Desmarres, pendant qu'il tenait impatiemment dans chaque main un cylindre de métal armé de son thermomètre révélateur, car déjà à cette époque la métallothérapie avait ajouté à ses procédés celui de la *thermo-métalloscopie?* » Je lui racontai alors l'histoire de la malade de Beaujon, Clémentine X..., qui a été donnée par la *Gazette des hôpitaux* du 11 juillet dernier. « Par ma foi! s'exclama Desmarres, qui avait paru m'écouter avec intérêt, la rencontre est étrange. C'est un bouton de serrure qui vous a conduit, vous, à la métallothérapie; eh bien! moi, c'est une clef perdue qui m'a fait oculiste », et il continua à peu près ainsi :

« Je me suis trouvé de bonne heure aux prises avec les difficultés de la vie les plus poignantes. J'avais dix-sept ans à peine quand mon père mourut. Sa fortune était moins que nulle et il laissait derrière lui une veuve avec des enfants dont j'étais l'aîné. A ce moment, nous habitions Versailles. Comme il fallait pourvoir à l'indispensable, je cherchai du travail de bureau et je ne trouvai rien autre à faire que des contraintes pour le compte du receveur des contributions. J'acceptai et, en trimant bien du matin au soir, j'arrivai ainsi à gagner le pain du foyer, environ une somme de soixante à soixante-dix francs en moyenne par mois. Entre temps, un ami de ma famille obtint mon entrée au domaine avec des appointements de cent francs par mois. C'était un peu plus que je ne gagnais à Versailles, mais les dépenses ayant nécessairement augmenté avec notre translation obligée à Paris, la situation ne se trouva guère améliorée. Me résigner à attendre de l'avancement, je le pouvais d'autant moins que, d'une part, cette situation devenait de jour en jour plus critique, et que, d'autre part, je ne me sentais aucun goût pour le rond de cuir administratif. Mais alors que faire? Comment arriver à me créer une position qui m'offrît des ressources immédiates suffisantes pour assurer ma vie et celle des miens? Je me mis à creuser ma cervelle! Chaque jour je l'interrogeais, et j'y trouvais invariablement cette réponse : Fais-toi avocat ou médecin. J'inclinais fort vers le barreau. Cependant je fis le plus facile en attendant une décision définitive. Je me procurai quelques os; je les cachai dans mon pupitre et me mis à faire clandestinement un peu d'ostéologie à mes moments perdus. De plus, ces moments n'étant pas rares, j'en profitai pour suivre quelques cliniques, et notamment celle de Sichel. J'en étais là lorsque certain jour, pendant que j'étais à mes écritures, j'entendis du bruit et comme une masse qui roulait dans un couloir obscur qui conduisait à mon bureau. J'en ouvre la porte et, à la faveur du jet de lumière qui s'ensuit, je vois, quoi? Le docteur Sichel, perdu dans l'obscurité et battant les murs de sa grosse personne. « Vous ici, monsieur Sichel? » m'écriai-je. « Vous me connaissez, Monsieur, me dit Sichel, tout heureux d'être sorti des ténèbres, en s'épongeant le front, — et ici Desmarres imitait à s'y méprendre l'accent si particulièrement tudesque de l'oculiste berlinois, aussi connu de ses contemporains que l'était son chef toujours dépourvu du gibus qu'il portait sous son bras, dans les rues, par tous les temps, ce qui l'avait fait surnommer le *Médecin sans chapeau* par le peuple de Paris, — mais d'où me connaissez-vous? » — « Je vous ai vu, monsieur Sichel, à votre clinique que je suis quelquefois. » Et Sichel, de me répondre : « Oh! je suis *pien* heureux, jeune homme, que vous me connaissiez, parce que vous m'aiderez, j'espère, à obtenir ce que je viens demander à votre administration. » — « Parlez, monsieur Sichel, je suis tout à vos ordres. »

Sichel. — « Ah! vous me connaissez; *c'est pien;* voici ce qui m'amène. Je suis propriétaire riverain de la forêt du Raincy. J'ai demandé au Domaine la permission d'aller m'y promener en voiture, et il m'a été délivré à cet effet une clef pour ouvrir les barrières. Or, cette clef, je l'ai perdue, de sorte qu'en outre que je ne puis plus jouir de la faveur qui m'a été très-gracieusement accordée, je pourrais à cette heure passer pour un dépositaire infidèle. Je viens donc confesser ma faute et demander une autre clef. »

Desmarres. — « Le malheur n'est pas grand, monsieur Sichel, je me charge de le réparer. Repassez dans quelques jours à mon bureau et vous y trouverez une autre clef. »

Sichel. — « Merci d'avance, Monsieur... Et vous suivez ma clinique, jeune homme, malgré vos occupations! *C'est pien.* »

Dans le courant de la même semaine, Sichel revint prendre possession de la nouvelle clef qui l'attendait. Il s'assit dans mon bureau et nous causâmes longuement. Il m'invita à l'aller voir « pour l'aider à mettre en bon français sa cuisine allemande »; et peu de temps après, il me fit son chef de clinique, sans se douter qu'il venait d'ouvrir la porte à une deuxième clinique rivale de la sienne. »

Environ quatre années après, l'élève se séparait du maître et fondait, en effet, son propre enseignement rue Saint-Germain-l'Auxerrois, dans un local des plus modestes. J'en ai retenu le chiffre, il était de 200.

Et voilà comment une clef égarée décida du sort d'Auguste Desmarres et fut le point de départ de sa fortune comme l'avait été l'épingle perdue et ramassée si opportunément par Jacques Laffitte dans la cour du banquier Perrégaux.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 17 septembre 1882, M. le docteur Jobet a été promu au grade de médecin principal de la marine.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Gosselin, professeur de clinique chirurgicale, est autorisé à se faire suppléer dans son cours, pendant l'année scolaire 1882-1883, par M. Berger, agrégé.

M. Wurtz, professeur de chimie, est autorisé à se faire suppléer, pendant l'année scolaire 1882-1883, par M. Henninger, agrégé.

M. Gariel, agrégé, est rappelé à l'exercice, du 1er novembre 1882 au 1er novembre 1883; il est chargé, pendant l'année scolaire 1882-1883, du cours auxiliaire de physique.

M. Rendu, agrégé, est chargé, pendant le premier semestre de l'année 1882-1883, du cours auxiliaire de pathologie interne.

M. Terrillon, agrégé, est chargé, pendant le premier semestre de l'année 1882-1883, du cours auxiliaire de pathologie externe.

Sont chargés, pendant l'année scolaire 1882-1883, des cours auxiliaires ci-après désignés, les agrégés dont les noms suivent : *Anatomie pathologique :* M. Joffroy ; *accouchements :* M. Charpentier ; *physiologie :* M. Cadiat ; *chimie :* M. Hanriot ; *histoire naturelle :* M. Bocquillon.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. Paul Bert, professeur de physiologie expérimentale, est autorisé à se faire suppléer, pendant l'année scolaire 1882-1883, par M. Dastre, docteur ès sciences.

— *École de médecine de Clermont.* — M. Rocher, chargé du cours de pharmacie et matière médicale, est nommé professeur titulaire de ladite chaire.

— M. le professeur Brouardel vient d'adresser au préfet de police un rapport sur l'insuffisance des locaux dont disposent actuellement, à la Morgue de Paris, les différents services scientifiques qui doivent y fonctionner simultanément. Cette insuffisance est surtout notoire au point de vue médico-légal ; en effet, il n'y a qu'une salle et qu'*une seule* table d'autopsie. Aussi arrive-t-il que si parfois deux ou trois experts viennent simultanément pour faire une autopsie, ils sont forcés d'attendre que les opérations précédentes soient terminées avant de procéder à l'accomplissement de leur mission.

M. Brouardel insiste surtout aussi sur la nécessité de concentrer les recherches scientifiques, — analyse chimique des viscères, examen microscopique, expériences physiologiques, — dans des laboratoires voisins les uns des autres et non de les disséminer dans divers établissements plus ou moins distants les uns des autres comme la Morgue, le Conservatoire des Arts et Métiers et l'École pratique, ce qui détermine non seulement des lenteurs regrettables, mais encore une incertitude fâcheuse touchant la question de culpabilité ou de non-culpabilité.

« De même qu'à l'hôpital, dit en terminant M. Brouardel, l'élève est la sauvegarde du malade, parce que le chef de service est tenu de ne pas compromettre son autorité devant les élèves en faisant des erreurs de diagnostic ou en négligeant ses malades, de même à la Morgue, une autopsie médico-légale, faite devant des élèves et des médecins ne peut pas être pratiquée légèrement. Les lésions sont montrées, leur valeur discutée, les conclusions qu'on en peut tirer tenues dès le début dans les limites assignées par la justification qu'on est forcé d'en faire aux assistants. C'est la meilleure solution de l'expertise contrôlée telle qu'on la demande aujourd'hui.

« Enfin ajoutons qu'il n'y a pas au monde une organisation analogue à celle de la Morgue où, par an, on puisse disposer de plus de 500 cadavres pour l'instruction des élèves. Je suis allé visiter l'Allemagne, l'Angleterre, l'Italie ; nulle part on ne dispose, pour créer un institut médico-légal, de semblables ressources.

« Placer l'École française à la tête de la science médico-légale, créer pour la province des générations de docteurs qui iront renouveler ceux trop nombreux qui, malheureusement pour la justice, n'ont jamais assisté à une expertise avant d'être chargés eux-mêmes d'en faire une, tel est l'avenir qu'il dépend du Conseil général de la Seine d'assurer. »

— Le Conseil municipal de Paris a voté la proposition de donner les noms de Littré et de Crevaux à deux rues nouvellement ouvertes dans les sixième et seizième arrondissement.

— Par arrêté du préfet de la Seine, M. Paquette est nommé directeur de l'hospice des Ménages.

— On vient de placer à l'Institut les bustes de six académiciens parmi lesquels nous remarquons ceux de Dupuytren et du baron Larrey.

Cours de pathologie expérimentale. Leçons sur l'action physiologique des substances toxiques et médicamenteuses, par M. le professeur A. Vulpian (de l'Institut). 2e fascicule. 1 vol. in-8° carré de 250 pages. — Prix : 5 francs. Le volume complet, format in-8° compact de 700 pages, prix : 13 francs. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 13392.

N° 110. — SAMEDI 23 SEPTEMBRE 1882. 55e ANNÉE. SAMEDI 23 SEPTEMBRE 1882. — N° 110.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Pseudo-scarlatines blennorrhagiques.

Un malade, âgé de vingt-quatre ans, grand, d'apparence vigoureuse, est entré à la Charité dans le service de la clinique de M. le professeur Hardy, dirigé en ce moment par M. Landouzy. Ce malade était couvert d'une éruption érythémateuse dont le diagnostic ne laissait pas que d'offrir d'assez grandes difficultés, comme on en jugera par ce qui va suivre :

Cet érythème avait, au premier aspect, une grande ressemblance avec la scarlatine, surtout dans la région des pliures des membres, où elle offrait cette couleur rouge framboisée caractéristique. L'idée première d'une scarlatine paraissait d'autant plus naturelle que cette éruption était accompagnée d'un mouvement fébrile assez intense ; la température était à 39°.

Cependant, en examinant de plus près, il manquait, pour constituer la ressemblance complète avec la scarlatine, des symptômes essentiels. Il n'y avait point d'angine, l'état de la gorge était parfaitement normal ; la langue était saburrale, nullement dépouillée et ne présentant aucun des caractères si tranchés de l'état scarlatineux ; en un mot, rien de l'exanthème scarlatineux. Il n'y avait donc qu'une apparence seulement de scarlatine dans l'aspect de l'exanthème. Il fallait donc chercher à quelle autre affection pouvait se rattacher cet exanthème scarlatiniforme.

Comme antécédents morbides, il n'y avait à relever chez ce malade qu'une blennorrhagie survenue il y a quelques années. Mais il avait en ce moment même une nouvelle blennorrhagie d'origine toute récente, pour laquelle, bien qu'il parût s'en préoccuper peu, il avait consulté en ville un médecin qui lui avait prescrit l'opiat au cubèbe et au copahu, dont il avait pris une certaine quantité avant son admission dans le service. C'est sur ces entrefaites qu'il avait été pris d'accès de fièvre et de l'éruption qui avaient déterminé son entrée à l'hôpital. Disons cependant, pour rester dans la stricte vérité et ne rien préjuger sur le rapport qu'on pourrait être tenté d'établir entre ces derniers phénomènes et les prises d'opiat de cubèbe et de copahu qui avaient été ingérées la veille, qu'un premier accès de fièvre avait déjà eu lieu antérieurement à leur administration. Quoi qu'il en soit, au moment de son entrée, il présentait une température très-élevée : 40°,04. En présence de cet état fébrile intense et de cet exanthème scarlatiniforme compliquant une blennorrhagie, à quel genre d'affection avait-on affaire ? C'est l'étude de ce cas assez insolite et la solution de cette question de diagnostic qui a fait le sujet de l'une des conférences cliniques que fait en ce moment M. Landouzy, à l'amphithéâtre de la Charité, en remplacement de M. Hardy.

M. Landouzy a éliminé d'abord l'idée d'une éruption copaïque, par la raison que des accès fébriles avaient déjà eu lieu avant l'administration du médicament et que l'éruption elle-même s'était manifestée dès le lendemain même.

L'hypothèse d'une scarlatine n'était pas plus soutenable. Outre, comme on l'a vu plus haut, que manquaient les phénomènes essentiels de l'exanthème scarlatineux, ni la période d'incubation qui aurait dans ce cas remonté au delà de cinq jours, ni la marche du mouvement fébrile, qui, au lieu de diminuer, avait augmenté après l'éruption, n'étaient compatibles avec un semblable diagnostic.

L'idée à laquelle s'est rattaché M. Landouzy, comme présentant le plus de probabilité en sa faveur, était celle qui consistait à rattacher l'ensemble des phénomènes morbides présentés par ce malade à la blennorrhagie elle-même.

En formulant ce diagnostic et cette filiation pathogénique, M. Landouzy s'est fondé sur un fait général, connu de tous sans doute, mais plus fréquent probablement encore qu'on ne le pense généralement et plus varié aussi dans ses manifestations ; nous voulons parler de l'infection blennorrhagique, constituant par sa généralisation une affection *totius substantiæ*, une véritable diathèse, qui, rapprochée de cet autre ordre de faits connus surtout des chirurgiens sous le nom d'uréthrisme, rentrerait dans cet ensemble de manifestations pathologiques que Lorain groupait sous le nom d'*état génital*.

Le rhumatisme blennorrhagique est l'expression la plus fréquente et la plus connue de cet état diathésique. Et quand nous disons rhumatisme, nous ne comprenons pas seulement sous cette dénomination les arthrites, mais encore les pseudo-rhumatismes musculaires dont plusieurs exemples ont été rapportés ; tel était, notamment, le fait de

cette jeune fille rappelé par M. Landouzy, qui, après avoir eu successivement une synovite et une arthrite blennorrhagique, fut prise, sous la même influence, de douleurs rhumatoïdes des parois thoraciques, et enfin d'une atrophie de ces mêmes muscles et d'une déformation consécutive du thorax.

Pour avoir été moins souvent observés, les pseudo-érythèmes ou érythèmes blennorrhagiques n'en ont pas moins le même droit à être inscrits au compte de la diathèse blennorrhagique. Déjà l'année dernière, à pareille époque, M. Landouzy avait pris pour sujet de l'une de ses conférences cliniques un sujet atteint de diphthérie et qui, sous l'influence de cette intoxication morbide, présentait un type remarquable de pseudo-scarlatine. C'est aussi une pseudo-scarlatine, mais une pseudo-scarlatine dépendant de l'infection blennorrhagique, qu'offre à considérer le malade dont il nous a entretenu dans cette dernière conférence. Les faits de ce genre seraient peut-être moins rares qu'on a pu le croire jusqu'à présent, si, comme le pense M. Landouzy, — et il serait intéressant de faire à cet égard une revue critique rétrospective de ces faits, — beaucoup d'entre eux ne figuraient, indûment sans doute, dans l'histoire médicale, sur le compte et sous le titre d'érythèmes copaïques ou cubébiques.

Nous rapprocherons de ce fait du service de la clinique de la Charité le fait suivant, également intéressant, que M. Gilbert Ballet, chef de clinique à la Faculté, rapporte dans une note récemment publiée dans les *Archives générales de médecine*, sous le titre général de *Pseudo-scarlatine et pseudo-rougeole*.

Il s'agit d'un jeune homme qui avait contracté, au mois de novembre 1881, une blennorrhagie n'ayant rien présenté de particulier pendant les premiers temps dans son mode de début et son évolution. Sous l'influence de la médication par les balsamiques (copahu et cubèbe) et les injections astringentes, la maladie était à peu près ou paraissait du moins guérie un mois après ; il n'existait plus qu'un léger suintement le matin, et le malade avait repris ses occupations, lorsqu'au milieu de janvier 1882, il survint une orchite, laquelle, un mois après, touchait à sa fin et était suivie à son tour de symptômes fébriles qui, dès l'abord, imposèrent pour le début d'une fièvre typhoïde. On était vers le milieu de février; le 15, la température descendant rapidement, toute appréhension de fièvre typhoïde fut dissipée. Mais un nouvel ordre de phénomènes morbides allait se manifester : le 16, on constata une éruption scarlatiniforme des mieux caractérisées, disposée en larges plaques à teinte rosée uniforme, mais beaucoup plus accusée au tronc qu'aux membres, où les taches, moins étendues, rappelaient plutôt l'éruption rubéoliforme.

Après une durée de vingt-quatre heures, l'éruption s'était effacée, et elle fut suivie d'une desquamation furfuracée, qui n'intéressa ni la paume des mains, ni la plante des pieds ; enfin, six jours après le début des accidents, le malade était en pleine convalescence.

Malgré sa ressemblance avec la scarlatine, M. Ballet ne pouvait se méprendre sur la nature réelle de cet exanthème, vu d'une part l'absence des prodromes habituels de la scarlatine et de l'enanthème gutturo-buccal caractéristique, vu enfin son évolution et sa terminaison insolites. On a vu plus haut pour quels motifs il ne pouvait davantage s'arrêter à l'hypothèse d'une fièvre typhoïde. Il s'était donc trouvé en face d'un état général ayant emprunté certains des traits de l'une et de l'autre de ces affections. Cet état général, il n'a pas hésité, comme l'a fait depuis M. Landouzy dans le cas qui précède, à l'attribuer à l'infection blennorrhagique, dont le caractère de malignité particulière s'était déjà manifesté chez ce malade par le développement d'une orchite.

Ces deux faits, qui ont déjà leurs analogues dans la science et dont les exemples se multiplieront probablement à mesure qu'on y regardera de plus près, joints au groupe des faits plus connus des pseudo-rhumatismes blennorrhagiques, viennent donner une nouvelle confirmation à cette proposition formulée par M. le professeur A. Fournier et en voie d'être généralement admise aujourd'hui : « que la blennorrhagie n'est pas seulement une affection locale, mais bien une maladie susceptible de se généraliser et de développer des déterminations analogues à celles des diathèses ou des états constitutionnels. »

Influence réciproque des traumatismes et de la paralysie générale.

Quelle est la part d'influence que la paralysie générale exerce sur l'évolution des traumatismes qui interviennent intercurremment pendant son cours? Et quel est, réciproquement, l'effet produit par ces traumatismes sur l'évolution de la paralysie générale elle-même ? Tel est le plan d'étude que s'est proposé M. Vallon dans la deuxième partie du travail dont nous avons exposé la première partie dans la précédente Revue. M. Vallon s'est servi, pour cette étude, des quelques rares faits déjà consignés dans les annales de la science et des faits cliniques qu'il a pu recueillir lui-même dans les divers services de l'asile Sainte-Anne.

Le premier fait qu'il a cherché à établir est la fréquence des fractures et la facilité avec laquelle elles se produisent sous l'influence prédisposante de la paralysie générale, d'une manière moins frappante peut-être, mais analogue toutefois à ce que l'on voit si fréquemment se produire chez les sujets ataxiques. Indépendamment des faits cités par M. Biaute, dans un mémoire sur la paralysie générale comme cause prédisposante des fractures, inséré dans les *Annales médico-psychologiques* de 1876, et de ceux qu'il a empruntés à la thèse d'agrégation de M. Arnozan, 1880, sur les lésions trophiques consécutives aux maladies du système nerveux, M. Vallon rapporte plusieurs exemples de fracture de ce genre, manifestement dues, en partie du moins, à l'action prédisposante de l'affection en question. Tel, entre autres, le cas d'un paralysé à la seconde période de l'asile Sainte-Anne, qui, dans une chute faite de la hauteur de son lit, se fit une triple fracture, fracture du bras et des deux os de la jambe.

Comment la paralysie générale prédispose-t-elle aux fractures? Avec M. Arnozan, M. Vallon incline à penser que c'est aux lésions nerveuses elles-mêmes qu'il faut faire remonter cette facilité à la production des fractures, ces lésions ayant pour résultat, entre autres effets consécutifs sur le système général de nutrition des tissus, une altération profonde dans la constitution du système osseux, consistant surtout en un travail lent de dénutrition progressive, qui porte sur les matières inorganiques, et de formation d'éléments nouveaux nécrobiotiques.

Quelle est l'influence de la paralysie générale sur la consolidation des fractures? De l'examen à ce point de vue des faits qui précèdent, M. Vallon est amené à conclure que la

consolidation, tout en étant lente à se faire dans ces cas, finit cependant par s'effectuer le plus souvent.

Quant aux plaies, elles ont, dans certains cas, sous cette influence, une tendance générale à la suppuration, laquelle, à son tour, semblerait exercer une action modificatrice heureuse sur la marche de la paralysie générale, une sorte de temps d'arrêt ou même de rétrogradation dans sa marche.

Cette proposition nous semble sujette à revision; les faits sur lesquels elle s'appuie manquent de précision. M. Vallon n'hésite pas cependant à en tirer cette indication pratique, qu'il considère comme de premier ordre, de créer aux paralytiques des plaies artificielles, sétons, moxas, cautères, etc., etc. Si, comme il l'affirme et comme en témoignent d'ailleurs plusieurs praticiens aliénistes, l'expérience a sanctionné les bons résultats de ces moyens dans la première période de la paralysie générale, nous n'avons aucune résistance à opposer à cette pratique, d'autant que la thérapeutique de cette affection n'est pas riche en ressources; mais nous restons sur la réserve à l'égard de l'explication du fait.

La question des opérations chirurgicales chez les paralytiques méritait ici un examen spécial. M. Vallon est persuadé, pour sa part, que l'on a exagéré les dangers des opérations chirurgicales chez les paralytiques. Il a vu, pendant son internat, nombre de petites opérations (ouverture d'abcès, de furoncles, etc.) ne présenter aucune complication. Il ne manque pas d'ailleurs, dans la science, d'observations qui prouvent que les opérations, même les plus graves, peuvent réussir chez ces malades.

Dans une observation communiquée par M. Pozzi à la Société de chirurgie en 1880, il s'agit d'un homme de quarante-cinq ans, atteint de paralysie générale, auquel on pratiqua l'amputation sus-malléolaire pour une gangrène du pied avec dénudation des os et cachexie profonde. Malgré les conditions défavorables de cette cachexie et de la paralysie générale elle-même qui était très-avancée, l'opération fut non seulement suivie d'un plein succès, la cicatrisation était complète au bout de trois semaines, mais encore l'état général avait subi une véritable métamorphose, l'état mental était amélioré, la marche de la paralysie générale semblait avoir subi un temps d'arrêt. M. Vallon, qui a suivi ce malade depuis son entrée dans le service de M. Dagonet, à l'asile Sainte-Anne, a assisté à ce qu'il appelle sa résurrection. « Cet homme, dit-il, qui, lors de son entrée (septembre 1880), était dans un état désespéré, pouvait, un an après, marcher sans le secours des béquilles, et aujourd'hui (mai 1882) sa santé est fort satisfaisante, si ce n'est au point de vue intellectuel. Il marche avec un pilon, sans même avoir besoin d'une canne pour s'appuyer; le sommeil et l'appétit sont excellents, mais les symptômes de la paralysie générale persistent, quoique atténués : délire de satisfaction, affaiblissement intellectuel, embarras de la parole, inégalité pupillaire. En somme, la paralysie générale a été enrayée dans sa marche.

Un fait qui n'est pas moins curieux est celui que M. Vallon a dû à l'obligeance de M. Luys; il s'agissait, dans ce cas, d'un homme de trente-cinq ans, d'une forte constitution, présentant tous les symptômes d'une paralysie générale au début (forme excitée), qui, ayant fait une chute d'un troisième étage, s'était fracturé les deux os de la jambe droite. Malgré l'agitation incessante du malade, la réunion des os était opérée au bout de six semaines. Un œdème étant survenu d'abord sur cette jambe droite, avec des plaques gangreneuses au pied et aux orteils, puis sur la jambe gauche, et ayant gagné de là le tronc et les membres supérieurs, tous ces accidents se dissipèrent et le malade se rétablit et put parfaitement se servir de sa jambe pendant les quatre années suivantes qu'il resta en observation.

En résumé, voici en quels termes M. Vallon formule les conclusions relatives à cette deuxième partie de ses recherches :

La paralysie générale produit dans la plupart des cas une raréfaction du tissu osseux qui prédispose aux fractures et rend la formation du cal lente et incomplète, quelquefois même impossible. Cependant on a observé des cas de guérison de fractures chez les paralytiques.

Les traumatismes des parties molles chez les paralysés donnent lieu souvent, mais pas toujours, à des suppurations abondantes.

Les traumatismes, suivis ou non de suppuration, exercent le plus souvent une influence heureuse sur la paralysie générale dont elles arrêtent l'évolution pendant un temps plus ou moins long. De là l'indication des sétons et autres moyens du même ordre dans le traitement de la paralysie générale (nous rappelons ici les réserves faites plus haut à l'égard de cette proposition).

La paralysie générale, même à la dernière période, n'est pas une contre-indication aux opérations chirurgicales, et il est possible, à la suite de ces opérations, d'obtenir la réunion par première intention.

HOTEL-DIEU DE CLERMONT-FERRAND. — M. Fleury.

Anus contre nature survenu à la suite d'une plaie de l'intestin grêle.

(Observation recueillie par M. Maurin, interne du service.

La guérison de l'anus contre nature est assurément l'une des plus belles conquêtes de la chirurgie moderne. L'honneur en revient à Dupuytren, qui, après des tentatives nombreuses, est parvenu à débarrasser les malades de cette dégoûtante infirmité.

La principale difficulté était la section de l'éperon, après avoir provoqué préalablement l'adhérence des deux bouts de l'intestin; il l'a surmontée au moyen de son entérotome.

Le cours des matières une fois rétabli, il ne s'agissait plus que de fermer l'ouverture, qui persiste assez souvent sous forme de fistule. On y est parvenu soit en cautérisant avec un fer rouge le pourtour de l'orifice, soit au moyen d'un lambeau de peau emprunté aux parties environnantes.

Lorsque l'anus contre nature est l'effet d'une hernie étranglée et gangrenée, il guérit le plus souvent seul; il n'en est pas de même lorsqu'il succède à une plaie de l'intestin. Dans le premier cas, les débris du sac constituent ce que l'on désigne sous le nom d'entonnoir membraneux. La traction du mésentère, aidée du décubitus dorsal, facilite sa réduction, et bientôt la perte de substance de l'intestin est comblée par cette portion du péritoine. Dans une plaie, l'entonnoir membraneux fait défaut : tel est le cas du malade dont nous publions l'observation.

Il ne faut jamais cependant désespérer des efforts de la nature et trop se presser d'agir.

La principale difficulté consiste à trouver les deux bouts

de l'intestin. Le supérieur, dilaté par les matières qui viennent de l'estomac, présente ordinairement une ouverture assez grande pour que l'index puisse s'y engager. Rien de semblable dans le bout inférieur, à tel point que l'on a pu dire que ces deux portions du canal paraissaient appartenir à des individus de constitution et d'âge différents; aussi n'est-ce souvent qu'après de longs tâtonnements qu'on peut introduire une sonde de femme.

Chez notre malade, tout s'est passé à ciel ouvert. La muqueuse renversée faisait à l'extérieur une saillie assez grande ; en écartant les replis formés par les valvules conniventes, nous avons pu découvrir les deux ouvertures et y engager les deux branches de l'entérotome. Le cours des matières s'est rétabli promptement ; nous n'avons eu qu'une chose à regretter, c'est que le malade soit parti avant sa guérison définitive.

Voici son histoire :

M..., Dominique, marchand ambulant, natif de P..... (Italie), était de passage le 3 juin dernier à Brioude (Haute-Loire), où il avait vendu toute la matinée des pierres à repasser les faucilles. Se rendant, le soir, à un village voisin, il veut cueillir, pour ses jeunes enfants, des cerises qui abondaient dans une vigne rapprochée de la route. Surpris en flagrant délit, assis sur l'arbre, et par suite obligé de descendre plus vite qu'il ne l'aurait voulu, il tombe sur la pointe d'un échalas malencontreusement planté au pied du cerisier. Cette tige de bois, l'atteignant au niveau du pli de l'aine gauche, pénètre dans l'abdomen et, au dire du blessé, arrive à faire saillie sous la peau, vers le rebord des fausses côtes.

M... retire lui-même le corps étranger. Il se relève seul, et, malgré les douleurs vives qu'il éprouve, il a encore la force de se traîner jusqu'à sa voiture où l'attendaient sa femme et ses enfants, à cinquante mètres de là. Pendant le trajet, ses intestins sortaient à travers la plaie de la paroi abdominale et le malheureux les soutenait avec les mains.

Transporté immédiatement à l'hospice de Brioude, un médecin de la localité, examinant les intestins herniés, constate leur perforation. C'était l'intestin grêle qui se présentait, sur une longueur, paraît-il, de 80 centimètres. Les renseignements nous manquent sur l'étendue de cette blessure, mais il est fort probable qu'elle n'intéressait pas toute la circonférence de l'organe.

Une fois le tout remis en place, trois points de suture fixent l'orifice intestinal aux bords de l'orifice cutané.

Le jeune homme reste ainsi douze jours, condamné à voir sortir toutes ses matières par cet anus anomal. Depuis son accident, il n'a pas eu la plus petite garde-robe par les voies naturelles. Avec ses souffrances, il a néanmoins conservé son appétit ordinaire, mais la nourriture lui profitant moins, chose facile à comprendre, il a, dit-il, maigri beaucoup.

Tel est son état le 15 juin, lorsque son médecin se décida enfin à l'envoyer à l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand pour lui faire subir l'opération que pouvait réclamer sa position.

Un peu en dehors et au-dessus de l'anneau inguinal gauche existe un bourrelet rouge formé par la membrane muqueuse de l'intestin. Sa largeur égale celle d'une pièce de cinq francs en argent; son relief mesure près de 2 centimètres. Il est légèrement étranglé à sa base par l'ouverture trop étroite de la paroi abdominale. Sa surface enflammée et tuméfiée présente des saillies demi-circulaires et radiées, formées par les valvules conniventes épaissies. Elle est lubrifiée par un liquide visqueux, blanchâtre.

Au niveau d'une dépression centrale, très-marquée, existe un orifice par où s'échappent, faute de sphincter, à des intervalles plus ou moins rapprochés, matières et mucosités. Il permet facilement l'introduction du doigt, qui s'enfonce à 7 ou 8 centimètres dans la direction de la symphyse pubienne. C'est l'orifice du segment supérieur dilaté. A voir la coloration jaune foncé des matières, et surtout leur certain degré de consistance, il est à présumer que la lésion porte sur la fin de l'iléon.

Toutes les parties de la peau environnante sont le siège d'une inflammation érysipélateuse et d'excoriations très-douloureuses.

Après la suppression des fils qui avaient servi aux points de suture, et qui n'ont plus leur raison d'être, alors que les adhérences sont établies depuis longtemps, le pansement se réduit à couvrir ces surfaces avec des linges enduits de cérat.

Rien de particulier les 16, 17, 18.

Le 19, M. Fleury se met en mesure de trouver l'orifice inférieur. Sa découverte est facile. Au-dessous de l'orifice supérieur se voit une tache blanche formée par des mucosités comblant une petite dépression. C'est en ce point qu'il pousse une sonde de femme. Elle s'enfonce sans difficulté, à peu près parallèlement à la direction du segment supérieur. Les deux bouts de l'intestin sont donc accolés l'un contre l'autre, comme les canons d'un fusil. Se guidant alors sur son doigt introduit dans l'orifice inférieur, M. Fleury glisse l'entérotome de Dupuytren dont il fait pénétrer les deux branches à la fois dans les deux ouvertures intestinales. La pince est fortement serrée pour arrêter la circulation dans l'épaisseur de l'éperon et en provoquer la gangrène.

Pendant toute la journée, la présence de l'instrument a été très-pénible au malade. Cependant pas de symptômes d'étranglement; anorexie, mais sans fièvre.

Le lendemain matin, 20 juin, le malade demande en vain qu'on lui retire la pince.

Le 21, quel n'est pas notre étonnement lorsque, découvrant le malade, nous voyons que l'entérotome n'est plus en place! Il avait été enlevé par le malade lui-même la veille au soir. L'éperon n'était point coupé.

Même état qu'auparavant jusqu'au 24.

Le 24, l'entérotome est replacé ; il est mieux supporté. Diète. Il tombe le 28.

Cette fois, l'éperon était détruit.

Le 29 et le 30, des gaz s'échappent par l'anus.

Le 1er juillet, selles abondantes qui se renouvellent le 2 et le 3. Les matières sont assez consistantes.

Le 4, nouvelle garde-robe ; sueurs pendant la journée ; l'appétit est revenu.

Idem le 5.

Le 6, cautérisation légère de la muqueuse avec le nitrate d'argent. L'irritation qu'elle produit détermine des mouvements vermiculaires dans le bourrelet muqueux. Il ne s'échappe par l'orifice abdominal qu'une très-petite quantité de mucosités séreuses.

Le 10, M. Fleury s'aperçoit que le bourrelet muqueux, quoique étalé, est assez bien pédiculé. Pour le faire disparaître, il en pratique la ligature, ligature multiple.

Pendant la journée, il se fait un suintement sanguin assez considérable qui témoigne de la grande vascularité de la muqueuse intestinale. Cependant il n'y avait eu d'autre section de vaisseaux que celle produite par le tranchant de l'aiguille qui avait servi à passer les fils à ligature.

Dans une circonstance analogue, M. Fleury voulut exciser le bourrelet avec des ciseaux ; l'hémorrhagie qui se produisit fut très-forte et affaiblit beaucoup le malade : c'est ce qui l'a décidé à donner la préférence à la ligature.

Le 12, des caillots sanguins recouvrent la muqueuse ; ils sont entraînés par le lavage. Néanmoins il persiste encore une coloration noire, qui, au premier abord, paraît être due à un caillot plus adhérent; mais il est facile de reconnaître bientôt que l'on a affaire à la muqueuse elle-même mortifiée.

Le 13, l'eschare commence à se détacher.

Le 14, la séparation continue, et le malade, qui se croyait déjà guéri, parce que rien ne s'était échappé depuis la ligature, voit, à sa grande déception, le retour de la sortie des mucosités.

Le 15, l'eschare ne tient plus que par un petit lambeau. Sa chute est avancée en le sectionnant avec des ciseaux.

Le 16, pour aider à ce qui restait de la membrane muqueuse paraissant encore à l'extérieur, M. Fleury exerce une légère compression au niveau de l'orifice cutané, au moyen de la bande servant à maintenir les pièces de pansement.

Bientôt il ne s'échappe plus par la plaie qu'une très-petite quantité de mucosités épaisses. Les selles sont régulières; le malade digère parfaitement.

Enfin, M. Fleury se proposait de cautériser au fer rouge la membrane muqueuse pour en obtenir la complète cicatrisation, lorsque le malade, effrayé sans doute de cette dernière opération, prétexte l'urgence de son retour dans son pays (Italie), et demande son exéat, — 26 juillet 1880, soit cinquante-trois jours après son accident.

DES MIGRATIONS DES ÉPANCHEMENTS TYMPANIQUES INTERLAMELLAIRES.

Par M. le docteur L. Coüetoux (de Beaupréau).

Nous avons entendu professer et nous lisons dans les ouvrages classiques que les migrations des abcès, des hémorrhagies tympaniques sont inexplicables, qu'elles se font contrairement aux lois de la pesanteur.

Citons ces lignes, extraites du traité de *Urbantschitsch* récemment traduit par M. Calmettes, p. 165 :

« Cette migration, observée pour la première fois par Trœltsh, n'a pas encore trouvé d'explication satisfaisante. Kessel supposait qu'il s'agit d'un transport de sang par les lymphatiques; mais, comme le fait déjà remarquer Zaufal, cette hypothèse n'est pas applicable à tous les cas, puisqu'on voit des épanchements considérables se déplacer en bloc. Ce déplacement ne résulte pas non plus de la pesanteur, puisqu'on le voit souvent se faire de bas en haut. Zaufal attribue ce phénomène à la capillarité, Politzer à un accroissement excentrique de la membrane. Rappelons, à ce propos, que les perforations elles-mêmes se déplacent quelquefois. Ordinairement, la migration est excentrique et se fait vers la périphérie; quelquefois, pourtant, elle se fait suivant une autre direction, par exemple de haut en bas. L'épanchement peut dépasser les limites de la membrane et passer dans le conduit auditif. »

Nous avons été conduit à cette longue citation pour montrer l'opinion des auteurs les plus compétents. Disons de suite que le passage de l'épanchement sur les parois du conduit auditif externe rend l'explication de Politzer au moins insuffisante.

Pour nous, nous estimons qu'il n'a jamais été démontré qu'aucune de ces migrations se fît contrairement aux lois de la pesanteur, aux lois mécaniques, qu'au contraire leur marche est toute conforme à ces lois simples. C'est ce que nous voulons démontrer.

On trouve, dans le traité de M. Tillaux, que l'inclinaison du tympan par rapport à l'horizon est ordinairement de 45° chez l'adulte. Tenons-nous à cette donnée sans nous occuper des cas exceptionnels où le tympan serait rencontré parallèle à l'axe du corps, ni de la presque horizontalité qu'il présente à la naissance.

Le tympan est formé d'une couche propre ou fibreuse recouverte d'une prolongation de la peau du conduit auditif externe sur sa face externe, de la muqueuse de la caisse sur sa face interne. Il s'agit de démontrer qu'une collection placée entre ces couches peut obéir aux lois de la pesanteur en allant d'avant en arrière aussi bien que d'arrière en avant, en paraissant aller de bas en haut aussi bien que de haut en bas.

Pendant que le sujet est debout, il est évident que la collection, en allant de la paroi supérieure à l'inférieure, obéit aux lois de la pesanteur, et si l'on songe que la membrane présente une concavité externe, la collection sera sur un plan d'autant plus incliné qu'elle aura dépassé l'ombilic ou extrémité inférieure du manche du marteau.

Arrivée à la partie inférieure, si la collection est située entre la couche fibreuse et la couche externe cutanée, elle aura peu de tendance, vu l'angle aigu formé par la membrane avec le conduit auditif externe, à gagner la paroi inférieure de celui-ci. Si, au contraire, la collection est située entre la couche fibreuse et la couche muqueuse, elle gagnera facilement la paroi inférieure de la caisse; mais cette migration ne sera pas constatée *de visu*, et nous ne voyons pas que les auteurs la signalent. Nous allons voir que des conditions analogues, mais inverses, se rencontrent à la partie supérieure de la membrane. Constatons seulement que, chez un sujet debout, l'épanchement tend à fuser de haut en bas, que s'il se trouve situé entre la muqueuse et la couche fibreuse, il tend efficacement à gagner la paroi inférieure de la caisse. Le plan incliné qu'il suit, en ne tenant pas compte des courbures de la membrane, est d'environ 45°.

Supposons maintenant le sujet couché du côté de l'oreille malade; si la tête est dans l'horizontalité absolue, l'épanchement sera encore situé sur un plan incliné à 45° et tendra, cette fois, à descendre de la paroi inférieure vers la paroi supérieure : c'est là ce que les auteurs appellent monter contrairement aux lois de la pesanteur. Mais il n'en est pas ainsi : chez l'individu qui sommeille, la tête est généralement soutenue dans un plan incliné; nous avons donc été amené à chercher si cette inclinaison compensait l'inclinaison tympanale.

Pour cela, nous avons mesuré, au moyen d'un petit rapporteur transparent en corne, l'angle formé avec l'horizon par le dos du nez successivement dans le décubitus latéral droit, puis gauche, chez le même sujet, afin d'éviter l'erreur qui proviendrait de l'inclinaison si fréquente du nez vers la gauche ou la droite.

Un sujet couché latéralement, sur un simple traversin, a la tête inclinée à 10° environ; si l'on met une chaise renversée sous l'oreiller, l'inclinaison devient de 30°. Le plan incliné que présentait le tympan n'est donc plus de 45°, mais $45° - 30° = 15°$, et il reste favorable à la progression de l'épanchement de la paroi inférieure vers la paroi supérieure du conduit auditif. Si l'épanchement se trouve en dedans de la couche propre, il trouve en *a* un angle aigu et a peu de tendance à gagner la paroi supérieure du conduit auditif externe. On comprend maintenant ce que dit Urbantschitsch à propos des hémorrhagies : « Un épanchement interlamellaire peut subir une migration et quitter la membrane pour gagner le conduit. » Non-seulement il le peut, mais alors que le malade dort couché sur le côté de l'oreille malade, la collection gagnerait toujours le conduit, si elle ne trouvait dans l'adhérence des membranes un obstacle aux effets de la pesanteur. Seule aussi, nous l'avons vu précédemment, cette adhérence l'empêche de gagner la paroi inférieure de la caisse quand le malade est debout et que l'épanchement se trouve en dedans de la couche fibreuse.

L'explication de la résorption par les lymphatiques ne satisfait pas le docteur Zaufal, « puisqu'on voit des épanchements considérables se déplacer en bloc ». L'explication que nous proposons rend au contraire parfaitement compte de ce déplacement en bloc. Plus la pesanteur de l'épanchement est considérable, plus les membranes sont décollées, plus facilement l'hémorrhagie, le pus, passeront de la membrane sur la paroi supérieure du conduit.

Pour ce qui est des migrations antéro-postérieures, nous ne voulons pas attacher une grande importance à la concavité de la membrane, ni à cette disposition du tympan qui fait que sa face externe regarde non-seulement en bas, mais encore en avant. L'obliquité d'arrière en avant et de dehors en dedans est faible et il faut plutôt attacher de l'importance à la position que prend la tête pendant le décubitus latéral. En effet, si l'on observe un individu qui sommeille dans le décubitus latéral, on constate qu'il existe généralement une rotation de la tête sur le tronc, rotation due au volume plus considérable en arrière de l'ovoïde céphalique, de telle sorte que la face se tourne vers le point d'appui. Dans ces conditions, un épanchement du tympan droit pendant le décubitus latéral gauche tendra à progresser en avant, en raison de l'invitation oblique du tympan, en raison surtout de la rotation céphalique. Dans le décubitus dorsal, il tendra à progresser en arrière.

Inutile de dire que nos explications ne visent pas ces cas où l'on voit une perforation tympanique émigrer d'un point à un autre. Peut-être faut-il ici faire appel au phagédénisme que la présence du pus pourrait provoquer? Mais les cas de perforations entretenus par des œillets et où l'on voit des migrations qui ont paru si sin-

gulières doivent sans doute être expliquées conformément à notre théorie.

Une observation négative n'infirmerait pas cette théorie, car l'absence de migration peut être expliquée par l'adhérence des membranes. Mais rien n'est plus facile cependant que de mettre nos explications à l'épreuve des faits, en indiquant au malade le décubitus qu'il devra conserver pour éviter toute migration. De plus, à la vue des migrations, il sera possible, si nous sommes dans la vérité, d'indiquer au malade la position dans laquelle il a passé la nuit.

LA NÉVROSE HYPNOTIQUE DEVANT LA MÉDECINE LÉGALE

DU VIOL PENDANT LE SOMMEIL HYPNOTIQUE (1).
RAPPORT MÉDICO-LÉGAL.

Par M. le docteur LADAME, de Neuchâtel (Suisse).

I

Après les représentations publiques données pendant l'hiver de 1880-1881 dans la Suisse romande et le canton de Neuchâtel, en particulier, par un magnétiseur fameux, Donato, on vit se produire dans les principales localités du pays, comme à Breslau après les séances de Hansen, une véritable fièvre magnétique, surtout parmi la jeunesse.

Une des conséquences de cette fureur du magnétisme est illustrée par le cas suivant, qui a été l'objet d'une enquête judiciaire.

Le pasteur allemand de La Chaux-de-Fonds recevait, en juillet 1881, la visite d'une jeune fille, originaire de Zurich, qui lui demandait d'écrire à sa commune pour obtenir l'autorisation d'aller faire ses couches à la Maternité de Berne. Cette jeune fille prétendait être enceinte depuis la veille de Noël. Restée seule un instant ce soir-là avec un jeune homme qui avait l'habitude de la magnétiser, elle fut violée par lui, racontait-elle, après qu'il l'eût endormie. La jeune fille fut reçue à la Maternité et accoucha à la fin de septembre.

Mais la lettre du pasteur allemand, qui demandait son entrée à l'hôpital de Berne, tomba sous les yeux du juge d'instruction bernois, qui porta plainte aussitôt auprès du juge de La Chaux-de-Fonds. Celui-ci fit une enquête, qu'il transmit au procureur général de la République.

Nous fûmes alors appelé par M. le procureur général à faire un rapport médico-légal sur cette affaire et à répondre en particulier aux questions suivantes :

1° Le récit de Maria F... doit-il être considéré comme vraisemblable dans ses traits généraux ?

2° Le coït a-t-il pu avoir lieu dans les conditions indiquées par elle et sans qu'elle ait pu se rendre compte des attouchements qu'elle subissait ?

3° La volonté était-elle complètement paralysée chez cette jeune fille et n'a-t-elle pu opposer à son séducteur aucune résistance ?

4° La conception est-elle possible lorsque la femme est dans un état d'insensibilité absolue ?

Après avoir pris connaissance du dossier qui nous avait été confié par M. le procureur général, nous répondîmes à ces questions par un rapport dont nous transcrivons ici les parties essentielles. Cette question du viol, pendant le sommeil hypnotique, est toute nouvelle pour la médecine légale : il n'en existe actuellement que quatre cas authentiques publiés dans la littérature médicale. Aussi n'avons-nous pas cru devoir prendre nos conclusions sans faire des recherches sur les cas analogues qui ont pu être observés jusqu'aujourd'hui et sans consulter les spécialistes éminents, professeurs de médecine légale à Paris, à Berlin et à Vienne, MM. Brouardel, Liman et Hofmann, qui font autorité dans cette partie, et qui nous ont répondu avec extrême obligeance.

M. Liman, professeur de médecine légale à Berlin, nous écrit que, dans sa longue pratique de vingt ans, comme médecin expert des cours de justice, il n'a pas vu un seul cas de sommeil magnétique et qu'il n'a jamais été appelé à se prononcer sur un cas criminel se rattachant au magnétisme.

M. Hofmann, à Vienne, nous écrit de même qu'il ne connaît dans la littérature allemande aucun cas de viol pendant l'état hypnotique (1).

En France, le premier cas publié date de 1858 (2).

Le viol aurait été accompli dans le sommeil magnétique.

M. Coste, directeur de l'École de médecine de Marseille, et M. Broquier, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de cette ville, dans un rapport médico-légal, ont posé les conclusions suivantes :

« Nous pensons qu'il est possible qu'une jeune fille soit déflorée et rendue mère contrairement à sa volonté, celle-ci pouvant être annihilée par l'effet magnétique. »

La *Gazette hebdomadaire de médecine*, à Paris (3), qui rend compte de ce cas, ajoute à propos de ces conclusions :

« Ce que nous avons vu et expérimenté du magnétisme ne nous aurait pas permis une affirmation aussi catégorique. »

Mais MM. Coste et Broquier appuyaient leurs conclusions en remarquant que « si une jeune fille, sous l'influence du sommeil magnétique, est insensible à toutes les tortures, il semble qu'il est rationnel d'admettre qu'elle pourra subir l'acte du coït sans qu'il y ait participation de sa volonté, sans qu'elle en ait conscience et que, par conséquent, elle ne saurait repousser, par la force, l'acte qui est consommé sur elle ».

Devergie, le savant auteur de médecine légale, dont les experts avaient désiré connaître l'opinion sur ce cas difficile, a pleinement adhéré à la conclusion précédente et répondait, entre autres, à la question qu'on lui avait soumise : « Je crois qu'une jeune fille de dix-huit ans peut, en thèse générale, avoir été déflorée et rendue mère, contrairement à sa volonté, dans le sommeil magnétique. Mais, en dehors du sommeil magnétique, il y a tant de mensonges que je ne saurais aller plus loin. Le sommeil magnétique est fictif ou réel : fictif en ce sens que toutes les personnes qui donnent des consultations ou des représentations de magnétisme ne sont jamais endormies ; réel, et alors tout rapport, tout sentiment de relations peut être interdit par le sommeil ; la sensibilité peut être émoussée ou éteinte, partant, la femme dans l'impossibilité de se défendre. »

Tardieu (4) dit qu'il a reçu aussi, à l'occasion du même fait, une lettre de M. le docteur Broquier, lui demandant son avis. Absent de Paris en ce moment, il n'a pu répondre en temps utile à cette demande. « Mais », ajoute-t-il, « je me serais associé complètement à l'opinion exprimée par M. Devergie, et surtout aux sages réserves qu'il a faites relativement à la possibilité de la feinte ou à la probabilité de la fraude en ce qui touche aux prétendus effets physiologiques du magnétisme. »

Aujourd'hui on ne pourrait plus ratifier le jugement de Tardieu sur le magnétisme. Les effets physiologiques sont bien réels. On les a étudiés avec soin, et il n'est pas difficile à un médecin expérimenté de reconnaître ce qui est vrai et ce qui est simulé dans les symptômes soumis à son examen. Grâce aux recherches et aux études approfondies qui ont été faites, il est facile de découvrir la feinte et la fraude dans tout ce qui touche aux effets physiologiques réels du prétendu magnétisme.

Un second cas de viol, sous l'influence magnétique, a été l'objet du rapport suivant, fait (1865) par MM. les docteurs Auban et Jules Roux.

---

(1) Extrait des *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, juin 1882.

(1) *Nouveaux Éléments de médecine légale*, trad. en français, intr. et comm. par P. Brouardel. — Paris, 1881.

(2) *Presse méd. de Marseille*, 1858, n° 2.

(3) Année 1858, page 832.

(4) Tardieu, *Étude médico-légale sur les attentats aux mœurs*, 7e édit., 1878, page 2.

« Nous, soussignés, Auban (Camille), directeur du service de santé de la marine, en retraite, et Roux (Jules), directeur du même service, en exercice, demeurant et domiciliés à Toulon ;

« Sur la réquisition, en date du 13 juin 1865, qui nous a été faite par M. Albert Germondy, par délégation, juge d'instruction près le tribunal de première instance à Toulon, à l'occasion de la procédure instruite contre le nommé Castellan (Timothée), âgé de vingt-cinq ans, né à la Garde-Freynet, ouvrier bouchonnier, inculpé de vagabondage et mendicité ;

« Laquelle réquisition est conçue dans les termes suivants :

« Castellan reconnaît, dans la procédure suivie contre lui, qu'il a exercé une influence magnétique sur Joséphine Hugues. Quelle a été la conséquence de cette influence sur la liberté morale de cette jeune fille dans ses relations avec l'inculpé ? Spécialement, Castellan, en plongeant Joséphine Hugues dans un sommeil magnétique, se donnait-il le pouvoir d'avoir avec elle des relations intimes dont elle n'eut pas conscience au moment où elles s'accomplissaient ? Castellan pouvait-il, par son influence magnétique, réduire Joséphine Hugues, même sans l'endormir, dans un état tel qu'elle n'eût plus la liberté morale nécessaire pour s'opposer aux relations intimes que Castellan avait avec elle ou pour y donner un consentement intelligent ? »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le docteur Bayol, le courageux explorateur du Fouta-Djallon, est chargé d'une nouvelle mission dans le Haut-Sénégal.

— Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Carrère, décédé à Esternay à l'âge de quatre-vingts ans, et de M. le docteur Constantin, médecin-major de première classe au 23e d'artillerie.

— Le Conseil municipal des Eaux-Bonnes vient de décider que le nom de M. Pidoux serait donné à l'une des salles principales de l'établissement thermal pour honorer la mémoire de son ancien inspecteur.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Études sur le cancer. Caustiques et instruments tranchants ; examen critique des traitements préconisés ; exposé complet de la méthode de l'auteur ; caustique et procédé nouveaux ; statistique comparée établissant la supériorité de la méthode cautérisante, par le docteur BOUGARD, ancien professeur à l'Université de Bruxelles. 1 vol. in-8° de 890 pages. — Prix : 12 francs. — Bruxelles, Gustave Mayolez ; Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

L'Année médicale (4e année, 1881), résumé des progrès réalisés dans les sciences médicales, publié sous la direction du docteur BOURNEVILLE, médecin de l'hospice de Bicêtre. 1 vol. in-12 de 450 pages. — Prix : 4 francs. — Paris, E. Plon et Cie.

Des Amputations du membre supérieur (excepté celles de la main), par divers procédés, plus spécialement par des procédés elliptiques et des procédés à deux lambeaux, par le docteur Charles GUÉZENNEC, médecin de la marine. In-8° de 112 pages. — Paris, A. Parent.

The Physiology and pathology of the blood, comprising the origine, mode of development, pathological and post-mortem changes of its morphological elements in mammalian and oviparous vertebrates, by Richard NORRIS, M. D., F. R. S. E., professor of physiology Queen's College Birmingham. In-8° of 274 pages with micro-photographic illustrations.— London, 1882, Smith Elder and C°.

The Harveian ovation delivered at the Royal College of Physicians, June 21, 1882, by George JOHNSON, M. D., F. R. C. P., F. R. S., honorary fellow of King's College. In-12 of 64 pages. — London, 1882, Smith Elder and C°.

Recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur les affections cutanées d'origine nerveuse, par le docteur H. LELOIR. 1 vol. in-8° de 220 pages, avec 4 planches et plusieurs figures intercalées dans le texte. — Prix : 5 francs. — Paris, Delahaye et E. Lecrosnier.

La Mère et l'Enfant dans les races humaines, par le docteur A. CORRE, professeur agrégé de l'École de médecine navale de Brest. 1 vol. in-18 de 300 pages, avec figures dans le texte. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Conseils aux jeunes mères, aux nourrices et aux sages-femmes pour éviter la mortalité fréquente chez les enfants en bas-âge, par le docteur GIRAULT, médecin-inspecteur de l'asile modèle des écoles communales, etc. 1 vol. in-18. — 1 fr. 25. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 13397.

N° 111. — MARDI 26 SEPTEMBRE 1882. 55e ANNÉE. MARDI 26 SEPTEMBRE 1882. — N° 111.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE.	3 mois : **8 fr. 50.**	— 6 mois : **16 fr.**	— 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. .	3 mois : **10 fr.** ».	— 6 mois : **18 fr.**	— 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOTEL-DIEU. — M. RICHET.

I. Bec-de-lièvre considérable. — II. Cancroïde de la joue.

I. Nous allons faire tout à l'heure une opération de bec-de-lièvre chez un jeune enfant de quatre à cinq mois environ, — il est né au mois de septembre dernier, — et auquel nous avons déjà fait subir une première opération préliminaire.

Il s'agit d'un bec-de-lièvre unilatéral gauche compliqué, c'est-à-dire que la lèvre supérieure est divisée dans toute sa hauteur, ainsi que le bord alvéolaire; lésion congénitale, qui se complique de la division de la voûte palatine et du voile du palais.

La fente de la lèvre supérieure, présente un écartement considérable (trois centimètres ou trois centimètres et demi); elle s'accompagne d'un épatement prononcé du nez, dû à l'élargissement considérable de la narine du côté gauche qui est attirée en arrière. L'étendue de cette déformation donne à la figure un aspect tellement disgracieux, qu'il est de toute importance de combler un pareil écartement. Au fond de cet écartement, on apercevait la division du bord alvéolaire, entre les deux os intermaxillaires et le maxillaire supérieur gauche. Aujourd'hui, cette division, assez large pour y loger le doigt, n'existe plus, grâce à la première opération que nous avons pratiquée récemment, et le rapprochement est tel, que l'on n'y passerait pas une plume à écrire.

Avant cette première restauration, le nez était entraîné à droite et en avant, affectant la forme d'un bec d'oiseau, d'une sorte de bec de canard. Ainsi, tandis que les os intermaxillaires formaient une saillie prononcée en avant, le maxillaire supérieur gauche, au contraire, se trouvait attiré en arrière.

Dans ces conditions, il eût été difficile de ramener les deux bords de la lèvre supérieure par-dessus ce promontoire des intermaxillaires.

Certains chirurgiens avaient autrefois proposé de réséquer les parties proéminentes. Pour moi, je rejette toute résection, je brise ladite saillie osseuse, et je repousse le tout dans la fente, sans avoir aucune perte de substance, car, en supposant même que la résection puisse réussir, elle entraînerait la perte des dents incisives et déterminerait une hémorrhagie presque toujours mortelle chez les petits enfants.

C'est ainsi que Paul Guersant avait imaginé de réaliser une perte de substance triangulaire, dans la cloison, au moyen d'un instrument spécial, sorte d'emporte-pièce qui permettrait de briser les os intermaxillaires et de les refouler en arrière. Mais, par ce procédé, on avait des hémorrhagies encore plus graves par ce fait que les artères qui donnent le plus de sang se trouvent dans la cloison.

C'est pour me mettre à l'abri de pareils accidents, — presque toujours mortels, je le répète, — que j'ai fait construire par M. Colin un petit instrument qui me permet d'éviter les hémorrhagies lorsque les os déjà durs m'obligent à faire une perte de substance. Cet instrument est un véritable écraseur des os, en forme de tête de serpent, qui s'applique sur la cloison. Une fois mis en place, on le serre peu à peu au moyen d'une vis de pression, jusqu'à ce que l'on ait obtenu le broiement complet du tissu osseux. On retire le manche de l'instrument, laissant seulement ses mors appliqués pendant quarante-huit heures environ. Ce n'est qu'au bout de ce temps qu'on dévisse l'instrument. On obtient ainsi, sans avoir perdu une seule goutte de sang, la perte de substance voulue pour loger l'intermaxillaire.

Ici nous n'avons pas eu besoin de recourir à cette opération, vu le très-jeune âge de l'enfant, qui n'a pas encore quatre ou cinq mois. Chez lui, il nous a suffi de saisir, entre les mors d'une pince mousse, les os, de faire une pesée : ceux-ci, encore cartilagineux, ont facilement cédé et se sont laissé repousser en arrière dans la fente interpalatine, où nous les avons maintenus au moyen de bandelettes de diachylon venant se croiser sur la lèvre. Le petit appareil est resté ainsi pendant quinze jours, après lesquels la consolidation était obtenue.

Ainsi donc on tord les deux intermaxillaires, on les repousse en arrière et l'on maintient le tout sans y toucher jusqu'à ce que la cicatrisation soit parfaite, ce qui demande généralement un mois ou six semaines. C'est alors seulement qu'il est permis de s'occuper de réunir les parties

molles extérieures. Cette réunion, du reste, en est d'autant facilitée, et le rapprochement mieux obtenu et plus parfait. C'est cette dernière opération qu'il nous reste à pratiquer aujourd'hui pour arriver à la guérison complète de ce bec-de-lièvre.

Cette réunion se fera comme d'habitude, et le résultat en sera certainement des plus satisfaisants. Pour l'obtenir, il faut aviver les parties à rapprocher, détacher une bandelette de chaque côté et la renverser en bas, de façon à avoir deux lambeaux assez longs pour combler cette vaste perte de substance qui caractérise l'écartement labial. C'est, du reste, le procédé de Léon (de Rochefort). Puis avec des ciseaux, on s'en va décoller les bords de la lèvre de la surface des os et on procède à la réunion de toutes les parties molles.

Cela ne se fait malheureusement pas sans que l'on intéresse les artères : aussi, afin d'éviter toute hémorrhagie, toute perte de sang même minime, — car si faible qu'elle soit, elle est toujours dangereuse à l'âge peu avancé de ces petits enfants, — j'ai fait faire à M. Collin de petites pinces hémostatiques spéciales à palettes, sur ressort, comme des serres-fines. On peut s'en servir sans crainte de confondre les tissus, grâce aux petites lames de caoutchouc qui se trouvent situées entre les mors. Nous arrivons ainsi à pouvoir opérer à blanc, ce qui est un point extrêmement important chez les jeunes enfants.

Enfin, pour terminer l'opération, il nous restera à pratiquer deux sortes de sutures : l'une, facile, ayant pour objectif la réunion des deux sommets; l'autre ayant pour but de réunir les parties avivées de la base. Cette dernière est plus difficile à pratiquer à cause de l'épatement du nez. Elle nécessite un moyen accessoire pour rapprocher l'aile du nez : c'est ce que l'on appelle le procédé d'Alexandre Thierry.

Il consiste dans une aiguille que l'on passe à travers les ailes du nez pour les rapprocher et que l'on maintient à l'aide de deux petites vis en forme d'écrou. Par ce moyen on combat victorieusement l'épatement du nez et on soulage notablement la suture des lambeaux, laquelle ne fatigue plus ainsi sous l'influence de tiraillements continus.

On peut ainsi réussir l'opération d'un bec-de-lièvre aussi considérable chez de jeunes enfants qui n'ont même pas atteint l'âge de six mois, ce qui, du reste, est préférable non-seulement au point de vue d'une bonne conformation du visage, mais encore parce qu'il arrive souvent que les parties étant ainsi rapprochées de bonne heure, la voûte palatine parvient à se souder à son tour.

II. Il me reste maintenant, avant de procéder à cette opération, à vous montrer les pièces anatomo-pathologiques d'un autre malade que nous avons opéré ces jours derniers d'un cancroïde de la joue, tumeur disposée de telle façon qu'il m'a fallu enlever toute la portion de la joue, située entre les deux maxillaires supérieur et inférieur. Mais, après avoir été jusqu'à gratter les os à cause de certain point qui nous avait paru suspect, je n'ai pas cru devoir tenter de pratiquer l'autoplastie, me proposant un peu plus tard de faire une application de pâte de Canquoin afin d'éviter la reproduction du mal.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Archambault.

De l'invagination intestinale chez les enfants.

L'invagination intestinale chez les enfants est une lésion fort grave ; elle l'est déjà chez les adultes, mais elle l'est beaucoup plus encore chez les petits enfants : je veux parler, bien entendu, des petits êtres qui n'ont pas encore atteint l'âge de quatre ans. Les accidents sont aussi très-différents chez les uns et les autres. Enfin, elle est beaucoup plus fréquente chez les enfants avant cet âge que plus tard, grâce, justement, au mode d'attache des intestins dont le tissu cellulaire est beaucoup plus lâche, dont les parois intestinales sont encore très-minces, en un mot, grâce aux dispositions anatomiques de l'intestin chez les tout jeunes sujets. C'est toujours par la valvule de Bauhin que commence l'invagination, et l'intestin cheminant ainsi de proche en proche dans le côlon ascendant, dans le côlon transverse, puis dans le côlon descendant, il s'ensuit que le cœcum peut arriver jusqu'à l'anus, à la façon d'un doigt de gant renversé sur lui-même.

Lorsque, les sujets succombant aux accidents même de l'invagination, on fait l'autopsie, on trouve l'intestin grêle logé à droite, une inflammation plus ou moins considérable des muqueuses adossées, des adhérences plus ou moins intimes entre elles, etc. Mais je ne veux pas m'étendre sur l'anatomie pathologique de l'invagination que vous trouverez dans tous les ouvrages classiques et je passe tout de suite à la symptomatologie.

Si, chez l'adulte, l'invagination de l'intestin est une des formes de l'occlusion intestinale avec absence de garde-robes et vomissements de matières fécales, il n'en est pas de même chez les petits enfants qui peuvent continuer à aller à la selle et dont les vomissements, tout en existant, ne sont pas de même nature.

Du reste, voici comment les choses se passent ordinairement chez ces derniers. Le premier jour, au début des accidents, les selles sont encore composées de matières fécales, mais dès le soir même elles changent déjà de nature et renferment du mucus et du sang, comme dans la dysenterie. Parfois même l'écoulement du sang constitue une véritable hémorrhagie en même temps que l'enfant vomit.

La maladie débute par une crise douloureuse violente, les traits s'altèrent, les yeux s'excavent, la face devient grippée, l'enfant vomit, ses premières selles sont encore composées de matières stercorales; en même temps le pouls est très-petit, les extrémités tendent à se refroidir, comme dans le cas de choléra infantile, puis tout se calme. Le début est donc caractéristique avec son invasion brusque et l'absence de fièvre. Mais bientôt une nouvelle crise a lieu et les selles deviennent sanglantes, tandis que les vomissements persistent.

Or trois affections intestinales seules pourraient, quoique avec quelque difficulté, être confondues avec l'invagination ; ce sont : 1° le choléra infantile, mais les selles qui le caractérisent l'en différencient bien vite ; 2° la dysenterie et le mélæna, mais le début, dans ses deux maladies, n'est jamais aussi brusque, la marche est moins rapide aussi que l'invagination, enfin elles n'entraînent pas cette altération spéciale, caractéristique, des traits, que l'on observe dans l'in vagination dès le premier jour. De plus, dans le mélæna, les selles sont noires, composées de sang à peu près pur, elles ne s'accompagnent ni de crises particulières, ni de dou-

leurs violentes, ni de vomissements; enfin on constate souvent d'autres hémorrhagies concomitantes, hémorrhagies nasales, ombilicales ou autres.

En résumé donc, dès le premier jour déjà, le diagnostic est généralement peu difficile à faire.

Le second jour, l'invagination persistant, les symptômes augmentent d'intensité, et si l'on vient à explorer la cavité abdominale, on sent une masse en boudin formée par la portion de l'intestin invaginée et située dans la *fosse iliaque gauche*. Cette localisation nous permet immédiatement de distinguer l'invagination de la typhlite ou de la pérityphlite dont le siège est dans la *fosse iliaque droite*. Bien que l'on ne puisse plus avoir aucun doute sur la nature du mal, lorsque l'on a constaté l'existence de cette masse intestinale formant tumeur, cependant le diagnostic peut encore, dans certains cas, être confirmé par le toucher rectal qui donnera assez fréquemment la sensation de l'intestin invaginé.

Quoi qu'il en soit, nous devons savoir que la marche des accidents est toujours très rapide, que l'enfant tombe promptement dans le collapsus, que le refroidissement général devient permanent, le ventre se ballonne et l'enfant succombe au quatrième ou au cinquième jour.

Le pronostic est toujours très grave, moins cependant aujourd'hui qu'autrefois, où la mort était la terminaison la plus fréquente. Aujourd'hui, l'on parvient plus facilement à faire cesser l'invagination et à faire reprendre à l'intestin sa position normale, en un mot à se désinvaginer et à guérir complètement. Quelquefois il y a élimination chez l'adulte, mais chez les enfants il n'y faut pas compter et l'on doit intervenir médicalement le plus promptement possible.

Le traitement est, du reste, assez simple. Beaucoup d'auteurs ont conseillé de purger les enfants atteints des accidents de l'invagination intestinale. Je suis bien surpris de voir parmi eux MM. Rillet et Barthez, car c'est là, à mes yeux, le meilleur moyen, au contraire, d'augmenter l'invagination, si doux même que soit le purgatif que l'on fasse administrer à l'enfant. Quant aux saignées locales que l'on a aussi vantées, je n'ai jamais vu qu'elles aient donné de bons résultats, et du reste, *a priori*, il n'y a pas d'inflammation, la phlegmasie, les accidents péritonéaux ne surviennent que secondairement.

Avant tout, ce qu'il faut faire, c'est chercher à faire cesser les contractions péristaltiques de l'intestin par les narcotiques tels que le laudanum que l'on donnera à la dose de 3, 4, 5 et 6 gouttes en plusieurs fois jusqu'à narcotisme. Le sirop de chloral est aussi, dans ce cas, un bon médicament.

L'enfant étant narcotisé, on aura recours alors aux moyens mécaniques après avoir eu soin, au préalable, de le chloroformiser pour l'empêcher de crier et pour n'avoir pas à lutter, pendant ce temps, contre les contractions de l'intestin.

Ces moyens mécaniques sont l'insufflation par divers procédés, pour refouler en haut la portion invaginée de l'intestin. Le plus simple de tous est l'emploi du soufflet ordinaire que l'on abouche à une sonde en gomme, du volume de la sonde œsophagienne, introduite dans le rectum. Il faut avoir soin de maintenir l'ouverture anale parfaitement close pour éviter la sortie de l'air. L'insufflation doit se faire lentement et doucement pour dilater peu à peu le tube intestinal. Ce moyen, je le répète, est excellent, et j'ai vu plus d'une fois une guérison instantanée et complète s'ensuivre.

Un autre moyen, très-efficace, est celui qui consiste à introduire dans l'intestin du gaz acide carbonique. Plusieurs observations ont été citées par M. Laboulbène. Pour cela faire, il y a deux procédés : le premier consiste à injecter dans l'intestin la potion de Rivière, — vous en trouverez la composition dans le Codex ou dans votre formulaire, — en commençant par la solution n° 1 et finissant par la solution n° 2, après quoi on ferme aussitôt hermétiquement l'anus. On voit alors le ventre se dilater peu à peu et, si le procédé réussit, l'intestin invaginé est refoulé et reprendra sa position première.

Dans le second procédé, on se sert d'un siphon d'eau de Seltz que l'on met en communication avec la sonde en caoutchouc, on presse sur le piston et le liquide pénétrant dans le tube intestinal le dilate et refoule la portion invaginée.

On a encore proposé les lavements forcés d'eau, ainsi que l'introduction d'une éponge au bout d'une sonde flexible; ces moyens sont moins bons; de plus, le dernier est brutal et dangereux et peut entraîner quelquefois la déchirure de l'intestin et tout le cortège des accidents inhérents à cette lésion. Aussi je le considère comme devant être rejeté.

Enfin, lorsque les divers moyens que je viens de vous indiquer ont échoué, il faut avoir recours à l'entérotomie, opération qui a presque toujours été suivie de mort chez les petits enfants. Mais ceci est de la chirurgie et je n'ai pas à en discuter ici le bon et le mauvais côté, et je termine ici ce que j'avais à vous dire de l'invagination intestinale chez les petits enfants.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS. — M. Triaire.

Cas graves d'éclampsie suivis de guérison, traités par la provocation ou l'accélération du travail et les inhalations de chloroforme.

I

J'ai publié il y a quelques années, dans la *Gazette des hôpitaux* et les *Archives de tocologie*, l'observation d'une femme de cinquante-deux ans, atteinte d'éclampsie au huitième mois de sa grossesse, traitée par la dilatation du col et les inhalations de chloroforme. La mère et l'enfant furent sauvés. Depuis cette époque, j'ai eu plusieurs fois l'occasion d'observer l'influence de cette médication sur la marche et l'issue des graves accidents éclamptiques, et les résultats obtenus me paraissent assez frappants pour mériter d'être signalés à l'attention des lecteurs de ce journal.

Observation I. — *Éclampsie au terme de la grossesse. Traitement par la chloroformisation et la dilatation du col par les douches utérines. Application du forceps. Extraction d'un enfant vivant et guérison de la mère.* — Mme L..., à Tours. Blonde, lymphatique, âgée de vingt-cinq ans. Primipare. Léger œdème des membres inférieurs pendant la grossesse. Insomnie, céphalalgie sans troubles de la vue pendant la dernière période de la gestation.

Affectée subitement de crises éclamptiques le 11 mai 1879, à huit heures du matin. Prévenu un peu tard, je n'arrive auprès d'elle qu'à onze heures.

La malade a déjà eu sept attaques. Je la trouve insensible et sans connaissance, faisant entendre à distance ce bruit stertoreux de la respiration si caractéristique qui suit la crise éclamptique. La face est vultueuse. La langue, mordue et épaissie, laisse écouler en nappe de légers filets de sang. L'utérus, développé normalement comme dans une grossesse à terme, s'élève à quatre ou cinq travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Au toucher, on constate qu'il n'y a pas encore de travail appréciable; le col est long et flottant, l'orifice externe largement évasé, mais l'orifice interne non perméable.

L'auscultation fait entendre les battements du cœur de l'enfant.

L'examen de l'urine dénote, par la chaleur, la présence d'une forte quantité d'albumine.

Pendant que j'examine la malade, elle a une crise; on note qu'elles se succèdent maintenant toutes les demi-heures.

Prescription. — Six sangsues à chaque apophyse mastoïde. Lavement de chloral, 5 grammes. Douche d'eau tiède sur le col, que j'administre moi-même, pendant vingt minutes. Obligé de m'absenter, je charge la sage-femme garde-malade de répéter cette opération toutes les heures.

Je reviens à une heure.

La malade a eu :

A midi. — 10e attaque.
Midi 20. — 11e —
Midi 40. — 12e —
A 1 h. — 13e —

On a donné trois douches de vingt minutes. Le col est effacé complètement. L'orifice, légèrement dilaté, laisse introduire la pulpe du doigt. Présentation du sommet en O. A. I. D. La malade éprouve des contractions utérines bien reconnaissables à des accès d'agitation manifestement distincts de l'agitation qui précède l'attaque.

Mais les crises sont devenues plus fréquentes et à ce point de vue l'insuccès de la médication employée est évident. Je fais suspendre celle-ci et ai recours au chloroforme, que j'administre de la façon suivante :

Dès que la malade révèle, par quelque signe d'agitation automatique, ce qui ne manque jamais, l'approche d'une crise, je la soumets immédiatement aux inhalations, que j'interromps, si la crise éclate, pendant toute sa durée, mais que je continue tant que persistent l'inquiétude et l'agitation, jusqu'à ce que la patiente soit retombée dans le sommeil. Je suspends alors de nouveau l'agent anesthésique.

1 h. 20. — 14e attaque. — Plus courte.
2 h. 30. — 15e — — Longue.
4 h. 30. — 16e — — Courte.
5 heures. — Pas d'attaque.

Les crises subissent, comme on le voit, une véritable rémission.

A quatre heures, l'orifice offre la largeur d'une pièce de 1 franc. Je romps les membranes. A cinq heures, obligé de faire une courte absence, je défends à la sage-femme de donner du chloroforme.

Je reviens à six heures.

Pendant ce laps de temps, la parturiente ayant été privée des inhalations de chloroforme, le cycle primitif des crises s'est reproduit :

5 h. 20. — 17e attaque.
5 h. 40. — 18e —
6 heures. — 19e —

Mais le col est suffisamment dilaté et surtout dilatable pour permettre l'introduction des cuillers du forceps. Nous assistons encore à une attaque.

6 h. 10. — 20e attaque.

Pendant que nous faisons les préparatifs de l'opération, et dès qu'elle a pris fin, j'extrais avec l'instrument un enfant vivant et qui a vécu.

Dans la nuit, 8 autres attaques, ce qui porte le nombre total à 28. Le lendemain, l'accouchée reste encore toute la journée sans connaissance, mais peut prendre du bouillon, de l'eau sucrée, des infusions aromatiques. Le soir, elle retrouve le sentiment. Suites de couches normales. Elle allaite son enfant.

Obs. II. — *Éclampsie à huit mois et demi de la gestation enrayée par la chloroformisation, se reproduisant au terme normal de la grossesse et traitée par l'anesthésie et l'application de douches utérines. Présentation de la face. Version. Guérison de la mère.* — Mme T..., à Tours. Blonde, lymphatique. Vingt-sept ans. Primipare. Pas d'accidents de grossesse jusqu'au huitième mois. Vers cette époque, insomnie. Un peu d'œdème de la face. Pas d'œdème des extrémités, pas de troubles visuels. Le 1er juillet 1879, dix heures du matin, première crise d'éclampsie. Les crises se succèdent de demi-heure en demi-heure jusqu'à midi, heure à laquelle je vois la malade qui est assistée par une sage-femme.

Elle est sans connaissance, la face congestionnée, la langue intacte, grâce à la précaution qu'a la sage-femme de la maintenir avec une cuiller dans l'arcade dentaire. Pouls 90, assez résistant. Utérus normalement développé. Le col, long et dont l'orifice interne est imperméable, n'offre aucun signe de travail. Battements du cœur du fœtus, sensibles à l'auscultation. Précipité albumineux de l'urine traitée par la chaleur.

Les commémoratifs donnés par la sage-femme apprennent qu'elle n'est pas encore à terme. Dans ces conditions, et vu le petit nombre de crises subies jusqu'à présent par la malade, je ne pense pas qu'il y ait lieu de provoquer immédiatement le travail. Je prescris un lavement de chloral (5 grammes), une potion bromurée éthérée et me réserve de recourir au chloroforme si les accidents ne cessent pas.

10 h. 30. — 6e attaque.
10 h. 50. — 7e —
11 h. 20. — 8e —
Midi. — 9e —
Midi 20. — 10e —

Les accès se rapprochent, comme on le voit par le tableau ci-dessus, et le travail ne se déclarant toujours pas, je soumets la malade aux inhalations anesthésiques, d'après la méthode que j'ai précédemment exposée.

1 heure. — 11e attaque.
2 h. 30. — 12e —

Cette crise a été la dernière. A partir de ce moment, les convulsions enrayées ne se reproduisent plus. La chloroformisation est cessée à quatre heures. La grossesse continue son cours.

Quinze jours après, jour pour jour, Mme T..., qui avait repris ses occupations et qui est arrivée au terme normal de sa grossesse, est reprise de nouveaux accès.

Je la vois à neuf heures du matin, elle a déjà eu six attaques. Col utérin à peu près effacé. Orifice à peine entr'ouvert. On ne peut percevoir les battements du cœur de l'enfant.

Prescription. — Douches d'eau tiède sur le col de quinze minutes de durée, répétées toutes les heures. Chloroformisation.

9 h. 15. — 7e accès.
9 h. 50. — 8e —

La chloroformisation est commencée à dix heures.

10 h. 30. — 9e accès.
Midi. — 10e —

Sous l'influence de douches utérines, la dilatation a marché rapidement, et, sous l'action des inhalations de chloroforme, les crises se sont notablement ralenties.

A onze heures, rupture artificielle des membranes (dilatation de 1 franc). Constatation d'une présentation de la face en M. I. D. A. A une heure, l'orifice est suffisamment dilatable pour me permettre de pratiquer la version pelvienne et d'extraire un enfant qui, selon les prévisions fournies par l'auscultation, avait cessé de vivre.

Avec l'accouchement disparaissent les crises pour ne plus se reproduire. Le lendemain matin, la malade a repris le sentiment. Suites de couches régulières, malgré une bronchite intercurrente qui cède à la médication ordinaire. Rétablissement complet.

EXISTE-T-IL DES SIGNES

A L'AIDE DESQUELS ON PEUT DIAGNOSTIQUER LE PASSAGE DE LA PNEUMONIE DE LA SECONDE A LA TROSIÈME PÉRIODE ?

Par M. le docteur Edmond Metzquer (de Montbozon).

Lorsqu'un organe aussi essentiel à la vie que le poumon est envahi par la suppuration, il en résulte des phénomènes morbides locaux et des troubles généraux plus ou moins accentués de toutes les grandes fonctions de l'économie. Passons donc en revue rapidement ces deux ordres de symptômes et voyons si nous pouvons arriver par l'un d'eux ou par leur ensemble à la certitude du diagnostic.

A. *Symptômes généraux.* — Recrudescence fébrile. Délire. Prostration, frissons. Carphologie. État de la langue. Vomissements. Diarrhée.

1° L'augmentation subite de la fièvre, au moment où la défervescence doit se faire, est le signal d'un retour offensif de la maladie et indique tout aussi bien l'envahissement d'un nouveau territoire pulmonaire que le passage du poumon hépatisé à la suppuration. Ce symptôme, comme l'état du poumon qui n'est lui-même qu'un des éléments du syndrome fièvre, ne peut être caractéristique de la suppuration du poumon. Il n'acquiert d'importance que par son union avec d'autres symptômes généraux et ne doit pas être démenti par l'état local.

2° Le délire ou le subdélirium est un phénomène presque banal de la pneumonie. On ne peut en tirer aucune valeur pronostique. J'ai vu le délire du début chez des nerveux qui ont guéri. J'ai vu le délire survenir rapidement chez des enfants et cesser, comme la fièvre, lorsque je faisais prendre des aliments. J'ai observé le délire pendant tout le cours de la pneumonie des ivrognes et je le faisais cesser en leur donnant de l'eau-de-vie ; j'ai vu le délire dans les pneumonies du sommet, comme l'avait remarqué Trousseau, et, à l'encontre de ce qu'on pense généralement, ces pneumonies ne présentaient pas une plus grande gravité. En somme, ce qu'il faut répéter, ce n'est pas que le délire est un signe caractéristique de la suppuration, ce n'est même pas qu'il est un signe grave, mais que c'est un symptôme banal dû à des causes variables que le médecin doit savoir trouver pour le traiter avec succès.

3° Frissons. — Le frisson ouvre ordinairement la scène morbide dans la pneumonie. On a discuté et on discute encore s'il précède ou suit le point de côté. Ceux qui voient dans l'inflammation pulmonaire une maladie locale prétendent que le point de côté précède le frisson ; ceux qui pensent au contraire que la pneumonie est une affection générale soutiennent que le frisson est le premier symptôme morbide. Sans prendre parti entre ces deux doctrines, je dirai que, dans la majorité des cas que j'ai observés, le frisson a été le symptôme initial. Ce frisson est unique ; si donc il se reproduit dans le cours de la malade, c'est le signal d'un état morbide nouveau. Il arrive fréquemment que, au commencement du troisième septenaire ou dans le courant du second, au moment où l'on fait prendre au malade, *jusqu'alors tenu à la diète,* des aliments un peu substantiels, il se déclare de petits frissonnements au moment de la digestion. Un médecin inexpérimenté pourrait voir en ce signe un retour offensif de l'élément morbide ; c'est un frisson réflexe dont la valeur pronostique est nulle, mais que l'on doit connaître, ne serait-ce que pour rassurer le malade et la famille. Il peut arriver que des frissons très-forts et répétés se produisent dans le décours d'une pneumonie, que ce symptôme soit accompagné d'un point de côté violent : ce peut être le signal d'une aggravation de l'état du poumon et de l'envahissement de la plèvre par propagation de l'inflammation. La douleur de côté fait-elle défaut ? On doit craindre l'infiltration grise. Mais il faut encore distinguer. Les frissons de la pleurésie sont violents, reviennent à toute heure : le frissonnement de la suppuration pulmonaire est léger et se produit surtout le soir.

4° État de la langue. — Si le malade est menacé d'hépatisation grise, la langue se sèche et tremble quand le malade la sort ; elle se couvre de fuliginosités, ainsi que les lèvres ; il arrive assez fréquemment quelques envies de vomir et de la diarrhée. La carphologie est toujours un symptôme grave indiquant une atteinte profonde de l'organisme et fréquente dans la suppuration. La diarrhée de la fin du deuxième septenaire ou du commencement du troisième, si on ne peut l'attribuer au traitement, est un des meilleurs symptômes généraux annonçant l'hépatisation grise. C'est un signe de résorption purulente et le poumon est, de tous les organes, celui qui est le mieux disposé au point de vue anatomique pour faciliter la résorption surtout dans les maladies rapides où l'organe, pris pour ainsi dire à l'improviste, n'a pas le temps d'entourer et d'isoler, par la production de tissu conjonctif, les foyers purulents qui infiltrent l'organe.

B. *Symptômes locaux.*

1° Examen microscopique des crachats. — C'est, à mon avis, le seul signe vraiment caractéristique du passage de la maladie à la troisième période. Lorsqu'un malade aura du pus dans le poumon, il en crachera, et le microscope nous le montrera toujours.

Que l'on ne m'objecte pas qu'à ce moment le malade ne crache pas, on obtiendra toujours suffisamment de crachats pour faire l'examen que je conseille. Cette coloration grisâtre des crachats est-elle constante ? Certes non. On peut observer toutes les colorations depuis le crachat grisâtre jusqu'au crachat jus de pruneaux. Ce qui est constant, c'est le pus dont le microscope révèlera toujours la présence. Quelle importance doit-on attacher à la couleur des crachats au point de vue du pronostic ? Je suis loin de mépriser ce signe ; j'explique quelle valeur j'y attache. Lorsque la maladie évolue normalement, le crachat rouillé, visqueux et solide devient plus pâle, moins épais et spumeux. Son mélange avec l'air indique la perméabilité nouvelle de certaines régions du poumon. Si tout à coup ces crachats changent et deviennent jus de pruneaux, ce fait au moins m'indique, comme dit Niemayer, un mauvais état de la nutrition, une grande friabilité des capillaires du poumon et souvent l'existence de cachexies.

2° Auscultation. — Les mots ont quelquefois sur les idées et les théories une influence capitale. C'est ainsi, à mon avis, que le mot hépatisation, suivi du qualificatif rouge ou grise, a été employé à tort pour désigner deux états très-distincts du poumon. A la seconde période, il y a bien carnification de l'organe, mais, au contraire, à la troisième il y a fonte, il y a plutôt déshépatisation. Mais le mot a prévalu et il a entraîné l'idée. Il y a de l'hépatisation grise, il y a donc du souffle et rien que du souffle comme dans le second degré. Rien n'est plus faux. Les conditions physiques du poumon changent au moment où la suppuration l'envahit. Le bloc de glace se délite et se fond, c'est un mélange de poussières extrêmement friables et de pus. Dès lors les phénomènes stéthoscopiques doivent varier au moment où la maladie entre dans cette troisième et dernière phase. On percevra encore du souffle, car la plus grande partie du poumon peut encore être imperméable et *surtout parce que le malade respire d'une façon superficielle.* Mais qu'on le force à respirer largement, que l'on fasse entrer l'air dans les extrémités bronchiques, il rencontrera non plus un obstacle solide, invincible, mais un détritus plus ou moins solide qu'il traversera ; il brisera l'obstacle et le râle sera formé.

L'observation clinique corrobore en tous points cette explication théorique. Dans la carnification ou hépatisation rouge, souffle pur ou mélangé à des râles crépitants de la première période ; dans l'infiltration purulente ou fonte grise du poumon, souffle mélangé de gros râles humides dans les grandes inspirations. Je pourrais citer une longue liste d'auteurs qui ont entrevu ce symptôme ; Stockes, par exemple (*Diseases*, etc., p. 328), Fournet (*Recherches sur l'auscultation,* p. 226, t. Ier), Grisolles (*Pathologie médicale*, etc.).

Ce qui précède va me permettre, je crois, de résoudre la question que je me suis posée au début : — Existe-t-il des signes à l'aide desquels on peut diagnostiquer le passage de la pneumonie de la seconde à la troisième période ? — Il existe un signe certain : c'est la présence du pus dans les crachats. Il existe un signe qui

touche à la certitude, c'est le mélange de souffle et de râles humides existant avec une aggravation des symptômes généraux. Voici le cas : J'ai observé hier un malade ayant du souffle pur, je le trouve aujourd'hui avec du souffle et de gros râles humides. Est-ce la résolution qui commence ? est-ce l'infiltration grise qui débute ? J'examine les crachats, ils contiennent du pus, je suis fixé. Ils n'en contiennent pas, je continue mon observation. Si la fièvre est forte, le pouls petit, si la diarrhée est survenue, si le délire jusqu'alors inobservé se déclare, si la respiration devient superficielle et s'accélère et que je sois assuré qu'aucune nouvelle portion du territoire pulmonaire n'est envahie, si je vois les crachats changer subitement d'aspect, devenir couleur jus de pruneaux ou se supprimer, si de petits frissonnements avec accès de fièvre du soir se produisent, si la toux augmente, si le facies change, je puis affirmer le passage à la troisième période. Mais je ne conclurai dans ce cas que par l'ensemble symptomatique et avec d'autant plus de réserve que l'examen microscopique répété n'aura pas révélé dans les crachats l'existence d'éléments purulents.

LA NÉVROSE HYPNOTIQUE DEVANT LA MÉDECINE LÉGALE

DU VIOL PENDANT LE SOMMEIL HYPNOTIQUE (1).
RAPPORT MÉDICO-LÉGAL.

Par M. le docteur LADAME, de Neuchâtel (Suisse).

II

Après avoir préalablement prêté serment, nous avons pris connaissance du dossier relatif à l'affaire Castellan (Timothée).

De cet examen il résulte qu'à défaut d'observations personnelles, nous pouvons, sous toutes réserves cependant, résoudre les questions qui nous ont été soumises, d'après les documents scientifiques et le seul fait authentique qui existe sur cette matière.

Avec MM. Tardieu, Devergie, Coste, directeur de l'École de médecine de Marseille, et Broquier, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de cette même ville, qui tous ont exprimé leur opinion à l'occasion du fait mentionné ci-dessus, lequel a les plus grandes analogies avec celui qui a été déféré à notre appréciation, nous pensons :

1° Que, par les manœuvres dites magnétiques, on peut exercer sur la volonté de toute personne exceptionnellement disposée par son tempérament nerveux, une influence telle que sa liberté morale soit pervertie, ou plus ou moins complètement anéantie ;

2° *Qu'en plongeant une jeune fille dans le sommeil magnétique on peut avoir avec elle des relations intimes dont elle n'ait pas conscience au moment où elles s'accomplissent ;*

3° Qu'il est possible que, par l'effet magnétique, la sensibilité soit assez émoussée et la volonté suffisamment annihilée chez une jeune fille, pour qu'en dehors du sommeil magnétique complet, elle n'ait plus la liberté morale nécessaire pour s'opposer à des relations intimes ou pour y donner un consentement intelligent.

C'est nous qui soulignons la seconde conclusion, parce qu'elle nous paraît la seule vraiment fondée. Quant à la troisième, on ne pourrait pas actuellement la défendre au point de vue médico-légal, telle qu'elle est formulée par MM. Roux et Auban.

M. A. Tardieu (2) a publié la relation d'un troisième cas de viol, chez une jeune fille de quinze ans et demi, par un prétendu médecin magnétiseur, cas sur lequel l'éminent médecin légiste a été appelé à donner son avis.

Un quatrième cas de viol pendant l'hypnotisme, le plus récent et le plus instructif, et qui a pour nous une grande valeur par le fait des aveux de l'inculpé, est celui qui a été publié par M. le docteur Brouardel, professeur de médecine légale à Paris (3).

Au moment où M. Brouardel examina la jeune fille, elle était enceinte de cinq mois et fortement troublée par les évènements survenus. Le professeur réussit avec la plus grande facilité à provoquer chez elle, à plusieurs reprises, le sommeil hypnotique. Il conclut *qu'on peut se demander, à titre d'hypothèse, si, au moment où se sont produits les faits dont est inculpé le dentiste Lévy, la fille Berthe B... ne s'est pas trouvée plongée dans un état de sommeil nerveux et par suite dans l'impossibilité de connaître ce qui se passait ou de donner son consentement aux actes commis sur sa personne.*

On voit que M. Brouardel est arrivé, dans l'examen de ce cas, aux mêmes conclusions que MM. Devergie et Tardieu, conclusions adoptées unanimement jusqu'à ce jour par tous les médecins experts qui ont été appelés à se prononcer sur la question.

Toute réserve faite sur la possibilité de simulation, ce quatrième exemple doit donc être joint aux trois précédents, qui prouvent qu'une *fille peut être violée pendant que sa volonté est abolie par un état de sommeil nerveux ou hypnotique.*

M. Brouardel remarque que l'analyse de l'état nerveux de Berthe B..., faite par lui en 1878, serait considérée aujourd'hui comme insuffisante après les recherches de M. Charcot. Il est possible actuellement, dit-il, de distinguer les simulations de la réalité, et ce diagnostic peut être fait à l'aide de signes assez nets pour que l'expert ait une conviction ferme et les moyens de la faire partager aux autres. Toutes les recherches et les expériences que nous avons faites depuis plus d'une année et qui ont été déjà publiées par nous (1), confirment absolument ces assertions.

D'après les documents qui précèdent résumant les seuls faits authentiques publiés jusqu'à ce jour, et la discussion à laquelle nous les avons soumis, ainsi que d'après l'expérience que nous avons acquise des phénomènes et des symptômes de la névrose hypnotique ; après avoir lu attentivement les pièces du dossier de Louis V..., accusé de viol sur la personne de Maria F..., nous avons répondu comme suit aux questions spéciales qui nous avaient été posées par M. le procureur général, dans un rapport médico-légal que nous lui avons remis à la date du 29 mars 1882.

Première question. — Le récit de Maria F... doit-il être considéré comme vraisemblable dans ses traits généraux ?

Réponse. — Oui, ce récit est vraisemblable dans ses traits généraux. Lorsque Maria F... déclare qu'elle perdait toute volonté en présence de Louis V..., cette assertion est évidemment entachée d'exagération ; mais ce qu'on doit admettre, c'est que ce dernier réussissait toujours, même contre la volonté de cette fille, à la magnétiser, et qu'il n'avait besoin que d'un signe ou d'un regard pour l'endormir soudainement et profondément. Ce phénomène est habituel chez les personnes qui ont été fréquemment endormies, et nous avons pu le constater bien souvent. Nous pensons qu'on peut admettre aussi dans ses traits généraux la vraisemblance de la scène qui se serait passée la veille de Noël, en particulier celle du passage suivant de la déposition de la plaignante, au sujet duquel nous avons cependant une réserve à présenter :

« Il (Louis V...) m'a magnétisée à la cuisine sans m'en demander la permission ; puis, à un certain moment, je me suis à demi réveillée. J'ai vu confusément que j'étais sur son lit et j'ai senti qu'il était sur moi ; j'ai voulu le repousser, mais je n'avais aucune force, et lorsqu'il a vu cela, il m'a endormi encore plus profondément que la première fois ; j'ai aussi voulu crier, mais je ne l'ai pu, etc., etc. »

Pour comprendre et admettre la vraisemblance de ce récit, il faut savoir qu'il existe plusieurs degrés dans le sommeil hypnotique et que, lorsqu'il n'est pas très-profond, la conscience peut être conservée jusqu'à un certain point. Le premier degré de ce sommeil est une sorte d'engourdissement. Le sujet a conscience de ce qu'on lui fait et se figure même qu'il peut réagir, mais il est déjà impuissant. M. Ch. Richet, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, rapporte qu'un de ses amis, étant seulement engourdi et non tout à fait endormi, a particulièrement bien étu-

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 23 août 1882.

(2) *Étude médico-légale sur les attentats aux mœurs.* (Septième édition, 1878, pages 99 et 100.)

(3) Brouardel, *Ann. d'hygiène*, janvier 1879, troisième série, t. I.

(1) Ladame, *la Névrose hypnotique ou le magnétisme dévoilé*, 1881, Neuchâtel et Genève.

dié ce phénomène d'impuissance coïncidant avec l'illusion de la puissance. « Lorsque je lui indique un mouvement, dit M. Richet, il l'exécute toujours, même lorsque, avant d'être magnétisé, il était parfaitement résolu à me résister. »

Dans ce degré de sommeil, la personne hypnotisée s'imagine qu'elle peut résister : en réalité, elle ne résiste pas. Elle se fait donc illusion sur son pouvoir de résistance. Si donc Maria F... affirme qu'elle a voulu repousser son séducteur, mais qu'elle n'avait aucune force, qu'elle a voulu crier, mais qu'elle n'a pas pu, etc., nous devons admettre qu'elle s'imaginait pouvoir crier et résister, mais qu'elle n'en avait pas la volonté, car ce n'est pas la force qui manque pendant le sommeil magnétique, c'est la volonté qui est paralysée. En donnant cette signification aux paroles de Maria F..., et toutes réserves faites quant à la possibilité mensongère, nous pouvons conclure que rien dans son récit n'est en contradiction avec les phénomènes connus du sommeil magnétique ou hypnotique, et que rien n'autorise en conséquence à regarder l'histoire racontée par cette fille comme invraisemblable dans ses traits généraux.

Deuxième question. — Le coït a-t-il pu avoir lieu dans les conditions indiquées et sans qu'elle ait pu se rendre compte des attouchements qu'elle subissait ?

Réponse. — Les opérations les plus douloureuses ont été faites sur certaines personnes plongées dans l'état hypnotique sans qu'elles en aient eu conscience. Nous avons constaté nous-même bien souvent la réalité de cette insensibilité absolue chez certaines hypnotiques. Il est établi cependant que, chez une femme, la sensibilité à la douleur et au contact peut être complètement abolie, sans que pour cela la sensibilité spéciale des organes génitaux soit éteinte. On a souvent observé ce fait chez les hypnotiques dont la sensibilité générale avait disparu, tandis qu'elles conservaient la plénitude de la sensibilité génitale et même une exaltation de cette dernière qui peut aller parfois jusqu'à la nymphomanie. Mais, dans le sommeil hypnotique, on constate l'abolition absolue de tous les modes de la sensibilité, comme dans celui qui résulte de l'action des agents anesthésiques quand le degré du sommeil magnétique est assez profond. Nous devons donc admettre, avec tous les médecins qui nous ont précédé dans cette étude médico-légale, qu'une fille peut être violée dans le sommeil dit magnétique, sans se rendre aucun compte des attouchements qu'elle subit. On comprend néanmoins que la simulation de cas semblables soit des plus faciles, et nous devons émettre toutes nos réserves quant à la possibilité de cette simulation.

Ces réserves faites, nous répondrons à la deuxième question posée ci-dessus :

Oui, le coït a pu avoir lieu dans ces conditions, et sans que la jeune fille ait pu se rendre compte des attouchements qu'elle subissait.

Troisième question. — La volonté était-elle complètement paralysée chez cette jeune fille, et n'a-t-elle pu opposer à son séducteur aucune résistance ?

Réponse. — Toute réserve étant faite quant à la possibilité d'une simulation, et en admettant comme réel le sommeil hynotique provoqué chez la jeune fille, nous répondrons aussi à cette troisième question par l'affirmative. Oui, si Maria F... a été endormie par Louis V... dans les circonstances où elle l'accuse, elle n'a pu opposer à son séducteur aucune résistance. En disant que la volonté est complètement paralysée chez les personnes hypnotisées, il ne faudrait cependant pas en conclure que le magnétiseur peut faire tout ce qu'il veut de son sujet, comme on le lit dans quelques dépositions, entre autres dans celle de la sœur de Maria F..., femme R..., qui a souvent assisté aux expériences de magnétisme faites par Louis V... sur Maria F... Les phénomènes qui peuvent être obtenus par l'opérateur sur la personne qu'il a magnétisée sont soumis aux lois de la physiologie du système nerveux, et spécialement à celles qui régissent les réflexes, — il y a des réflexes ou actes automatiques moteurs, sensibles et psychiques, — comme on nomme dans la science cet ordre de phénomènes. On ne pourra donc obtenir des sujets endormis que certaines représentations bien déterminées et caractéristiques.

Chacun sait combien les expériences publiques des magnétiseurs sont monotones à la longue et peu variées. Le fond de ces exhibitions ne change jamais : c'est toujours l'épingle qu'on passe à travers le bras, puis la contraction totale du corps qu'on suspend entre deux chaises, puis surtout la fascination et son bruyant cortège. En fournissant à un sujet endormi le thème d'hallucinations appropriées, un opérateur habile peut aussi, chez certaines personnes, provoquer des actions en rapport avec le rêve qui se déroule devant leur imagination surexcitée. Il semble alors que l'opérateur a réellement le pouvoir de diriger à son gré la volonté du sujet, tandis qu'en réalité il ne dirige qu'une hallucination. On conçoit cependant combien un pareil état est plein de périls pour le sujet halluciné, qui peut ainsi être amené sans résistance à commettre des actions dont il n'a aucune conscience ni aucun souvenir à son réveil.

Faculté de médecine de Paris. — MM. Chapus, Broca, Tuffier, Ricard, Hache, Wickam, Beurnier et Poupinel sont nommés aides d'anatomie pour trois années, à dater du 1er octobre prochain.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 13406.

N° 112. — JEUDI 28 SEPTEMBRE 1882. 55e ANNÉE. JEUDI 28 SEPTEMBRE 1882. — N° 112.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

A voir comment, depuis la mise à l'ordre du jour des discussions académiques de la grande question de l'hygiène de l'enfance, se débattent les mérites respectifs des divers procédés d'allaitement artificiel, on est tenté de convenir, avec Montaigne, que la plus grande difficulté de l'humaine science semble être en cet endroit où il se traite de la nourriture et institution des enfants. Là où il semble que la nature doive pourvoir à tout, et qu'une bonne nourrice livrée à ses instincts nous donnerait peut-être les meilleures leçons, la science s'embesogne et s'embarrasse dans d'inextricables difficultés théoriques et expérimentales, d'où elle ne semble pas encore près de sortir. C'est la réflexion qui nous venait à l'esprit en entendant hier la nouvelle communication de M. Tarnier. En sortira-t-on avec le système d'expérimentation qu'il propose à l'Académie de prendre à sa charge? Déjà un projet analogue avait été soumis au Conseil municipal de Paris. Qu'en a-t-il décidé? Mais ce Conseil a bien d'autres préoccupations en tête, paraît-il. On en jugera par les révélations contenues dans la nouvelle lettre ci-après, que nous adresse M. Després.

Paris, le 27 septembre 1882.

Mon cher Directeur,

La désorganisation des hôpitaux continue. M. Quentin, directeur de l'Assistance publique, à l'instigation de la commission du Conseil municipal qui a refusé de venir dans une grande réunion publique discuter l'utilité de l'expulsion des religieuses des hôpitaux, se propose, à ce qu'il paraît, de laïciser encore l'hôpital Necker, desservi par les sœurs de charité, et l'hôpital Cochin, desservi par les sœurs Sainte-Marie.

Vos lecteurs ont sans doute présent à l'esprit le fait douloureux qui s'est passé à l'hôpital Cochin, il y a peu de temps. Une malade de la maternité de Cochin (un bâtiment séparé desservi exclusivement par des laïques) a été empoisonnée par un lavement d'acide phénique, par suite d'une erreur de l'infirmière et du défaut de surveillance de la sage-femme et de la surveillante laïque. M. le directeur de l'Assistance publique ne l'a point ignoré. Néanmoins il se propose de renvoyer les religieuses des salles communes de l'hôpital Cochin, mon ancien service, auquel j'ai été attaché pendant neuf ans, et où, de mémoire d'homme, aucun accident de ce genre n'a été observé. On va remplacer les religieuses par des laïques, à la charge de qui, en moins d'un an, il y a deux morts par négligence, un à l'hôpital Cochin, l'autre à la Salpêtrière. Les laïques sont insuffisantes, ce sont les sœurs que l'on expulse!

M. le directeur de l'Assistance publique, sorti du Conseil municipal, et qui en fait encore moralement partie, continue ici de méconnaître l'intérêt des malades; il méprise, en outre, l'autorité désintéressée du corps médical qui a protesté et proteste encore contre des mesures déraisonnables et inutiles au triomphe de la République et de la liberté de penser.

On se demande comment ces choses peuvent se passer. Ministres, préfets, pris à part, reconnaissent la vérité et la sincérité du jugement des médecins sur le régime hospitalier; quelques conseillers municipaux même, et des meilleurs républicains, partagent notre avis; la population parisienne ne demande pas l'expulsion des religieuses des hôpitaux; les journaux républicains sérieux, le *Siècle*, le *Temps*, la *République française*, le *National*, le *Rappel*, le *XIXe Siècle*, la *Justice*, ne la demandent pas davantage. Je ne parle pas du *Journal des Débats* et du *Parlement*, qui ont pris parti pour nous depuis longtemps. Tout semblerait devoir arrêter des hommes soucieux des intérêts qui leur sont confiés. Rien n'y fait.

Je ne trouve plus d'autre raison à invoquer qu'une explication toute médicale. Il y a, en effet, un genre d'aliénation mentale que l'on appelle la folie en commun. Elle consiste en ceci que deux ou trois personnes, douées de raison individuellement, déraisonnent lorsqu'elles sont réunies. Nous assistons aujourd'hui, de temps à autre, grâce à la quasi permanence des assemblées et des réunions, au spectacle de l'aliénation en commun ou folie collective, phénomène que l'on peut observer rétrospectivement dans l'histoire du temps passé. Cinq ou six esprits mal équilibrés ou pervers, dans une réunion d'hommes de facultés moyennes, donnent le ton, le reste suit par un entraînement connu.

Le Conseil municipal n'a pas échappé au danger que lui a fait courir le nombre excessif de ses séances. La laïcisation des hôpitaux est une de ses idées délirantes, et ce qui le prouve, c'est que, comme les idées délirantes ordinaires, elle ne peut être combattue avec succès par aucun avis bienveillant, aucune bonne raison, aucune expérience.

Il est peut-être bon, en thérapeutique mentale, de ne point contrarier des idées délirantes; mais lorsqu'il s'agit de graves intérêts, la complaisance est le pire des périls. Prenons garde que les idées délirantes n'envahissent d'autres assemblées, d'autres milieux. Nous sommes une nation déjà vieille, qui ne peut se permettre longtemps de jouer avec sa raison!

Quant aux malades pauvres, qu'ils se rassurent : on leur enlèvera peut-être leurs meilleures garde-malades, mais ce ne sera qu'un moment à passer. On les leur rendra, parce que, tant qu'il y aura des religieuses dans le monde, ce sont ces femmes qui resteront les plus propres à donner aux malades utilement et honnêtement leur temps et leurs soins.

Dr Armand Després,

Chirurgien à l'hôpital de la Charité, etc.

P.-S. — M. le conseiller municipal Bourneville, dans un discours prononcé à une distribution de prix, dit : « M. Quentin possède, dans l'École d'infirmières laïques, un personnel largement suffisant pour la laïcisation d'au moins trois établissements hospitaliers pour la fin de l'année. » Voici ce qu'il y a de vrai : L'Administration n'a jamais eu un personnel suffisant pour les laïcisations qu'elle a exécutées. On saura le cas qu'il faut faire de cette affirmation du directeur de l'École d'infirmières, quand on apprendra que, pour laïciser l'hôpital de Lourcine, on était si peu prêt, qu'on a dû prendre pour surveillante une simple infirmière sachant à peine écrire ; que l'Administration a proposé, à une de mes infirmières, et sans doute à d'autres, de les nommer d'emblée surveillantes, quoiqu'elles ne connussent même pas de nom les écoles d'infirmières.

HOPITAL NECKER. — M. Potain.

I. Pleurésie ancienne, bronchite actuelle, anhélation profonde. — II. Angine herpétique. — III. Rougeole à éruption hâtive. — IV. Fièvre typhoïde, typhus laryngé.

I. Au n° 37 de la salle des hommes, nous avons un malade auquel nous avons fait autrefois la thoracentèse pour une pleurésie siégeant du côté gauche de la poitrine, et qui est entré ces jours-ci pour quelques accidents de congestion pulmonaire. La pleurésie s'est terminée par la formation d'adhérences qui ont déterminé une diminution de capacité de la cavité pleurale ainsi qu'une rétraction telle de la cage thoracique, que du côté malade la poitrine mesure 2 centimètres et demi de moins que du côté opposé. Quant au rachis, l'âge du malade ne lui a permis de subir aucune déviation.

En examinant avec soin ce malade, vous avez pu remarquer, à gauche, tout d'abord une dépression assez sensible, et vous avez pu constater que le poumon sonne et respire mal. En effet, on observe, en arrière et s'étendant depuis la fosse sous-épineuse jusqu'au quart inférieur de la poitrine, une obscurité notable du son allant presque jusqu'à la matité. De plus, le murmure vésiculaire est faible partout, sans égophonie ni souffle cependant; enfin, les vibrations thoraciques sont un peu atténuées. En un mot, cet homme nous présente au premier abord tous les phénomènes dus à une atélectasie résultant de la rétraction de la cavité pleurale consécutive à une ancienne pleurésie.

Aujourd'hui, cet homme est rentré dans nos salles pour une bronchite de médiocre intensité, mais qui n'en a pas moins, dans les conditions de son poumon gauche, donné lieu à une anhélation bien supérieure à celle que l'on devrait observer si les poumons étaient toujours restés sains.

Il est généralement bien portant dans sa vie ordinaire, ayant été parfaitement guéri de sa pleurésie d'autrefois ; il n'a pas non plus d'oppression malgré l'activité qu'il déploie, même lorsqu'il se livre à quelques mouvements un peu violents. Mais qu'il survienne chez lui, comme en ce moment, une légère inflammation des bronches, immédiatemeut son poumon, diminué déjà comme champ respiratoire, devient alors insuffisant. Il en est de cet homme comme des gens atteints de rétrécissement mitral, qui par une vie calme, tranquille, ne souffrent que peu ou point de leur lésion, jusqu'au jour où la circulation est soumise à une suractivité anomale, par suite d'un exercice violent ou d'une course précipitée.

Ce sont là, les uns et les autres, des gens que l'on pourrait appeler des insuffisants.

En résumé, notre malade a donc une bronchite peu intense, sans fièvre notable, mais accompagnée d'une grande anhélation. Cette dernière est à peu près sans indication thérapeutique, car nous n'avons aucun moyen de faire disparaître l'atélectasie pulmonaire qui en est la cause. Néanmoins une médication thermale, telle par exemple que l'emploi de douches sulfureuses chaudes, peut rendre encore quelques services, non pour combattre l'insuffisance pulmonaire, mais pour calmer l'élément douleur qui accompagne souvent, en pareil cas, la bronchite.

II. Dans la salle des femmes, au lit n° 3, nous avons une malade assez intéressante. Il s'agit d'une angine un peu spéciale, qui date aujourd'hui de quatre jours. La maladie a débuté par de la gêne dans la déglutition, et lorsque cette femme est arrivée hier dans le service, elle avait une fièvre assez intense, en même temps que l'on apercevait sur l'amygdale droite une plaque blanche, molle, rentrant, en apparence du moins, dans ce que l'on appelle l'angine pultacée.

Aujourd'hui la plaque a disparu, et nous ne trouvons plus, à sa place, qu'une surface rouge, mais sans exsudation. Par contre, l'amygdale, qui était restée saine jusqu'alors, est prise à son tour et présente un point blanc gros comme une tête d'épingle, entouré d'une auréole rouge très-prononcée. Par suite, notre premier diagnostic se trouve infirmé; il l'est même d'autant plus que nous trouvons l'interprétation des phénomènes amygdaliens sur le côté gauche de la lèvre inférieure. En effet, il existe là un groupe typique de vésicules d'herpès.

L'angine est donc tout simplement une angine herpétique, et les phénomènes que l'on aperçoit au fond de la gorge sont de même nature que ceux que l'on voit sur la lèvre, et les seules différences d'aspect que l'on constate tiennent à la différence des tissus sur lesquels la maladie s'est développée.

Pour voir sur la gorge les vésicules d'herpès analogues à celles des lèvres, il faut pouvoir examiner le pharynx juste au moment où la vésicule apparaît.

Cette petite tache herpétique de la gorge est presque éphémère, et si d'autres vésicules ne viennent pas se surajouter à elle, dès demain elle aura disparu à son tour, et, à sa place, on apercevra seulement un point rouge comme celui que l'on constatait ce matin sur l'amygdale droite, entouré d'une zone rouge plus prononcée. Le pronostic est des plus bénins et quelques gargarismes émollients ou astringents suffiront à guérir cette angine.

III. Le malade du n° 3 de la salle Saint-Luc est un homme atteint de rougeole. Le début de la maladie remonte à six jours. L'éruption date de quatre jours; elle est caractérisée par des taches rosées, disséminées, qui laissent entre elles des parties absolument saines. Ces taches commencent aujourd'hui à prendre une teinte cuivrée, brune, et tendent à disparaître.

Les phénomènes généraux ont été et sont encore peu intenses. Il existe seulement un peu de mal de gorge et une bronchite légère. De telle sorte que la maladie est réellement bénigne. Aussi n'en aurais-je rien dit dans ces leçons, si l'éruption n'avait présenté certaine particularité, je veux parler de la rapidité avec laquelle l'éruption est apparue, c'est-à-dire après une période prodromique qui, si le malade ne nous a pas trompés, n'aurait pas dépassé une durée de quarante-huit heures.

IV. Il me reste maintenant à vous présenter les pièces anatomo-pathologiques d'un malade qui était entré dans notre service au septième jour d'une fièvre typhoïde. Les phénomènes morbides étaient alors très-accentués, mais assez bénins, bien que la maladie revêtît une forme adynamique incontestable.

Cet homme en était à peu près arrivé à la phase de guérison, lorsqu'il a été pris assez subitement d'accès de toux violente, d'une bronchite et d'une laryngite très-intenses. La déglutition, difficile dès les premiers jours de cette complication, est devenue tout à fait impossible. Le malade ne pouvant plus s'alimenter naturellement, force nous a été, pour lutter contre l'inanition, de chercher à le nourrir au moyen de la sonde œsophagienne. Néanmoins, et malgré tous nos efforts, cet homme a succombé il y a deux jours.

L'autopsie a pu en être faite; elle nous a montré une congestion intense des poumons droit et gauche, un larynx dont l'épithélium, soulevé, épaissi, était recouvert d'un enduit pultacé s'étendant jusqu'au bord de l'épiglotte, enfin un certain degré de suppuration des bronches. Quant à l'intestin, il était en voie de guérison. La rate avait le volume que l'on constate ordinairement chez les sujets atteints par la fièvre typhoïde. Enfin le cerveau était un peu congestionné.

Cet homme, en résumé, n'a donc pas succombé à la fièvre typhoïde, mais à une laryngite typhique, au typhus laryngé, non pas qu'il soit mort par asphyxie: le gonflement était insuffisant pour obstruer le canal aérien, et, du reste, il n'y a eu aucun accès de suffocation. Il est mort par épuisement, tandis que dans les derniers moments il survenait, nouvelle complication, une congestion pulmonaire intense.

ORIGINES DE LA MÉTALLOTHÉRAPIE (1)

III

HISTOIRE DE SES DIFFÉRENTES PHASES ET APPLICATIONS; SES DOCTRINES, LES RÉSULTATS QU'ELLE A DONNÉS ET LES PROCÉDÉS QUI LA CONSTITUENT.

Par le docteur V. BURQ.

L'histoire de la longue évolution de la métallothérapie peut se diviser en trois grandes périodes. La première s'ouvre en 1848 par son entrée en scène à l'hôpital Cochin, et se continue sans interruption jusqu'en l'année 1860. Durant ces douze années, on vit la métallothérapie faire successivement ses preuves à l'hôpital Cochin, au Val-de-Grâce, à la Salpêtrière (une première fois en 1849 et 1850), à l'Hôtel-Dieu, à la maison Dubois, à l'hôpital Necker, etc., et se multiplier, pour ainsi dire, pour obéir à toute réquisition. C'est la période d'activité et de foi en la justice des hommes auxquels incombe la noble tâche de mettre en lumière toutes les conquêtes nouvelles de la science, activité sans relâche et que rien ne peut lasser, dont les étapes principales furent marquées par différentes publications qui viendront dans ce travail à leur place.

Il y a aussi à distinguer dans cette première période deux époques bien tranchées : 1° Celle du début, — de 1848 à 1852, — où il n'est encore question que de l'emploi externe des métaux et qui se scinde elle-même en deux phases distinctes, celle où la métallothérapie est exclusivement *monométallique*, c'est-à-dire se fait toujours avec un seul et même métal, le cuivre, et la phase où le *polymétallisme* vient s'y ajouter par la notion des différentes idiosyncrasies ou sensibilités métalliques; 2° L'époque postérieure à l'apparition de la métallothérapie interne. A partir de ce moment, en 1862, la métallothérapie externe tend de plus en plus à se voir reléguée au second plan.

La deuxième période commence vers l'année 1860. A cette date, la nouvelle thérapie a déjà singulièrement étendu son domaine. Mais la fatigue a fini par s'emparer de l'auteur; le silence persistant des juges qu'il avait cent fois invoqués, le persiflage ou les dédains qu'il a rencontrés presque partout, l'ont profondément troublé, si bien que, désespérant d'obtenir justice, nous cessons toutes nos pérégrinations dans les hôpitaux, nous mettons notre plume au repos et nous cherchons une diversion dans d'autres travaux.

Huit années après, en 1868, nous tentons de rouvrir la lutte et, à cette fin, nous portons la métallothérapie à l'hôpital Lariboisière. Mais, malgré le concours que nous prête la *Gazette des Hôpitaux*, qui fut toujours pour nous exceptionnellement hospitalière, — nous ne saurions ne pas saisir cette occasion pour lui en exprimer publiquement notre profonde gratitude, — notre voix n'est point écoutée davantage, et bientôt la maladie vient nous fermer la bouche. C'est le silence d'abord, puis la nuit, — nuit si profonde et d'une telle durée que, durant cinq années, beaucoup purent croire avec raison que c'en était fait de la métallothérapie et de son inventeur.

Enfin voici venir l'année 1876, et avec elle une troisième période inespérée, période de réparation. Contre toute attente, nous revenons à une santé relative. A peine en est-il ainsi, qu'obéissant à une pensée dominante, qui n'avait cessé d'être une espérance toujours vivace jusqu'au milieu de nos plus mauvais jours, nous sortons de notre retraite pour tenter le sort d'une dernière campagne; et, comme nous n'avons plus aucun temps à perdre, c'est sur un terrain indiscutable, à la Salpêtrière, que nous portons nos pas, si mal assurés encore, que plus d'une fois nos forces nous trahiront.

C'est l'histoire de ces trois longues périodes qui embrassent ensemble plus d'un quart de siècle ; c'est l'historique de nos différents travaux et des découvertes diverses qui les ont marqués, que nous allons tracer aussi sommairement que possible. Si nous

(1) Suite. — Voir le numéro du 11 juillet 1882.

n'avons point su faire plus court, les raisons ne manqueront point, nous l'espérons, pour nous en exonérer.

PREMIÈRE PÉRIODE (DE 1848 A 1860).

A. *Débuts de la métallothérapie externe : ses premiers succès à l'hôpital Cochin dans l'hystérie et contre les crampes des cholériques.* — Nous voici en 1848, à l'hôpital Cochin, sous M. Nonat. Parmi les malades du service de chirurgie il se trouvait une hystérique type, déjà traitée sans succès dans divers services, dans celui de M. Gendrin, à la Pitié, notamment, pendant toute une année, pour laquelle M. Maisonneuve nous avait autorisé, en désespoir de cause, à essayer l'action du magnétisme.

La tentative était hardie. Picardel (Pauline), c'était le nom de la malade, — nom qui certainement réveillera plus d'un souvenir parmi nos camarades de l'époque, — était, en effet, cruellement affligée. Outre de formidables attaques, une aménorrhée absolue. une parésie générale qui l'obligeait à se tenir presque constamment couchée, etc., elle avait une paralysie complète de la vessie, avec polyurie qui nécessitait de la sonder toutes les cinq ou six heures. Cependant, disons-le tout d'abord, nous atteignîmes le but. Le traitement fut long, il ne dura pas moins de sept mois (du 25 septembre 1848 au mois de mai suivant); il nous demanda beaucoup de peine, il nous suscita maintes difficultés; il y eut de nombreuses péripéties, mais enfin la guérison de Pauline et une ample moisson de faits nouveaux, consignés soigneusement dans les procès-verbaux de toutes nos séances, qui forment presque la matière de tout un volume, nous en dédommagèrent grandement : dédommagement tout intime, ajoutons-le, car jamais d'autres yeux que les nôtres ne fouillèrent dans ces procès-verbaux, et, à cette heure encore, l'observation de Picardel attend de voir le jour, malgré tout l'intérêt qu'elle présente.

Dès les premiers jours du traitement magnétique, la malade se montra souvent prise, à son réveil, de divers spasmes thoraciques très tenaces. Un soir que la violence des accidents était plus grande que de coutume, et où l'heure déjà avancée de la nuit nous donnait le plus vif désir de rétablir un calme dont les voisines de la malade avaient, comme elle, le plus grand besoin, il nous vint à la pensée de les combattre par les mêmes moyens qui nous avaient déjà servi maintes fois à défaire les spasmes provoqués intentionnellement dans l'état magnétique. En conséquence, une grande plaque de laiton est appliquée sur l'épigastre de la malade. Moins de deux minutes après, étouffements, palpitations et vomissements avaient disparu, et Pauline ne tarda point à s'endormir d'un sommeil calme qui ne fut plus troublé de tout le reste de la nuit.

Au bout de deux ou trois jours, mêmes accidents et mêmes bons effets de la plaque de laiton. Après quelques moments du plus grand calme, nous la retirons, à dessein, et presque tout aussitôt les troubles thoraciques reparaissent avec leur intensité première. La plaque est réappliquée, et suit un calme qui vient témoigner itérativement en faveur des propriétés antispasmodiques de l'application externe du cuivre. Cependant, les accidents auxquels nous venions d'avoir affaire n'étant que provoqués, artificiels, pour ainsi dire, il nous fallait mieux pour ne plus avoir aucun doute sur ces propriétés.

Tous les quatre jours, le soir, à peu près à la même heure, Pauline avait une grande attaque, qui s'accompagnait de perte complète de connaissance, et durait, en général, plusieurs heures. Le 15 décembre, vers cinq heures, arrivent les prodromes habituels de la crise convulsive; mais ce n'est que trois heures plus tard, à huit heures, que celle-ci a lieu. La malade étant couchée sur un lit élevé, sans dispositions spéciales pour la protéger contre une chute imminente, cinq personnes se jettent sur elle pour la maintenir : elles y parviennent à grand'peine, tant est grande la violence de l'attaque. Nous restons un moment spectateur des désordres en nous demandant déjà quel peut bien être le but d'une aussi prodigieuse dépense de force nerveuse, et comment il peut se faire que les muscles d'une frêle créature, presque paralysée à l'état ordinaire, peuvent, sans se rompre, se contracter avec une si effroyable énergie; puis, saisissant les différentes pièces d'une armature que nous avions fait faire tout exprès, et qui se composait de deux bracelets en cuivre, de 5 à 6 centimètres de largeur, pour chaque membre, de deux ceintures un peu plus larges pour le tronc et d'une couronne pour le front, nous les appliquons au plus fort d'un accès.

Au fur et à mesure que se fait cette application, les spasmes diminuent de violence, le bassin ralentit ses projections et la dernière pièce de l'armature n'est point encore posée, que la malade a déjà cessé toutes ses vociférations, recouvré connaissance et prié les aides ébahis de lui laisser la liberté de ses membres. Un peu plus tard, elle est calme, presque immobile, sur le dos. Seulement, un peu de raideur des muscles, l'absence de toute sensibilité périphérique, de l'embarras dans les idées et la parole, quelques douleurs vagues et des tiraillements dans les membres, joints à une certaine agitation, semblent témoigner que tout n'est point encore fini. Pour nous en assurer, nous *désarmons* un bras, et tout aussitôt les désordres musculaires y reparaissent; puis, les anneaux remis en place, ce membre reprend sa demi-souplesse. Nous faisons la même expérience sur une jambe, et là aussi nous déterminons ou nous faisons cesser à volonté les contractions. Cela ne nous suffisant pas encore, nous retirons toute l'armature, et le dernier bracelet n'a pas été enlevé, que déjà l'attaque est revenue : au bout de deux ou trois minutes, elle est à son paroxysme; mais, les anneaux réappliqués, elle disparaît de nouveau comme si un pouvoir magique eût soufflé dessus. Cependant ce n'est qu'après dix ou quinze nouvelles minutes, toutes passées avec calme sous les anneaux, qu'une détente générale avec souplesse complète des membres, précédée d'un fourmillement par tout le corps, nous avertit que nous pouvions enfin retirer impunément l'armature. A peu de jours de là, mêmes effets des armatures sur une deuxième hystérique qui appartenait, elle, au service de M. Nonat.

Voilà quelles furent les premières applications que nous fîmes des propriétés antispasmodiques du cuivre, en dehors de l'état magnétique; voilà la première dette que la métallothérapie contracta envers le magnétisme animal.

Mais le cuivre pouvait-il convenir dans tous les cas d'hystérie, ou, en d'autres termes, la métallothérapie devait-elle rester confinée dans le *monométallisme !* D'autre part, l'action des armatures, que jusqu'en février 1850 nous n'osâmes jamais croire que palliative, pouvait-elle finir par devenir curative? Qu'en attendre ensuite contre des troubles musculaires autres que ceux propres à l'hystérie, dans les crampes des cholériques, par exemple, ou même contre les attaques d'épilepsie, contre la chorée, etc., etc. ?

Nous en étions encore à ce point de nos succès et de nos espérances, lorsque l'épidémie de choléra de 1849 vint nous fournir l'occasion de répondre, par anticipation, à ceux qui ont pu croire que c'étaient nos observations sur l'immunité cholérique des ouvriers en cuivre qui nous avaient conduit à appliquer ce métal au traitement des crampes dans le choléra.

Il pourrait être intéressant pour ceux qui l'ignorent de rappeler dans quelles circonstances et sous quelle forme se firent nos premières applications métalliques sur les cholériques de l'hôpital Cochin d'abord, et les succès qu'elles obtinrent successivement au Val-de-Grâce, à la Salpêtrière, à l'Hôtel-Dieu, etc. Mais les faits sont trop notoires, ils ont été trop bien établis par les témoignages de Rostan, Michel Lévy, Nonat, Bouchut, A. Richard, etc., et sanctionnés par l'Administration supérieure elle-même, sur avis conforme du Comité consultatif d'hygiène publique, pour que nous ne nous croyions point dispensé de faire autre chose que citer les paroles par lesquelles le professeur Rostan a caractérisé les services que nos armatures avaient rendus au cours de l'épidémie de 1849 :

« Ce sont surtout les phénomènes cérébraux (du choléra) qui ont appelé l'attention. C'est contre eux qu'on a déployé le plus grand nombre de moyens... Mais un moyen spécial que nous ne devons pas passer sous silence, c'est celui que M. Burq a emprunté à la physique, et qui consiste à entourer les membres et le tronc des cholériques de plaques de cuivre. *Vous avez vu ce moyen employé*

dans nos salles presque toujours avec succès, contre les crampes, les suffocations, les anxiétés précordiales, etc. » (V. la *Gazette des Hôpitaux* de novembre 1849. Leçons cliniques de Rostan sur le choléra.)

Durant l'épidémie de 1849, nous eûmes trop affaire avec les cholériques pour qu'il nous fût donné de pouvoir poursuivre nos premières expériences sur de nouvelles hystériques. Cependant une de ces malades se présenta à nous avec des accès de somnambulisme naturel. On l'a vue plusieurs fois se lever la nuit, ouvrir sa fenêtre et faire, fort peu vêtue, la tentative d'excursions périlleuses. Nous prescrivons l'application de quatre bracelets en cuivre, un pour chaque membre, le soir à son coucher, et désormais Mlle X... cesse de se lever et peut dormir sans porter le trouble dans son entourage.

LA NÉVROSE HYPNOTIQUE DEVANT LA MÉDECINE LÉGALE

DU VIOL PENDANT LE SOMMEIL HYPNOTIQUE (1). RAPPORT MÉDICO-LÉGAL.

Par M. le docteur Ladame, de Neuchâtel (Suisse).

III

Quatrième question. — La conception est-elle possible lorsque la femme est dans un état d'insensibilité absolue ?

Réponse. — Oui, la conception est possible dans cet état. Pour l'accomplissement de la fécondation il n'est pas nécessaire que les femmes — ni les hommes — éprouvent des émotions voluptueuses : il suffit pour cela que le sperme soit éjaculé, ou injecté de suite après l'éjaculation, dans les parties sexuelles de la femme et arrive au contact d'un ovule. La seule condition nécessaire à la fécondation, c'est la rencontre matérielle du sperme et de l'œuf vivants dans l'appareil génital interne de la femme. On connaît plusieurs cas bien avérés où l'ivresse, le narcotisme, la catalepsie, l'accès épileptique, l'imbécillité, l'idiotisme, n'ont pas empêché la conception d'avoir lieu ; il n'est donc pas douteux qu'une femme violée dans un état d'insensibilité absolue puisse concevoir. On a pu révoquer en doute la possibilité de la conception dans les cas de ce genre, à une époque où l'on admettait, pour que celle-ci ait lieu, la nécessité d'une certaine participation active des sens de l'homme et de la femme.

Actuellement il suffit de poser la question, comme elle est formulée ci-dessus, pour la résoudre ; les expériences des physiologistes sur la fécondation artificielle et les observations des médecins ont mis hors de doute la possibilité de la conception dans les circonstances les plus défavorables en apparence, et un homme accusé de viol ne pourra plus alléguer la grossesse de la femme comme preuve que le coït a eu lieu de consentement mutuel.

Après avoir répondu aux quatre questions qui nous ont été plus spécialement posées par M. le procureur général, il nous reste à envisager le cas qui nous est soumis sous une autre face, celle qui s'est exprimée par les résultats de l'enquête de M. le juge d'instruction de la Chaux-de-Fonds, qui conclut de la manière suivante dans sa lettre du 20 février 1882 :

« Il résulte pour moi de cette enquête que les dires de la fille F... sont faux et qu'elle les a inventés pour obtenir une place à la Maternité de Berne pour son accouchement. Jusque-là, elle n'a rien dit à personne. Je puis me tromper, mais tout cela me fait l'effet d'un chantage. »

Existe-t-il un moyen d'éclairer cette question douteuse, et pouvons-nous arriver à savoir d'une manière certaine s'il s'agit ici, oui ou non, d'un chantage ou d'un crime ? En l'absence de tout témoin étranger à la scène qui s'est passée entre Louis V... et Maria F... la veille de Noël, nous devons conclure qu'il est impossible d'affirmer que cette fille a été réellement hypnotisée dans un but criminel par Louis V...

(1) Fin. — Voir le numéro du 26 septembre 1882.

Cependant il y a peut-être un moyen de le savoir, moyen bien nouveau et bien délicat, que je mentionne sous toutes réserves et qui a déjà été employé et expérimenté devant la chambre des appels correctionnels de la Seine au commencement de l'année dernière (1).

Le cas de M. le docteur Motet nous offre la démonstration d'un fait qui est pour ainsi dire constant dans le sommeil hypnotique ; c'est que le souvenir de ce qui s'est passé dans un premier sommeil revient chez la personne endormie toutes les fois qu'on provoque chez elle une nouvelle attaque d'hypnotisme, quand bien même au réveil ce souvenir a complètement disparu et qu'il s'est écoulé dès lors un temps assez long. C'est ainsi que le docteur Macario (2) publie l'observation d'une jeune somnambule qui fut violée pendant un accès. Éveillée, elle n'avait pas connaissance de l'outrage dont elle avait été victime, de même que les meurtriers somnambules n'ont pas connaissance de l'acte qu'ils viennent de commettre ; mais, dans l'accès suivant, l'activité automatique inconsciente du cerveau, qui seule avait été impressionnée par le viol, rappela cette impression, la révéla par la parole, et la mère de cette jeune fille, présente à cette révélation, connut alors le crime. Car, s'il n'existe dans les archives de la médecine légale que les quatre cas authentiques dont nous avons donné le résumé dans ce travail, il n'en faudrait pas tirer la conclusion que les faits d'outrage et de viol soient rares dans les annales du magnétisme. Au contraire, dès les débuts du mesmérisme, on a signalé les désordres et les conséquences déplorables, pour la moralité publique, que pouvaient provoquer les pratiques et les manœuvres des magnétiseurs (3).

Il pourrait sembler, d'après ce que nous venons de dire, que rien n'est plus facile que de déterminer d'une manière certaine, dans un cas donné, si le viol a eu réellement lieu pendant le sommeil hypnotique ou s'il s'agit d'un chantage. Il suffirait pour cela d'endormir la personne qui a subi l'outrage : elle révélerait alors pendant l'état hypnotique tous les détails de la scène qui s'est passée entre elle et son séducteur. En réalité, rien n'est plus délicat que cette expérience, et nous pensons que jamais peut-être on ne fondera sur elle un jugement motivé. On doit se rappeler, en effet, que les hypnotiques sont sujets à des rêves et à des hallucinations qu'ils prennent pour des réalités et dont ils décrivent les détails avec la plus grande précision. Il est vrai que le souvenir de ce qui s'est passé dans une précédente attaque d'hypnotisme revient avec netteté et persistance dans les attaques subséquentes et qu'ainsi, dans certains cas, on peut obtenir la révélation de ce qui a eu lieu pendant un premier accès. Le cas de D..., publié par le docteur Motet, nous en fournit un exemple frappant. Mais, d'un autre côté, on ne saurait trop se mettre en garde contre les dangers d'une semblable expérience, et nous reproduirons, en terminant, le passage suivant de la *névrose hypnotique*, où nous avons traité ce sujet de l'importance de l'hypnotisme au point de vue de la médecine légale, passage qui servira de conclusion générale à ce travail.

Les exemples que nous avons cités montrent que le somnambulisme provoqué peut donner lieu à des révélations importantes ; mais qui oserait, même dans une circonstance légère, motiver son jugement d'après les aveux ou les accusations d'un somnambule ?

Les personnes névropathiques sont portées à tromper de bonne foi, pour ainsi dire, à mentir sans raison et sans but. C'est là un des symptômes de l'hystérie, et bien souvent nous avons pu constater la tendance à l'exagération et aux fausses interprétations chez les sujets hypnotiques.

Nous ne pensons donc pas qu'on se serve jamais de l'hypno-

(1) Motet, *Ann. d'hygiène publique et de méd. légale*, 1881, p. 214.

(2) Macario, *Du Sommeil, des rêves, du somnambulisme*, etc. Lyon, 1857.

(3) Voir le rapport secret de S. Sylvain Bailly : Rapport des commissions chargées par l'Académie des sciences de l'examen du magnétisme animal, Paris, 1784.

tisme pour arracher aux sujets la confession de secrets cachés au fond de leur cœur, ou pour divulguer les confidences qu'une personne accusée aurait pu leur faire. Non, si l'étude de l'hypnotisme peut avoir un résultat utile en médecine légale, c'est, au contraire, dans un sens tout opposé au précédent. En faisant mieux connaître les étranges aberrations que l'hystérie et la névrose hypnotique amènent dans l'intelligence, cette étude suscitera un doute salutaire sur la validité des témoignages et sur la validité même des aveux d'un accusé.

Si le mot *sorcellerie* fait aujourd'hui sourire, si le somnambulisme qui se produit sur les foires et dans les théâtres, si quelques médecins qui donnent aux badauds de salon des séances de magnétisme amusant, représentent aujourd'hui, comme le dit le docteur Mathias Duval (1), les derniers vestiges de ce qui fut autrefois une puissance redoutable, il n'en est pas moins vrai de dire que la magie et la sorcellerie, qui se sont transformées avec la civilisation en se présentant à nous sous les noms de magnétisme animal et de spiritisme, un autre poison de l'esprit, méritent à tous égards de fixer l'attention des savants, des médecins et des législateurs.

Voici les conclusions qui terminent le rapport médico-légal que j'ai eu l'honneur d'adresser à M. le procureur général de la République du canton de Neuchâtel, sur l'affaire Louis V... :

« En récapitulant les principaux faits mis en lumière par le rapport ci-dessus, nous pouvons prendre les conclusions suivantes :

« 1° Nous devons admettre que Maria F... a pu être violée par Louis V... après avoir été plongée par ce dernier dans le sommeil *magnétique* ou *hypnotique*. Dans cet état, elle n'a pu s'opposer à l'outrage qu'elle subissait et elle n'a conservé aucun souvenir de ce qui s'est passé, ou seulement un souvenir confus d'une partie de la scène.

« 2° La conception a très-bien pu être la suite du viol, et la date de l'accouchement de cette fille démontre que le moment de la fécondation coïncide avec l'époque du viol présumé.

« 3° En l'absence d'une expertise médico-légale faite immédiatement après la scène qui se serait passée la veille de Noël, il est impossible d'affirmer actuellement que Maria F... a été réellement endormie dans un but criminel et violée ce soir-là par Louis V...

« 4° Il serait sans doute facile d'obtenir une description détaillée de cette scène en hypnotisant Maria F..., mais l'expérience est très-délicate et peut induire en erreur par le fait que dans le sommeil hypnotique on peut suggérer volontairement ou involontairement à la personne endormie des rêves et des hallucinations dont elle décrit les détails avec une précision étonnante.

« Cette description peut en imposer et faire croire faussement à la réalité de la scène rêvée par l'halluciné.

« 5° Quoi qu'il en soit, la démonstration du sommeil hypnotique provoqué chez Maria F... sera toujours un élément important pour l'enquête de cette affaire, mais les résultats obtenus par ce moyen ne pourront en aucun cas servir de témoignage suffisant pour motiver un jugement décisif et certain. »

La chambre des mises en accusation rendit un arrêt de non-lieu, dont voici les principaux considérants :

« Attendu que le récit de l'état physiologique dans lequel Maria F... dit s'être trouvée dans la circonstance indiquée — la veille de Noël, — n'est pas la démonstration absolue de la vérité de ce récit, puisque, hypnotisée en d'autres circonstances, il lui était facile de donner une description exacte de ce genre de phénomènes;

« Attendu que, d'autre part, Louis V... dit qu'au moment où il rentrait à la maison il a rencontré les époux B... qui venaient de souper, les a priés de l'attendre, n'a soupé que d'une assiette de potage et s'est hâté de les rejoindre dans la rue au bout de quelques minutes ;

(1) Mathias Duval, in *Nouveau Dictionnaire de méd. et de chir. pratiques*, article HYPNOTISME.

« Attendu que ce récit est confirmé par plusieurs témoins ;

« Attendu que l'enquête établit que la fille Maria F... mène une vie peu régulière ;

« Attendu, d'autre part, qu'il y a lieu d'être surpris que la fille Maria F... n'ait jamais porté plainte contre l'auteur des actes dont elle se disait victime, et qu'elle se soit bornée à les révéler au pasteur de la paroisse allemande de La Chaux-de-Fonds, au moment où elle cherchait à obtenir, par la recommandation de celui-ci, son admission à la Maternité de Berne, etc., etc. ;

« Par ces motifs, et d'autres que nous passons sous silence, la chambre d'accusation prononce qu'il n'y a pas lieu de donner suite à cette enquête, et ordonne le dépôt du dossier au greffe du tribunal criminel. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 septembre 1882. — Présidence de M. BOULEY.

CORRESPONDANCE

Elle comprend : 1° une lettre de remerciements de M. le docteur Mayor (de Genève), lauréat de l'Académie ; 2° une note de M. le docteur Netter (de Nancy) sur le moyen de prévenir l'inhumation prématurée des cholériques par l'injection dans l'estomac d'une grande quantité d'eau ; 3° une note de Mme Brès, docteur en médecine, relative à l'analyse du lait des femmes Galibis du Jardin d'acclimatation.

LECTURES

Variolisation et vaccine. — **M. BLOT**, à l'occasion de la communication faite dans la dernière séance par M. Bouley, au nom de M. Peuch, sur la clavelisation, présente les considérations suivantes :

Il trouve dans l'une des observations formulées par M. Bouley une pensée qui, partant de cette tribune et d'une voix aussi autorisée, pourrait, suivant lui, devenir l'occasion d'une application dangereuse. Il a dit en parlant des recherches de M. Peuch : « Il y a là une indication toute naturelle, pour les médecins qui exercent en Afrique, de répéter sur la population arabe, avec le virus varioleux atténué par dilution, les injections sous-cutanées de ce virus varioleux, pour remplacer la vaccination à laquelle elle ne se soumet pas volontiers. » C'est contre cette invitation directe faite à nos confrères d'Afrique que M. Blot s'élève. Et d'abord, dit-il, cette résistance si grande des Arabes à la vaccination a cessé depuis de longues années : il suffit, pour en avoir la preuve, de prendre connaissance des très-nombreux travaux que nous adressent chaque année nos confrères de l'armée sur ce sujet. Grâce à la pratique des vaccinations, ils ont pu maintes fois enrayer des épidémies varioleuses très-graves qui menaçaient de faire de nombreuses victimes parmi nos colons et nos soldats.

En second lieu, si le conseil donné par M. Bouley était suivi, on ne ferait ni plus ni moins que substituer au vaccin, comme moyen prophylactique de la variole, le virus varioleux. Or c'est là, je ne crains pas de le dire, une idée dangereuse, même en employant du virus dilué, dont l'action peut varier sur les différents individus. Cette pratique est dangereuse par les motifs suivants :

Elle est dangereuse d'abord pour l'inoculé. Vous ne pouvez savoir exactement ce que vous produirez avec le virus varioleux, même dilué. Il pourra se faire, sur certains sujets, des éruptions générales plus ou moins abondantes, plus ou moins dangereuses, peut-être même mortelles ; quand vous avez à votre disposition un moyen aussi simple, aussi sûr et aussi inoffensif que la vaccine.

Ce précepte ne doit jamais être oublié quand les motifs de l'action thérapeutique ne sont pas établis sur des faits nombreux et incontestables. Or les expériences de M. Peuch sont encore trop peu nombreuses pour qu'on puisse en tirer des conclusions définitives. Qu'on renouvelle donc ces expériences sur des animaux,

rien de mieux; mais sur des êtres humains alors que nous possédons un moyen inoffensif et qui a fait ses preuves, M. Blot s'y refuse.

M. Blot se résume en disant à ses confrères d'Afrique : Attendez prudemment que la démonstration soit parachevée et encore les quelques cicatrices vaccinales que laisse l'opération de Jenner ne peuvent être comparées aux accidents graves auxquels peuvent donner lieu les injections sous-cutanées de virus varioleux, même atténué par la dilution.

Quant au procédé de vaccination sous-cutanée de M. J. Guérin, M. Blot ne voit pas comment on pourra faire ces injections sans contaminer la plaie d'entrée; d'ailleurs, dans les questions d'inoculations préservatives, on oublie trop la réceptivité individuelle. Or comment savoir d'avance le degré de réceptivité pour la variole des individus soumis à la variolisation?

Pour tous ces motifs, dit M. Blot en terminant, je répète que, dans l'état actuel de la science, nous n'avons aucun moyen prophylactique de la variole qui puisse être sagement préféré à la vaccine.

MM. BOULEY et J. GUÉRIN retiennent la parole pour répondre à M. Blot dans la prochaine séance.

Allaitement artificiel. — M. TARNIER commence par rappeler que les critiques qu'il a adressées il y a quelques semaines du haut de cette tribune aux biberons de toutes formes et aux différentes variétés de lait conservé, ont eu pour effet de faire tomber chez lui une avalanche de biberons prétendus perfectionnés et de flacons et boîtes de lait conservé. Il n'en continue pas moins, à la Maternité, à faire donner le lait à la cuillère ou à la timbale, quand l'enfant ne peut pas être nourri au sein, aucun de ces biberons ni aucune de ces différentes boîtes de lait conservé ne valant absolument rien pour les enfants nouveau-nés.

Ce qu'il a dit en faveur du lait d'ânesse a eu un autre effet, celui de le faire accuser de nuire, involontairement peut-être, à l'allaitement maternel. C'est là une erreur complète, contre laquelle M. Tarnier proteste de toutes ses forces.

On ne saurait trop, au contraire, dit-il, encourager les Sociétés de bienfaisance qui viennent au secours des femmes pauvres qui allaitent leurs enfants.

M. Tarnier examine ensuite successivement l'allaitement à tous ses points de vue, l'allaitement mixte, l'allaitement par une nourrice.

Dans les cas où l'allaitement par le lait de femme n'est pas possible, que faire? L'allaitement artificiel? Partout cet allaitement est mauvais, à Paris il est désastreux, et il cite à l'appui les chiffres des relevés statistiques de M. Bertillon.

Dans ces conditions, il appartient à l'Académie de médecine de prendre en mains la cause de ces victimes de l'allaitement artificiel. Que par son avis elle arrive à sauver le tiers seulement des enfants mourant d'athrepsie par le biberon, et c'est plus de mille enfants qui lui devront la vie chaque année pour Paris seulement, et le bienfait ne tardera pas à s'étendre sur toute la France. L'Académie ferait ainsi une œuvre de haut patriotisme qui favoriserait l'accroissement de la population.

M. Tarnier, après avoir évoqué le souvenir de Boudet et rappelé un des plus éloquents passages d'un des discours prononcés par lui à l'Académie sur ce sujet, termine par les conclusions suivantes :

1° La vie des enfants du premier âge ne peut être bien sauvegardée que par l'allaitement maternel. Celui-ci doit donc être encouragé par tous les moyens possibles.

2° Si le lait de la mère est insuffisant, il convient d'y suppléer par l'allaitement mixte.

3° L'allaitement par une nourrice favorable pour le nourrisson est dangereux pour l'enfant de la nourrice.

4° L'allaitement artificiel est de beaucoup inférieur à l'allaitement par le lait de femme; il est toujours entouré de grands dangers, quoi qu'on fasse et quel que soit le lait employé, en quelque lieu que ce soit; il ne faut donc y avoir recours que lorsqu'il est absolument impossible de faire autrement.

5° Pour tâcher d'amoindrir les dangers fatalement inhérents à l'allaitement artificiel, il serait très-utile que les nombreuses questions qui s'y rattachent pussent être expérimentalement étudiées par l'Académie elle-même.

6° Il est à désirer qu'une étable d'essai, pour vaches et ânesses, soit établie dans l'un des quartiers de Paris et fournisse gratuitement aux familles pauvres de ce quartier le lait destiné aux enfants du premier âge.

7° Une statistique comparative montrerait bientôt quelle influence le lait fourni par l'étable d'essai peut avoir sur la mortalité des enfants; si la statistique était favorable, la création d'étables modèles serait généralisée dans la ville de Paris suivant les besoins de la population.

8° Une crèche destinée à recueillir des enfants abandonnés serait annexée à l'étable d'essai. Ces enfants y seraient élevés au moyen de l'allaitement artificiel, sous la direction d'une commission nommée par l'Académie et chargée de rechercher par quelles règles hygiéniques on peut tirer le moins mauvais parti possible de l'allaitement artificiel. Cette crèche serait supprimée dès que la commission aurait terminé ses travaux.

La lecture de ces conclusions est accueillie par de nombreuses marques d'approbation.

ÉLECTION

L'Académie a procédé, dans cette séance, à l'élection de douze commissions de prix pour l'année 1882. Voici, d'après le résultat du scrutin qui a eu lieu pendant les lectures qui précèdent, quelle est la composition de ces commissions :

Prix de l'Académie. — MM. Robin, Lancereaux et Vulpian.
Prix Portal. — MM. Sappey, Peter et Parrot.
Prix Civrieux. — MM. Charcot, Baillarger et Jaccoud.
Prix Capuron. — MM. Blot, Depaul et Tarnier.
Prix Barbier. — MM. Bourdon, Besnier et Bouley.
Prix Godard. — MM. Hardy, Hérard et Moutard-Martin.
Prix Desportes. — MM. Dujardin-Beaumetz, Paul et Oulmont.
Prix H. Buignet. — MM. Regnauld, Gautier et Baudrimont.
Prix Itard. — MM. Empis, Marrotte et Noël Guéneau de Mussy.
Prix Falret. — MM. Lasègue, Blanche et Mesner.
Prix Saint-Paul. — MM. Bergeron, Roger et Guéniot.
Prix de l'hygiène de l'enfance. — MM. de Villiers, Lagneau et Roussel.

La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La statue d'Antoine-César Becquerel, ancien professeur de physique au Muséum et membre de l'Institut, a été inaugurée dimanche, à Châtillon-sur-Loisy (Loiret), sous la présidence de M. Cochery, ministre des postes et des télégraphes. Des discours ont été prononcés par MM. Dumas et Frémy, de l'Institut, Mercadier, Barral, etc.

— Une communication de la direction de la santé nous apprend que toutes les correspondances et tous les journaux arrivant de l'Égypte, des ports de la mer Rouge et d'au delà sont soumis, à Marseille, à la désinfection réglementaire en présence d'un capitaine de la santé et d'un agent des postes délégué.

— Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Guérineau, directeur de l'École de médecine de Poitiers, qui vient de succomber aux suites d'une attaque d'apoplexie, à l'âge de soixante-six ans; de M. le docteur Brochard, chevalier de la Légion d'honneur, auteur de publications très-répandues sur l'allaitement maternel, l'hygiène et la pathologie du nouveau-né, et de M. le docteur Lecocq, ancien médecin du bureau de bienfaisance du sixième arrondissement, décédés à Paris, l'un à l'âge de soixante-dix ans, l'autre à l'âge de quatre-vingt-deux ans.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 13409.

N° 113. — SAMEDI 30 SEPTEMBRE 1882. 55e ANNÉE. SAMEDI 30 SEPTEMBRE 1882. — N° 113.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Quelques cas de pneumonie à marche anomale.

Il s'est présenté dans le service de la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, dirigé temporairement par M. Joffroy, plusieurs cas de pneumonie qui ont offert, soit dans leur marche, soit dans leur durée, des anomalies assez remarquables pour que nous ayons cru devoir les signaler ici, d'autant qu'il s'y rattache des considérations cliniques et pratiques d'un très-grand intérêt au double point de vue du pronostic et du traitement.

Le premier cas est celui d'une femme âgée d'une cinquantaine d'années, entrée dans la salle Sainte-Jeanne, au dixième jour d'une pneumonie, présentant à ce moment tous les signes caractéristiques les plus classiques. Cette femme est restée dans le même état jusqu'au dix-septième jour où s'est produite la défervescence de la fièvre, mais avec persistance de la plupart des symptômes, tels que la viscosité des crachats et des signes stéthoscopiques, matité, vibrations exagérées, souffle tubaire avec râles crépitants et sous-crépitants nombreux.

Ces signes persistaient encore lorsque, il y a quelques jours, la malade, se trouvant bien d'ailleurs, a demandé sa sortie.

Dans la même salle était une autre malade, atteinte de pneumonie lobaire, entrée au cinquième jour de sa maladie, avec tous les signes physiques également les mieux caractérisés, expectoration encore sanglante, comme si elle eût été au deuxième jour de sa pneumonie, souffle tubaire, matité, etc. Au bout de deux jours de séjour à l'hôpital, on a assisté à l'envahissement du sommet du poumon par le travail phlegmasique. Jusque-là, sauf la persistance dans l'expectoration des caractères des premiers jours, tout s'était passé d'une manière assez régulière ; mais, à dater de ce moment, il est survenu une nouvelle succession d'irrégularités. Ainsi, au septième jour, la température, qui avait été les jours précédents de 40 à 40,04, est descendue en vingt-quatre heures de 2 degrés, à 38,04. Le jour suivant (neuvième jour), elle était de 39; et depuis, elle a remonté à 40, degré auquel elle se maintenait encore le vingtième jour de la maladie.

Que s'était-il passé? Ici on n'avait pas affaire à une pneumonie lobaire fibrineuse, comme chez la malade précédente, mais à deux poussées successives de phlegmasie pulmonaire, la première à la base et la seconde au sommet, avec tous les caractères stéthoscopiques non plus de la pneumonie fibrineuse, mais avec ceux de la broncho-pneumonie des tuberculeux. Cette femme, sur les antécédents de laquelle on n'avait pas de renseignements, était, en effet, une tuberculeuse.

Le troisième cas sur lequel M. Joffroy a appelé notre attention, était celui d'un homme de trente ans, qui avait déjà eu il y a un an une pneumonie lobaire du côté droit. Cet homme est entré récemment dans le service avec une pneumonie du côté gauche présentant tous les signes classiques. Il avait, en outre, de l'albumine dans les urines. Il était arrivé au sixième jour de sa pneumonie, sans présenter rien de particulier que de la dyspnée, de la fièvre, 39° de température, 100 pulsations régulières. C'était l'état vulgaire de la pneumonie. Si, à ce moment, faisait remarquer M. Joffroy, on avait eu à porter un pronostic, il eût été certainement favorable. Mais les choses ne devaient pas se passer ainsi. Le lendemain (septième jour), le pouls était devenu plus fréquent, à 126, la respiration à 36; la température avait baissé, mais l'expectoration était plus difficile, d'une teinte jus de réglisse, les bronches se remplissaient de mucosités.

Le jour suivant (huitième jour), l'expectoration avait pris un caractère brunâtre encore plus foncé, l'état général était extrêmement grave. M. Joffroy a fait pratiquer une injection d'éther. Le malade a paru se remettre un peu; on a pu croire un instant que son état allait s'améliorer. Mais il n'en a rien été. La température ne s'était pas modifiée, elle était toujours restée basse, il était survenu en même temps des sueurs profuses, coïncidence qui constitue un signe pronostique des plus graves. Bref, le malade a succombé du neuvième au dixième jour.

En même temps que se passaient ces faits, un jeune homme d'une vingtaine d'années entrait dans le service, présentant de l'herpès aux lèvres et au nez; il sortait d'une pneumonie dont la défervescence venait de s'effectuer. Ce-

pendant huit jours s'étaient passés que ce jeune homme était encore dans son lit. Surpris de le trouver dans cet état, M. Joffroy l'examine et il constate un double épanchement pleurétique, survenu silencieusement et d'une manière insidieuse, sans fièvre, sans point de côté. Cette seule circonstance d'un épanchement pleurétique survenant après une pneumonie et non pas seulement du côté qui avait été affecté, mais du côté opposé également, était de nature à inspirer des doutes sur le caractère de cette peumonie. Ce n'avait évidemment pas été une pneumonie franche. On apprit, en effet, en questionnant le malade, que sa maladie n'avait pas débuté par un frisson unique, franc et bien caractérisé, mais par plusieurs petits frissons successifs, erratiques. Cet indice suffisait déjà pour faire présumer que ce jeune homme, au lieu d'avoir une pneumonie lobaire ordinaire, avait eu une broncho-pneumonie, comme la seconde malade dont il a été question plus haut et que, suivant toute probabilité, il est, comme cette même femme, sous la menace d'une évolution tuberculeuse.

Ces exemples seuls, — et il y en a bien d'autres qu'on pourrait relever journellement dans la pratique, — suffiraient pour montrer combien les pneumonies peuvent présenter de variétés dans leurs formes et dans leur marche, en raison de leurs origines et de leurs complications, et combien le diagnostic et le pronostic, malgré leur simplicité apparente, peuvent présenter souvent de difficultés réelles.

Combien la justesse et la généralité de cette observation ne ressortiraient-elles pas plus évidentes encore, si, au lieu de nous borner à ces quelques exemples où la tuberculose est seule en cause, nous élargissions le champ de ces considérations en y comprenant les cas, si nombreux et si fréquents, où la pneumonie emprunte des caractères particuliers à la coïncidence soit d'une affection typhoïde, soit d'une affection rénale, cardiaque ou nerveuse, ainsi que l'a fait à vol d'oiseau M. Joffroy, dans les quelques réflexions cliniques dont il a fait suivre la relation de ces faits !

Grenouillette. Injection de chlorure de zinc.

Nous avons vu dans la salle Saint-Landry du service de la clinique chirurgicale, à l'Hôtel-Dieu, dirigé en ce moment par M. Richelot, un malade auquel ce chirurgien a pratiqué avec succès l'opération de la grenouillette par l'injection de chlorure de zinc, d'après le procédé introduit, en ces dernières années, dans la pratique, par M. Théophile Anger. Ce procédé consiste, comme on le sait, à faire dans la partie kystique salivaire, sans la vider, une injection de zinc, une demi-goutte à deux gouttes de chlorure de zinc déliquescent. Disons tout d'abord qu'il s'agissait ici, non d'un de ces kystes constitués par la dilatation ou l'ectasie du canal de Warton, beaucoup plus rares qu'on paraissait le penser autrefois, mais d'une de ces tumeurs kystiques plus communes des conduits et des glandes salivaires isolées sublinguales et sus-hyoïdiennes, voisines du canal de Warton.

Le malade, entré à l'Hôtel-Dieu dans les premiers jours de septembre, se disait atteint de son affection depuis environ trois semaines, mais son origine devait probablement remonter beaucoup plus haut. Le kyste était arrivé à acquérir un très-grand volume, la langue en était refoulée dans le côté opposé de la cavité buccale ; le malade avait une peine extrême à manger.

M. Richelot a injecté exactement deux gouttes de chlorure de zinc à l'aide de la seringue Pravaz, sans avoir vidé préalablement le kyste. Il est survenu à la suite de cette injection une inflammation assez intense, mais sans phlegmon ni gangrène. Le liquide contenu dans le kyste a été résorbé, la poche s'est rétractée.

On ne sent plus aujourd'hui qu'une petite induration constituée par les parois même du kyste, induration qui persistera probablement. A cela près, le malade peut être considéré comme complètement guéri.

La tumeur récidivera-t-elle? M. Richelot fait à cet égard des réserves très-sages, car personne n'ignore, — et les discussions qui ont eu lieu à plusieurs reprises sur ce sujet à la Société de chirurgie l'ont surabondamment démontré, — qu'il n'y a aucun procédé (et on sait s'ils sont nombreux) qui mette sûrement à l'abri de la récidive. Cependant, si l'on s'en rapporte aux résultats déjà obtenus par plusieurs chirurgiens, notamment aux faits rapportés il y a deux ans par M. Le Dentu, dans une leçon clinique que nous avons reproduite, il y a lieu d'espérer que la guérison pourra être définitive. Elle s'est maintenue, en effet, dans les sept ou huit cas rapportés par M. Le Dentu.

Quant à l'objection qui a été faite à ce procédé, de déterminer une très-vive inflammation et d'être très-douloureux, elle ne nous paraît pas devoir prévaloir sur le double avantage qu'il présente : la facilité d'exécution et son efficacité.

Hystérique monométallique, hémianesthésique et ovarienne droite ; guérison rapide par la métallothérapie.

M. le docteur Magnier, médecin à Vaux (Aisne), nous transmet la relation du fait suivant, qui vient à l'appui de la méthode métalloscopique et métallothérapique de M. le docteur Burq :

« Célinie C..., âgée de vingt-huit ans, ménagère, d'une constitution irréprochable, toujours bien réglée, mariée à vingt ans, mère de trois enfants, contracte le 17 janvier dernier une angine érythémateuse qui cède en trois ou quatre jours aux moyens ordinairement employés.

Le 29 du même mois, après une journée de malaise accompagné de céphalalgie, de spasmes, d'agitation, la malade est prise d'une crise nerveuse très-violente ; elle a successivement sept crises semblables dans le courant de la nuit.

Le 30 au matin, je trouve la malade dans un état d'exaltation très-prononcée, elle se plaint en même temps de suffocation. Je constate une hyperesthésie ovarienne droite intense, la moindre pression provoque une crise, mon examen a suffi pour la faire éclater. La respiration devient alors suspirieuse, puis entre-coupée et enfin abolie dans son second temps ; la poitrine se dilate, les seins se gonflent, la face se cyanose, les muscles de la région antérieure du cou se contractent, la malade fait avec les mains des efforts inouïs comme pour enlever du cou l'obstacle qui gêne sa respiration ; puis, n'y parvenant pas, elle se lève subitement tout d'une pièce, mue comme par un ressort et cherche à se précipiter en bas du lit, c'est au point que quatre à cinq personnes ont peine à lui résister ; puis au bout d'une minute et demie environ survient une inspiration profonde accompagnée de sanglots et d'un relâchement musculaire complet ; les yeux se remplissent de larmes et la malade ne recouvre l'usage de la parole que pour se plaindre de la tête et d'une sensation de broiement.

Cette période convulsive, qui ne cède que pour faire place

aux phénomènes paralytiques, dure jusqu'au 7 février; on compte jusqu'à 18 crises dans les vingt-quatre heures.

Le 7 février, à la suite d'une attaque, la malade se plaint de ne plus voir de l'œil droit, la pupille dilatée est insensible à la lumière. Je constate alors dans tout le côté droit une hémiplégie sensitive sensorielle. Puis il survient de l'aphonie avec de l'hyperesthésie du pharynx et de l'œsophage qui met la malade dans l'impossibilité de s'alimenter. Chaque gorgée de liquide provoque la strangulation. Ajoutez à cela un trismus opiniâtre accompagné tantôt de raideur de la langue, tantôt d'emprostothonos, d'autres fois d'opistothonos.

Pour remédier à cette difficulté d'alimenter la malade, j'emploie les courants induits qui font disparaître l'œsophagisme et le trismus pour quelques minutes, quelques heures et même une fois pour trente heures. Je fais faire concurremment avec les faradisations, des frictions avec un liniment au chloroforme.

Le 12 avril, le trismus et l'hyperesthésie pharyngo-œsophagienne disparaissent définitivement; la malade peut désormais s'alimenter à toute heure sans avoir recours à l'électricité. Il survient alors une contracture de l'extrémité inférieure de la jambe paralysée qui donne au pied la forme d'un pied varus équin. La malade tâche de se traîner avec des béquilles, mais la progression est très-difficile, d'abord à cause de l'hémiplégie, ensuite parce que le pied contracturé frotte par terre et vient croiser le membre sain.

Après avoir épuisé vainement toutes les ressources de la thérapeutique contre des accidents qui semblent s'éterniser, j'ai recours, en désespoir de cause, à la métallothérapie.

En pratiquant l'examen métalloscopique, j'acquiers bientôt la conviction que la malade est sensible au cuivre, mais au cuivre seul. Je suis, par conséquent, en présence d'une monométallique tributaire de la métallothérapie. En effet, après l'application pendant un quart d'heure d'une petite plaque de cuivre rouge sur le bras paralysé, la malade accuse une sensation de chaleur et de fourmillement. On remarque une petite rougeur sur l'étendue de la peau qui a été en contact avec le métal et un retour de la sensibilité. En conséquence, cinq mois et demi après le début de la maladie, j'institue le traitement suivant qui est commencé le 10 juillet :

Application d'une armature de cuivre maintenue jour et nuit au poignet droit et à la jambe droite, administration pendant les huit premiers jours d'une pilule, puis ensuite de deux pilules de 25 milligrammes chacune de bioxyde hydraté de cuivre et d'un demi-verre d'eau de Saint-Christau.

Au bout de huit jours de ce traitement, la sensibilité générale commence à reparaître, le sang coule des piqûres qui, auparavant, restaient exsangues, et la malade dit avoir aperçu de l'œil droit la lumière des éclairs pendant un orage survenu dans la nuit du 18 juillet.

Le 15, retour de l'appétit qui avait fait presque complètement défaut jusque-là, la malade ne prenant guère qu'un peu de bouillon et de lait.

Le 10 août, réapparition des règles après six mois d'interruption avec tendance à la métrorrhagie, plus d'hyperesthésie ovarienne.

Le 15, disparition complète de l'amyosthénie, retour de l'embonpoint.

Le 20, plus de contracture de la jambe, la malade quitte ses béquilles et marche d'un pas assuré.

A partir de ce moment, je conseille à la malade, pour ne pas cesser brusquement le traitement, de prendre encore tous les jours, pendant une dizaine de jours, un verre d'eau de Saint-Christau en deux fois, moitié le matin, moitié le soir.

Le 6 septembre, nouvelle réapparition des règles qui cessent le 10; jusqu'à cette époque, la guérison se maintient. »

Cette observation montre, en effet, ainsi que se l'est proposé notre correspondant, les heureux résultats dans le traitement de la paralysie hystérique de l'administration des métaux dont l'exploration préalable à l'aide de la métalloscopie a révélé l'appropriation, et elle est de nature à encourager les confrères à essayer cette médication chaque fois qu'ils en auront l'occasion.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS. — M. Triaire.

Cas graves d'éclampsie suivis de guérison, traités par la provocation ou l'accélération du travail et les inhalations de chloroforme (1).

II

Obs. III. — *Éclampsie au huitième mois de la grossesse. 35 accès. Traitement par la chloroformisation et la dilatation du col par l'éponge préparée. Présentation de la face. Application du forceps. Guérison de la mère.* — Cette observation est remarquable par le nombre, l'intensité des attaques et la période de la gestation à laquelle elles se sont produites.

Mme D..., à Tours, primipare, âgée de vingt-trois ans, enceinte de huit mois, grande et brune, bien constituée. Grossesse normale pendant laquelle je l'ai vue plusieurs fois. Pas d'œdème des extrémités ni de la face. Pas de troubles visuels. Pas d'insomnie. On a noté seulement dans les derniers temps un peu d'irritabilité de caractère chez cette jeune femme habituellement douce.

Le 2 novembre 1879, à deux heures du matin, premiers accès éclamptiques. Elle atteint à peine à cette date le huitième mois de sa grossesse, puisqu'elle ne doit accoucher, d'après son calcul et le mien, que vers le 7 décembre. Elle se trouve en ce moment et accidentellement en villégiature chez sa mère, à Sainte-Radegonde, commune distante de Tours de quelques kilomètres.

Je n'arrive auprès d'elle qu'à sept heures du matin. Elle a eu sept accès, et je suis frappé en arrivant auprès de son lit du caractère que ces crises ont déjà imprimé à son visage. Celui-ci est congestionné et presque livide. Les lèvres sont turgescentes. La langue, épaissie et sillonnée de morsures, laisse échapper de minces filets de sang qui colorent la salive. Elle est sans connaissance. Pouls à 90, assez résistant. Le col utérin est mou et flottant. L'orifice interne est complètement fermé. Il n'y a donc aucun signe de travail. Les battements du cœur sont faibles et perçus à gauche de la ligne médiane.

Les urines, traitées par la chaleur et l'acide nitrique, donnent un abondant précipité d'albumine.

Mme D... a actuellement un accès toutes les demi-heures. Elle en a subi un, peu d'instants après mon arrivée, et je suis frappé de son intensité et de sa durée.

Vu le petit nombre d'attaques qu'a eues la malade jusqu'à présent, et prenant en considération la période de la gestation dans laquelle elle se trouve, je me décide à tenter d'abord le traitement purement médical avant d'intervenir d'une façon active.

Prescription. — Douze sangsues aux apophyses mastoïdes. Lavement de chloral, 6 grammes. Potion bromurée éthérée. Je m'installe auprès de la malade, décidé à suivre toutes les phases de la crise qu'elle subit et du traitement que je vais tenter.

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 26 septembre 1882.

Les attaques se succèdent de la façon suivante :

7 h. 20. — 8e accès.
7 h. 40. — 9e —
8 h. 15. — 10e —
8 h. 30. — 11e —

Le traitement médical ne peut être institué qu'à partir de neuf heures du matin.

9 h. — 12e accès.
10 h. — 13e —
10 h. 40. — 14e —
11 h. — 15e —
11 h. 25. — 16e —
11 h. 40. — 17e —
11 h. 55. — 18e —
Midi. — 19e —
Midi 20. — 20e —

Midi. — On voit qu'à midi les accès qui, d'abord, sous l'influence du chloral, avaient paru subir une légère rémission, se sont rapprochés. Leur intensité ne diminue pas non plus, elle semble même s'accroître. Aucun signe de travail du côté du col qui reste toujours long et dont l'orifice interne est toujours imperméable. Pouls à 85, régulier, mais peu résistant. On ne distingue qu'imparfaitement les battements fœtaux.

Nulle hésitation n'étant plus possible, je me décide à provoquer le travail et j'introduis profondément dans le col un cône d'éponge préparé. Immédiatement après, je soumets la malade aux inhalations de chloroforme.

Devant la nécessité impérieuse qu'il y a d'enrayer ou de diminuer dans le plus bref délai possible des attaques aussi graves que celles que j'ai sous les yeux, je pousse d'abord la narcose anesthésique jusqu'à complète résolution et maintiens la patiente dans cet état pendant deux longues heures, enrayant tout mouvement, tout signe d'agitation par de nouvelles doses de chloroforme.

2 *heures.* — 35 grammes de chloroforme ont été absorbées. Pouls faible à 80. Je suspens les inhalations et aussitôt

2 h. 15. — 21e accès.
2 h. 50. — 22e —
3 h. 10. — 23e —
3 h. 30. — 24e —

3 *heures.* — Je retire l'éponge préparée placée dans le col et je constate les modifications qu'il a subies. Le col est effacé. Commencement de dilatation qui permet d'introduire la pulpe du doigt. Je romps les membranes qui bombent faiblement et je réapplique dans l'orifice deux éponges liées ensemble. Je reprends, tout en les modérant, les inhalations de chloroforme.

4 h. 30. — 25e accès. — Court.
6 h. — 26e — —

5 *heures.* — La malade a des contractions utérines parfaitement sensibles à la palpation abdominale. Sous leur influence, la dilatation fait des progrès rapides. Présentation mento-iliaque gauche antérieure. C'est la troisième présentation de la face que j'observe sur six cas d'éclampsie.

6 *heures.* — Un de mes confrères en accouchement, le docteur Guérault, voit la malade avec moi. L'orifice, quoique encore insuffisamment dilaté, permet cependant de tenter l'extraction instrumentale de l'enfant. Nous tombons d'accord pour y procéder immédiatement.

6 *h.* 20. — 27e accès au moment où la malade, soustraite à l'action du chloroforme, est placée sur le bord de son lit, dans la situation ordinaire des opérations obstétricales.

Le forceps est appliqué sans difficultés et j'extrais un enfant qui ne donne, malgré les soins dont on l'environne, aucun signe de vie.

6 *h.* 40. — Délivrance ; pas d'accès.

45 grammes de chloroforme ont été employés. A partir de ce moment, ce médicament est supprimé.

10 h. s. — 28e accès.
11 h. s. — 29e —
Minuit. — 30e —
1 h. — 31e —
2 h. — 32e —
3 h. — 33e —
4 h. — 34e —
5 h. — 35e —

2 *novembre,* 8 *h. du matin.* — Il n'y a plus eu d'attaques depuis cinq heures du matin. La malade est toujours privée de sentiment et en proie au sommeil comateux. Pouls 90. Globe utérin physiologiquement rétracté. Urines obtenues par le cathétérisme, louches et donnant un abondant précipité d'albumine. La malade peut avaler par cuillerées un peu de bouillon, de lait et de limonade nitrique légère.

6 *h. du soir.* — Même état.

3 *novembre.* — Même état d'insensibilité soporeuse. Cathétérisme matin et soir, albumine toujours abondante.

4 *novembre.* — *Id.* Pas de lochies.

5 *novembre.* — *Id.* Un frisson.

6 *novembre.* — Pour la première fois, depuis la veille de son accouchement, quelques symptômes de retour au sentiment. L'accouchée profère quelques paroles et regarde avec étonnement ceux qui l'entourent, mais ne reconnaît personne. Douleurs et léger gonflement aux seins. Ballonnement du ventre. Pouls, 125. Pas de lochies.

Prescription. — Sulfate de quinine. Injection camomille. Cataplasme.

7 *novembre.* — Retour marqué à la connaissance, mais perte absolue de mémoire. Pouls, 120. Ventre météorisé et très-douloureux. Écoulement lochial fétide. L'albumine, qui avait notablement décru dans les urines, se manifeste de nouveau en abondance.

Prescription. — Quinine. Frictions d'onguent mercuriel belladoné. Injections de camomille phéniquées, huile de ricin.

8 *novembre.* — Pouls, 110. Région iliaque droite fort douloureuse. Vésicatoire volant. Quinine.

9 *novembre.* — Amélioration marquée. Pouls, 90. Émission naturelle des urines. Moins d'albumine.

A partir de ce moment, l'état de l'accouchée s'améliore tous les jours, et elle ne tarde pas à entrer en convalescence.

CLINIQUE DE RIO-JANEIRO. — M. FORT.

Tumeur fibreuse de l'utérus; hystérotomie; guérison.

Mme W..., quarante-neuf ans, s'est aperçue de la présence d'une tumeur du volume d'un œuf en 1876. L'année suivante, le ventre ayant grossi, la malade fit un voyage en Europe où elle consulta plusieurs chirurgiens, notamment en France et en Autriche. On lui conseilla de ne pas se faire opérer. Elle retourna au Brésil.

Le ventre augmentait de volume, et la malade était de temps en temps atteinte d'hémorrhagies fort sérieuses, qui la forçaient à garder le lit pendant des mois entiers.

A la fin de 1878, la malade fit un second voyage en France. Deux des plus habiles chirurgiens de Paris furent consultés; ils lui conseillèrent de ne pas se faire opérer. De retour au Brésil, elle vit son ventre s'accroître, les hémorrhagies se succéder, et l'anémie faire des progrès considérables. Les chirurgiens de Rio-de-Janeiro, consultés tour à tour par la malade, étaient opposés à l'opération.

En juillet 1881, je fus consulté également; j'essayai en vain d'obtenir le retrait de la tumeur par la méthode Chéron (courants continus avec intermittences); enfin, en novembre 1881, après

plusieurs examens, je déclarai à la malade que l'hystérotomie était le seul moyen qu'on pût opposer à son mal.

Le ventre était considérable. Une tumeur bosselée remplissait l'abdomen jusqu'à trois centimètres de l'appendice xyphoïde. Il n'y avait pas de liquide ascitique et la tumeur ne paraissait pas adhérente. Le col de l'utérus était normal. Le doigt introduit dans le rectum sentait le commencement de la tumeur immédiatement au-dessus du col.

La vessie fonctionnait régulièrement. Il y avait de la constipation. Les métrorrhagies, très-fréquentes, avaient affaibli la malade qui était devenue anémique au point que le bruit de souffle du cœur pouvait être pris pour celui d'une lésion cardiaque. Les jambes étaient infiltrées.

Au moment où je me disposais à faire l'opération, une nouvelle hémorrhagie, très-abondante, affaiblit considérablement la malade. La chaleur menaçant d'être très-intense à Rio-de-Janeiro, je l'envoyai à Petropolis, où j'espérais qu'elle prendrait un peu de forces avant l'opération.

Opération. — L'opération de l'hystérotomie et de l'ovariotomie fut pratiquée le 20 décembre 1881, à huit heures du matin, avec l'aide de mes confrères Britto, Costa et Rocha, et de quelques autres aides, Jorge Kuhn et Leschaud, en présence du docteur baron de Cattele.

La paroi abdominale fut incisée depuis l'appendice xyphoïde jusqu'à cinq centimètres au-dessus du pubis.

La tumeur fut extraite de l'abdomen avec les plus grandes difficultés, après la destruction de deux adhérences épiploïques. Elle était si large à sa base qu'il était matériellement impossible d'aborder son point d'implantation. Elle était intra-utérine et les deux ovaires flottaient de chaque côté de sa partie supérieure. Il était presque impossible de maintenir les intestins.

La malade chloroformée respirait à peine, elle était d'une pâleur mortelle; je voulais à tout prix éviter une effusion de sang. Je passai des broches en croix dans la tumeur à quelque distance de son pédicule, et je posai une ligature fortement serrée au moyen d'une corde. La tumeur était tellement dure que cette constriction ne suffit pas pour interrompre la circulation. Je glissai alors au-dessous, en protégeant de mon mieux l'intestin, un autre cordon fort, de trois millimètres de diamètre, et j'appliquai par-dessus un gros fil de laiton que je serrai avec le serre-nœud Kœberlé. Le laiton cassa. Je passai ensuite un fil de cuivre très-fort, que je serrai avec un autre serre-nœud Kœberlé. Enfin la circulation fut interrompue dans l'utérus et dans la tumeur, et je pus faire la section de l'utérus, immédiatement au-dessus du col.

La tumeur, comprenant le corps fibreux, l'utérus, les trompes et les ovaires pesaient plus de cinq kilogrammes. La malade n'avait pas perdu un verre de sang.

Je passai un double fil de catgut au-dessous des ligatures et je liai le pédicule en quatre parties (celui-ci, une fois serré, avait environ trois centimètres de diamètre). J'aurais désiré ôter les fils métalliques, mais je redoutais pour ma malade la moindre hémorrhagie et je préférai laisser en place les fils et les serre-nœuds, espérant pouvoir les enlever plus tard. Je fixai les fils à une broche placée en travers sur la paroi abdominale.

Je suturai les lèvres de la plaie après avoir fait la toilette du péritoine; je laissai la plaie béante à sa partie inférieure et je plaçai un tube à drainage en verre dans le cul-de-sac de Douglas.

Le 20 au soir. J'enlève le tube, les liquides s'écoulant librement par la plaie. P. 84, t. 37,5. L'opération avait été faite avec toute la rigueur de la méthode de Lister. Le pansement était fait deux fois par jour.

Le 21. Tympanisme, vomissements, efforts considérables; je crains pour les sutures. P. 84, t. 37,5. Deux injections d'un centigramme de morphine.

Le 22. Les vomissements sont calmés. P. 90, t. 37,8. Injection de morphine ; je donne, tous les jours, à la malade deux lavements nutritifs, composés de 200 grammes de bouillon de poule, de 2 grammes d'extrait de quinquina et de 20 grammes de vin de Porto. Après l'opération, j'introduis dans la vessie un mince tube de caoutchouc qui conduit l'urine dans une bouteille contenant de l'eau phéniquée.

Le 23. P. 84, t. 37,5. Deux lavements; coliques.

Le 24. P. 90, t. 35,5. Fortes coliques; injection de morphine. Depuis la veille, la malade prend du bouillon, mais en petite quantité.

Le 25. Somnolence, douleurs sourdes dans le bas-ventre. Injection de morphine, deux lavements. P. 84, t. 37,5.

Le 26. La malade a bien dormi ; elle mange la moitié d'une côtelette et un potage. P. 84, t. 37,5. Les lavements sont supprimés ; j'ôte les points de suture.

Le 27. Même état. P. 84, t. 37,5. Quelques douleurs. Injections de morphine.

Le 28. Inquiet de l'avenir du pédicule entouré par les fils métalliques, j'essaye des tractions, mais en vain. La broche est retirée et le pédicule s'enfonce insensiblement dans le petit bassin; j'y fixe un tube de caoutchouc pour faire des tractions continues. P. 96, t. 37,8.

Le 29. Un fil de catgut sort par la plaie. Sommeil agité. Injections de morphine. P. 96, t. 37,5.

Le 30. Pas d'appétit, malaise, fatigue. Je cesse les tractions avec le caoutchouc sur le pédicule. La suppuration est abondante et fétide. P. 96, t. 37. Deux lavements nutritifs.

Le 31. Amélioration; la malade s'alimente. P. 96, t. 37.

Le 1er janvier 1882. Amélioration sensible. P. 84, t. 37.

Du 2 au 8. Même état du pouls et de la température.

Le 8. Après une contraction continue de douze heures par un tube en caoutchouc, je retire de la plaie un serre-nœud, le fil de cuivre et la corde qui étaient restés enfouis dans la cavité du péritoine. La partie du pédicule située au-dessus de la ligature s'est mortifiée et sort par fragments avec une odeur très-fétide. P. 84, t. 37.

Le 10. Par le même procédé, j'ôte le second serre-nœud et le fil de laiton.

La 11. La plaie tend à se fermer; je ne fais plus qu'un pansement par jour. J'enlève le drain de caoutchouc que j'introduisais dans la plaie depuis quelques jours.

Le 12. La malade est placée sur un canapé pendant quelques heures.

Les jours suivants, elle se lève et marche; elle s'alimente. Aujourd'hui, fin janvier, elle est complètement guérie.

15 juillet. Depuis la guérison, j'ai vu plusieurs fois la malade, elle est dans un état de santé des plus florissants.

COMMENT RANIMER LES NOYÉS.

La *Gazette médicale de Strasbourg* nous fait connaître une petite instruction répandue partout en Angleterre. Nous croyons utile d'en reproduire les indications concises et très-précises :

1° Tournez *immédiatement* le patient sur le ventre, avec un rouleau ample et résistant, formé de vêtements, placé sous l'estomac et la poitrine. Posez l'un de ses bras sous son front, de manière à tenir sa bouche éloignée du sol. Pressez de tout votre poids, deux ou trois fois, pendant quatre ou cinq secondes chaque fois, sur le dos du patient, de manière à chasser l'eau qui a pénétré dans les poumons et dans l'estomac, et à en faciliter le rejet par la bouche. Ensuite

2° Tournez-le *rapidement*, la face en haut, le rouleau de vêtements étant maintenu juste au-dessous de ses omoplates, et faites que la tête pende en arrière aussi bas que possible. Posez-lui les mains sur la tête. Agenouillez-vous de manière à avoir ses hanches entre vos genoux et tenez vos coudes fortement appuyés à vos hanches. Alors, empoignant le bas de la poitrine nue, serrez-en les deux côtés en même temps, en pressant *graduellement* en avant de tout votre poids pendant environ trois secondes, jusqu'à ce que

votre bouche soit presque au-dessus de celle du patient, puis, d'un coup, rejetez-vous *brusquement* en arrière. Reposez-vous trois secondes, puis recommencez, répétant ces mouvements de soufflet de forge avec une parfaite régularité, de manière à exprimer l'air vicié et à en faire pénétrer de frais dans le poumon, de huit à dix fois par minute, pendant au moins *une heure*, ou jusqu'à ce que le sujet respire naturellement.

Nota. — Les recommandations précédentes doivent être exécutées immédiatement, *à l'instant même* où le noyé est retiré de l'eau; un moment de retard et tout espoir de succès peut être perdu. Empêchez l'attroupement autour du patient; il importe que l'air frais lui arrive largement. Ayez soin de ne pas interrompre ses premières et courtes inspirations naturelles; si elles sont rares, continuez soigneusement dans les intervalles les mouvements de soufflet de forge. *Quand la respiration est devenue régulière*, frottez le sujet à sec, enveloppez-le de couvertures chaudes, donnez-lui des liqueurs alcooliques chaudes avec de l'eau, à petites doses espacées, puis laissez-le reposer et dormir.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Œuvres de Rufus d'Éphèse, publication commencée par Daremberg, continuée et terminée par Ch.-Émile Ruelle, bibliothécaire à la bibliothèque de Sainte-Geneviève.

Le nom de Rufus d'Éphèse n'éveille pas l'attention comme celui d'Hippocrate, comme celui de Galien; il n'a pas même le lustre de celui d'Oribase, de celui de Celse, cet esprit si littéraire. Cependant Rufus, qui vivait au commencement du second siècle de notre ère, fut un des médecins marquants de l'antiquité. Il eut l'honneur d'être souvent cité par Galien qui se plaisait à s'appuyer de son autorité et le tenait en très-haute estime. Malheureusement pour sa gloire, ses œuvres, qui paraissent avoir été très-nombreuses, ont presque entièrement sombré dans l'effondrement de l'Empire romain et dans le cataclysme des études scientifiques pendant le moyen âge. Trois petits traités, et encore de peu de relief, ont seuls échappé au naufrage. C'est surtout par les nombreux extraits de Rufus consignés dans Galien, Oribase, Aëtius, Paul d'Égine, Alexandre de Tralles et Rhazès, que nous pouvons apprécier l'ascendant que le médecin d'Éphèse a exercé sur ses contemporains d'abord, puis pendant des siècles sur ses successeurs.

Dans cette pénurie des travaux dogmatiques qui nous restent de lui, il est impossible de comprendre assez largement quelles ont été ses idées, quels ont été les principes qui les ont coordonnées, pour en faire un véritable système; nous ne pouvons donc dire la doctrine de Rufus, comme nous disons la doctrine d'Hippocrate, la doctrine de Galien. Nous n'avons guère, en réalité, que des déchiquetures, si j'ose ainsi dire, de ses écrits; et dans ce qui nous en reste, nous avons à chercher ce qu'il y a de plus original, de plus de sens pratique; ce qui, après avoir traversé les siècles, peut encore se rattacher à l'état actuel de la science.

Les trois petits traités qui sont venus jusqu'à nous ont pour titres : l'un, *Sur les maladies de la vessie et des reins;* le second, *Sur le nom qu'ont les diverses parties du corps;* le troisième, *Sur la goutte.*

Rufus pense que les maladies aiguës des reins sont rares, surtout chez les jeunes gens, tout en admettant qu'il y a dans ces organes des maladies qui ne sont pas moins mortelles que celles des autres parties; car, ajoute-t-il, les ulcères et les suppurations qui s'y forment font, à la longue, mourir beaucoup de monde. L'inflammation des reins se terminait souvent, selon lui, par la suppuration. Cette terminaison par des collections purulentes rénales qui s'ouvrent un passage dans la vessie ou l'intestin, est bien rare, sinon inconnue, aujourd'hui; ce qui autorise à penser que les anciens prenaient pour des abcès des reins les catarrhes de la vessie.

Pour désagréger les calculs des reins, tout comme ceux de la vessie, il a recours à des boissons médicamenteuses dont je ne cite pas même les noms, tant elles sont insignifiantes. Il paraît avoir recouru souvent, et comme étant chose très-simple, à une opération pour extraire les pierres de la vessie; il pratiquait une incision transversale au périnée, après avoir poussé le calcul à l'orifice interne de l'urèthre à l'aide d'un ou plusieurs doigts introduits dans le rectum. N'est-ce pas là le rudiment de la taille de Dolbau?

Ce premier opuscule se termine par un assez long article consacré au satyriasis qu'il faut traiter par la saignée, par un régime sévère, par l'usage de l'eau, par des médicaments refroidissants.

Le traité du *Nom des parties du corps humain* n'est, comme l'indique parfaitement son titre, qu'une simple nomenclature, sans aucune description. Il nous apprend cependant comment, dans ces temps reculés, on démontrait l'anatomie : « Si vous regardez cet esclave et si vous écoutez ce que je vais vous dire, vous mettrez d'abord en votre mémoire les noms des parties apparentes; ensuite, disséquant l'un des animaux (le singe) qui ressemblent le plus à l'homme, je tâcherai de fixer dans votre esprit la nomenclature des parties internes; car rien n'empêche, bien que tout ne paraisse pas absolument semblable chez l'homme et chez cet animal, de vous faire connaître chaque partie au moins sommairement. Dans les temps anciens, c'était sur l'homme même qu'on enseignait hardiment l'anatomie avec plus de succès. »

Dans un traité anonyme faisant suite au précédent et attribué à Rufus sous la dénomination d'*Anatomie des parties du corps*, on rencontre une étude plus approfondie de nos organes et de nos tissus; c'est vraiment déjà de la science. On y fait bon marché de la rate dont la structure est lâche et poreuse, un tissu de vaisseaux; elle ne remplit aucun office et ne sert à rien, dernière proposition qui a été en quelque sorte prouvée, malgré sa hardiesse, même de nos jours, par l'ablation de cet organe sans que la santé ou aucune fonction aient paru s'en ressentir. Du cœur naissent un grand nombre de vaisseaux, *veines* et *artères*, qui se ramifient dans tout le corps. Les *veines* sont des vaisseaux qui contiennent du sang et qui distribuent ce liquide à toutes les parties du corps; les *artères* sont des vaisseaux qui renferment une certaine quantité de sang et beaucoup plus de pneuma; c'est dans les artères que le *pouls* se produit et c'est à travers elles que le pneuma, chassé avec force par le cœur, se répand dans tout l'organisme. Mettons *sang* au lieu de *pneuma* et nous serons dans le vrai; je ne me rends pas compte de cette erreur, ni qu'elle ait pu se prolonger pendant des siècles; il suffisait, en effet, de voir la blessure d'une artère pour la dissiper et les grandes batailles à l'arme blanche des Grecs et des Romains en fournissaient souvent l'occasion.

Comme Érasistrate et Hérophile, Rufus admet des *nerfs sensitifs* et des *nerfs moteurs.* Nous retrouvons ces mêmes données largement traitées dans Galien dont on ne saurait trop admirer les travaux sur le système nerveux; nous savons aujourd'hui, grâce aux savantes traductions modernes, qu'il avait pratiqué sur la moelle épinière la plupart des sections qui, il y a moins d'une cinquantaine d'années, nous ont paru si merveilleuses. Dans l'ignorance générale, les travaux de Ch. Bell et de Longet furent de véritables découvertes, car ni l'un ni l'autre ne connaissaient ceux de Galien. La génération de cette époque, à laquelle j'appartiens, lisait peu ou pas du tout les anciens; toute son attention était aux luttes du jour entre Laënnec, Chomel, Louis, d'une part, et, de l'autre, Broussais qui, comme un sanglier blessé, tenait tête à ses rudes adversaires. Je me laisse aller à la tentation de raconter une anecdote de mon temps d'élève, parce qu'elle donne très-bien la note sur les expériences de Bell de l'époque qui était un peu railleuse, un peu sceptique; c'était en 1826, à mon examen d'anatomie; malgré ce long temps écoulé, je vois encore, comme au premier jour, le sourire sardonique d'un maître pour lequel nous professions tous une profonde vénération, Boyer, pendant que j'exposais le résultat des sections du nerf facial et du trifacial, tant

la chose était nouvelle, tant elle s'éloignait des idées que jusqu'à ce moment on nous avait enseignées; je n'ose dire qu'il n'y voyait, lui, que des puérilités ou des fantaisies excentriques, mais j'ai toujours été disposé à le croire. Que de progrès cependant, que de chemin parcouru depuis ces premières révélations!

Je signale comme très-agréables à lire quelques pages (195 à 218) *sur l'interrogatoire des malades*; les vieux praticiens aimeront à y rencontrer des réminiscences des règles qu'ils auront eu souvent à appliquer pour bien asseoir leur diagnostic et se diriger dans le choix du traitement à employer; les jeunes y trouveront des renseignements utiles, qui leur éviteront bien des tâtonnements au début de l'exercice de leur profession.

Il faut savoir gré à Rufus de ne pas s'être lancé dans des théories à perte de vue sur la nature de la goutte. Il se borne presque exclusivement à en indiquer le traitement qu'il fait surtout consister dans un régime bien entendu. Il avait très-bien reconnu le danger du déplacement de la goutte. « L'accident le plus grave, dit-il, c'est lorsque la fluxion abandonne l'articulation malade; un autre péril le menace bientôt et après l'emporte; ou bien il est atteint de péripneumonie ou d'apoplexie ou de quelque autre affection aiguë. »

Galien, dans ses extraits de Rufus, dit que de tous les modernes c'est lui qui a le mieux écrit sur la *mélancolie* et qu'on peut affirmer à bon droit que cet homme supérieur, si consommé dans l'art médical, ne laisse rien à désirer.

Je lis dans les extraits tirés de Rufus par Oribase, sur l'emploi médical du lait, des règles qui se rapprochent beaucoup des nôtres; il l'employait exclusivement pour toute nourriture dans les maladies chroniques de la poitrine ainsi que dans les expectorations purulentes; il ne le supprimait que lorsque les malades ne pouvaient plus le digérer. Nous ne prescrivons que du lait de vache ou d'ânesse; on voit dans Rufus que les anciens employaient aussi le lait de jument et de brebis; ils attribuaient des qualités particulières à chacune de ces variétés; ainsi le lait de jument et celui d'ânesse favorisaient la mondification des ulcères; quand il n'y avait plus qu'à *engraisser* le malade, on donnait du lait de vache et surtout du lait de brebis.

Je ne sais trop si l'on doit voir un essai de lithotritie dans ce passage qu'il emprunte à Rufus... « Mon malade a essayé de rendre avec ses urines un très-gros calcul que j'ai extrait après l'avoir divisé en le brisant, et le morceau rendu avec l'urine fit voir l'ensemble des diverses cassures. » Malheureusement le procédé opératoire n'est pas décrit, et, d'un autre côté, Rufus a tant de confiance dans certaines préparations médicamenteuses pour désagréger les calculs que par ce mot *brisé* on ne pourrait affirmer s'il a voulu parler d'une opération ou d'une espèce de dissolution par sa préparation merveilleuse et qui consiste dans un mélange de gingembre et de myrrhe troglodytique, lequel a le double avantage de désagréger la pierre sans douleur et d'empêcher qu'il s'en forme d'autres; aussi l'appelle-t-on la *main de Dieu*.

La confiance de Rufus dans l'action destructive de sa médication provenait bien certainement de sa théorie sur la formation des calculs que nous fait connaître Paul d'Égine. Selon lui, « c'est l'existence d'une humeur épaisse et terreuse; la cause efficiente, une chaleur brûlante des reins et de la vessie. Dans la lithiase des reins, il faut employer des remèdes qui divisent et morcellent les calculs sans produire d'inflammation manifeste ».

Je termine les observations que me suggère la traduction de Rufus en faisant remarquer qu'elle n'appartient au si regretté Daremberg que jusqu'à la page 246 sur 676; le reste du volume est dû à M. Ch.-Émile Ruelle, dont le savoir me paraît destiné à combler le vide qu'a laissé parmi nous la mort de nos deux grands hellénistes.

Je trouve dans ses dernières notes l'expression d'un sentiment que j'ai toujours éprouvé en étudiant les anciens; je la consigne ici textuellement pour qu'elle serve de guide dans les recherches rétrospectives, car ce n'est que de la sorte et dans cet esprit que l'on peut tirer profit de ces lectures qui ne sont pas toujours très-attrayantes. « On le voit, dit-il, rien ne se découvre brusquement, et les progrès récents de la science, appuyés sur des observations plus ou moins exactes, sont marqués aux diverses phases de la médecine ancienne par des pressentiments, par des théories plus ou moins fausses, mais qui nous font assister néanmoins au développement organique de la science... Ainsi, aux diverses époques, les mêmes problèmes sont agités sous des formes différentes, la science moderne semble être un reflet de la science antique avec des éléments retranchés ou surajoutés; les erreurs ou les vérités signées par les générations passées servent ainsi à l'instruction des générations présentes. »

F.-C. Maillot,
Ancien président du Conseil
de santé des armées.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les nouvelles du Sénégal nous font savoir que la fièvre jaune n'a frappé jusqu'à présent que le second arrondissement de la colonie dont Gorée est le chef-lieu. Le premier arrondissement, ainsi que Saint-Louis, la capitale, sont restés indemnes. Néanmoins, par suite de la constatation d'un cas douteux, à Rufisque, et d'un autre cas à Dakar, suivi de mort, le second arrondissement tout entier a été mis en quarantaine.

— *Avis.* — Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

The Transactions of the American medical Association instituted 1847, vol. XXXII. — Philadelphia, 1881. — 1 fort vol. in-8°.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 13417.

19

Apollinaris

EAU MINÉRALE GAZEUSE NATURELLE

L'eau de table du Prince de Galles.

La Reine des Eaux de Table (British med. Journ.).

Vente annuelle : huit millions de bouteilles.

Eau Alcaline, Digestive, Effervescente, D'UN GOUT EXQUIS.

Recommandée par tous les grands médecins anglais, américains et allemands (Chambers, Fothergill, Marion Sims, Sayre, Hood, Thompson, etc., etc.)

Approuvée par l'Académie de médecine.

Employée dans les hôpitaux.

(Voir *Etude sur l'Eau Apollinaris*, 1879. — Ve A. Delahaye et Cie, Paris.)

En vente dans toutes les pharmacies et les maisons d'eaux minérales.

27

Elixir chlorhydro-pepsique Grez

(*Amers et ferments digestifs.*)

Expérimenté avec succès dans les hôpitaux, dans *dyspepsies, diarrhées chroniques, vomissements, anémie, troubles digestifs de l'enfance*, etc. PARIS, phie GREZ, 34, rue de la Bruyère.

118

Epilepsie, traitement efficace

par l'Elixir à base de *Picrotoxine* et les Granules de Picrotoxine du docteur Penilleau.

Doses : Elixir, de 2 à 4 cuillerées à soupe par jour; Granules, de 4 à 8 par jour.

Pharmacie LEPINTE, 72, r. St-Dominique, Paris.

134

Contrexéville

(SOURCE DU PAVILLON).

Contre la gravelle, la goutte et les maladies des voies urinaires.

ÉTABLISSEMENT OUVERT DU 15 MAI AU 15 SEPTEMBRE.

DÉPÔT CENTRAL : 29, rue de la Michodière; maison ADAM (Paris), où l'on trouve toutes les eaux minérales, et spécialement celles étrangères.

70

Pilules de Blancard,

Approuvées par l'Académie de Médecine.

Participant des propriétés de l'iode et du fer, ces pilules s'emploient contre les *scrofules*, la *phthisie* à son début, la faiblesse de tempérament, ainsi que dans toutes les affections (*pâles couleurs, aménorrhée*, etc.), où il est nécessaire de réagir sur le sang.

Exiger la signature ci-jointe au bas d'une étiquette verte.

Blancard

40, *rue Bonaparte.*

SE DÉFIER DES CONTREFAÇONS.

74

Pansement antiseptique

Méthode LISTER.

MM. DESNOIX et Cie, pharmaciens, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, préparent, depuis plusieurs années déjà, toutes les pièces nécessaires au pansement antiseptique par la méthode Lister et les tiennent à la disposition des médecins et chirurgiens qui désirent employer ce mode de pansement.

4

Extrait de viande Liebig.

L'Extrait de viande Liebig est du bouillon concentré. Les Etablissements de la compagnie Liebig, situés dans l'Uruguay, sont aujourd'hui universellement connus. La Compagnie a obtenu : 5 médailles d'or et 3 grands diplômes d'honneur.

Le bouillon à l'extrait de viande se prépare instantanément et il est privé de graisse et de gélatine. Ce sont là des qualités qui lui assureront l'approbation du médecin pour qui un bouillon de préparation facile est d'une si grande importance. Plusieurs pharmacopées ont du reste dû l'admettre parmi les médicaments de pharmacie.

Se vend en gros par les principaux droguistes de Paris et de la province.

82

Diathèse urique

Goutte, gravelle, rhumatisme, diabète, albuminurie, coliques néphrétiques, coliqes hépatiques.

CARBONATE DE LITHINE.
CITRATE DE LITHINE.
BENZOATE DE LITHINE.
SALICYLATE DE LITHINE.
BROMHYDRATE DE LITHINE.

Granulés effervescents de CH. LE PERDRIEL.

Les sels granulés effervescents étant très-solubles, la Lithine est sûrement assimilée.

Vingt ans de succès.

Paris, 9, rue Milton et dans toutes les pharm.

36

Vin de Baudon antimonio-phosphaté.

TONIQUE, RECONSTITUANT,

Bien supérieur à l'huile de foie de morue.

Affaiblissement général, anémie, lymphatisme, scrofule, rachitisme, affections catarrhales, phthisie et suppurations prolongées.

Utile pendant la grossesse et l'allaitement.

Ph. BAUDON, 11, r. des Francs-Bourgeois, Paris.

1

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.

Orezza, EAU MINÉRALE FERRUGINEUSE ACIDULE

la plus riche en fer et acide carbonique.

Cette **eau** n'a pas de rivale pour la guérison des GASTRALGIES, FIÈVRES, CHLOROSE, ANÉMIE,

et toutes les maladies provenant de L'APPAUVRISSEMENT DU SANG.

57

Farine LACTÉE Nestlé

Dont la base est le bon lait. 3 *Diplômes d'honneur* et 5 *Médailles d'or*. — 10 ans de succès. C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel et facilite le sevrage; avec lui, pas de diarrhée, pas de vomissements, la digestion en est facile et complète. Exiger la signature HENRI NESTLÉ. — Gros : CHRISTEN frères, 16, rue du Parc-Royal. — Détail : Pharmacie CHRISTEN, 31, rue du Caire, Paris, et tous les pharmaciens.

8

Valérianate Pierlot

D'après l'opinion des professeurs Bouchardat, Gubler, Trousseau, le Valérianate d'ammoniaque de Pierlot est un *névrosthénique* et un puissant *sédatif* des *névroses*, des *névralgies* et du *nervosisme*.

Le VALÉRIANATE DE PIERLOT doit être pris par cuillerée à café matin et soir.

Une instruction accompagne chaque flacon.

47

PHTHISIE, AFFECTIONS DES BRONCHES.

Capsules molles de Bourgeaud

à la **CRÉOSOTE VRAIE** du goudron de hêtre et à l'**Huile de foie de morue**. — *Récompense unique à l'Exposit. universelle de Paris*, 1878. Les seules expérimentées et employées dans les Hôpitaux de Paris. — BOURGEAUD, pharm. de 1re cl., fourn. des hôp., 20, r. de Rambuteau, Paris.

CAPSULES contenant 0,02, 0,05 et 0,10 de créosote. la boîte, 4 fr. — VIN et HUILE créosotés conten. 0,20 de créosote par cuillerée, la bouteille, 5 fr.

66

Cachets digestifs H. Mourrut

PEPSINE ET DIASTASE

PURETÉ GARANTIE. — EFFICACITÉ CERTAINE.

« Eviter les préparations similaires à base alcoolique, l'alcool précipitant de leur dissolution les ferments digestifs. » (BOUCHARDAT, *Annuaire*, 1880, p. 138; Académie de médecine, 12 aout 1879.)

Phie CHAMPIGNY, rues de Berlin et de Clichy, 39; 10, rue du Port-Mahon, et principales pharmacies.

78

Tamar indien Grillon

(Electuaire lénitif no 532 du Codex.)

FRUIT LAXATIF RAFRAICHISSANT

contre *Constipation, Hémorrhoïdes*, la *Migraine*, sans aucun drastique : Aloès, podophile, scammonée, r. de Jalap, etc.

Ph. GRILLON, 52, r. Grammont, Paris. Bte, 2f. 50.

41

Rhumatismes. Guérison par la

Flanelle et la Ouate végétale du Pin sylvestre. REYNAUD, chemisier, rue de la Paix, 22, Paris.

22

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

23

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire ; apaise les douleurs des reins et de la vessie ; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

7

Les Dragées Carbonel

AU PERCHLORURE DE FER PUR.

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant quatre gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon: QUATRE francs.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

39

Granules antimonio-ferreux et

antimonio-ferreux au Bismuth du docteur PAPILLAUD.

Nouvelle médication contre l'anémie, la chloro-anémie, la chlorose, les névralgies et névroses, les affections scrofuleuses.

Les Granules antimonio-ferreux au Bismuth contre les maladies nerveuses des voies digestives (gastralgies, dyspepsies).

Pharmacie E. MOUSNIER, à Saujon (Charente-Inférieure). A Paris, aux pharmacies : 1, rue des Tournelles ; 141, rue Montmartre.

21

AFFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES.

Vin et Huile de foie de Morue

CRÉOSOTÉS du Dr G. FOURNIER.

0,20 de créosote du hêtre, par cuillerée à soupe.

Capsules d'Huile créosotée à 0,05.

Seules récompensées à l'Exp. univ. de Paris, 1878.

Pharm. de LA MADELEINE, 5, rue Chauveau-Lagrade, Paris. — Exiger la signature.

102

Vin de G. Seguin.

« C'est un puissant tonique; pris avant le « repas, il facilite la digestion. Il est très-utile « pour empêcher le retour des fièvres intermit- « tentes sujettes à récidive. — BOUCHARDAT. »

Paris, pharm, G. SEGUIN, 378, r. Saint-Honoré.

30

SUCROCARBONATE DE

Fer de Tanret

Auteur de la *Pelletiérine* et de l'*Ergotinine*. FERRUGINEUX très-agréable; il se prend en nature, aux repas, à la dose de 1 à 2 mesures.

ENVOI FRANCO D'ÉCHANTILLON SUR DEMANDE A MM. LES MÉDECINS.

Paris, phie TANRET, 64, rue Basse-du-Rempart.

28

Elixir alimentaire Ducro très-agréable au goût.

VIANDE CRUE ET ALCOOL.

Phthisie, anémie, convalescence, épuisement. Envoi fo d'échon par poste. Paris, 20, pl. des Vosges.

N° 114. — MARDI 3 OCTOBRE 1882. 55e ANNÉE. MARDI 3 OCTOBRE 1882. — N° 114.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Hardy.

La syphilis et son traitement.

Je viens aujourd'hui tenir la promesse que je vous ai faite dans l'une de mes dernières conférences, c'est-à-dire de répondre à la demande qui m'avait été faite par quelques-uns d'entre vous de vous parler de la syphilis et de son traitement dans ses diverses périodes.

I

Aujourd'hui même, du reste, il s'est présenté dans nos salles le fait intéressant d'un homme de trente-deux ans, chaudronnier, ordinairement bien portant, en apparence du moins, mais qui a des habitudes alcooliques. Il se plaint de pituites le matin, il se plaint surtout d'hallucinations de l'ouïe et de la vue, apercevant à chaque instant, dit-il, des animaux, des précipices, etc. Ceci n'est rien encore, mais le phénomène principal dont il souffre, c'est une douleur de tête, extrêmement vive, qui, depuis trois semaines environ, ne le quitte ni jour ni nuit pour ainsi dire. Cependant, je le répète, cet homme est fort, vigoureux, jeune encore. Cette céphalalgie, réellement atroce par moments, a des caractères particuliers : elle siège au sommet de la tête, aussi bien à droite qu'à gauche, elle est bilatérale et s'étend un peu vers l'occiput. Il semble à notre malade qu'une forte pression s'exerce sur sa tête, que celle-ci est emprisonnée dans un cercle de fer. La nuit ce sont des élancements qui l'empêchent de dormir; parfois ces douleurs déterminent de véritables crises d'exaspération qui se terminent par des pleurs. La douleur est permanente, mais les paroxysmes se déclarent généralement à partir de quatre heures ou de six heures du soir, se prolongent pendant toute la nuit, et ce n'est guère que le matin que, se calmant un peu, cet homme peut commencer à s'endormir et reposer pendant quelques heures.

Quelle est donc la nature d'une céphalalgie aussi particulière? L'intensité, la lancinance de la douleur pourraient faire songer à une névralgie, et à une névralgie de nature intermittente, en raison même de sa périodicité vespérale. Mais nous trouvons chez notre malade quelques caractères qui n'appartiennent pas à une névralgie proprement dite, et parmi eux je citerai tout d'abord son siège bilatéral, car les douleurs névralgiques n'occupent généralement qu'un seul côté de la tête; il est rare aussi qu'une névralgie de cette région ne suive pas le trajet soit du nerf facial, soit du nerf occipital, soit du nerf temporal, etc. Ici elle siège au sommet de la tête et irradie aussi bien à droite qu'à gauche. Enfin ses intermittences vespérales et ses exacerbations la distinguent encore d'une simple névralgie.

En résumé, donc, les caractères de la céphalalgie éprouvée par notre malade, c'est-à-dire le siège son intensité et son exacerbation vespérale et nocturne, indiquent certainement cette variété spéciale de céphalée qu'on retrouve ordinairement dans la syphilis et principalement au début de la seconde période de cette affection. Aussi, cette première pensée venue à l'esprit, devons-nous rechercher immédiatement si, dans les antécédents du malade, il n'existe pas un fait quelconque capable de nous confirmer dans l'idée que cet homme a été infecté par la syphilis.

Ces recherches sont d'autant plus importantes que des douleurs semblables étant souvent prises de prime abord pour des névralgies, sont, par suite, traitées comme telles par des applications de vésicatoires, par l'emploi du sulfate de quinine, de la belladone, moyens qui, tous, échouent fatalement en raison même de la nature véritable du mal, ou bien encore par la morphine dont tous les bienfaits sont, en pareil cas, de donner seulement un peu de calme, un peu de sommeil, mais ne peuvent aller jusqu'à la cessation complète de toute céphalalgie.

C'est un peu la thérapeutique qui a été employée pendant quelques jours chez notre malade, — en vain, bien entendu, — par le médecin qu'il est allé consulter avant d'entrer à l'hôpital.

En semblable occurrence, ce qu'il faut tout d'abord, c'est explorer la peau et les ganglions lymphatiques, y chercher quelque trace d'une éruption superficielle ou quelque augmentation de volume d'un ou de plusieurs ganglions. C'est ce que nous avons fait chez notre malade, car la céphalée peut se rencontrer à deux époques de la syphilis,

soit à la première période soit alors qu'il se développe quelque exostose. Dans ce dernier cas les douleurs n'ont plus un siége aussi régulier.

Cet homme ayant donc été déshabillé, nous avons aperçu, en effet, un certain nombre de taches sur différents points du corps, dans le dos, sur les flancs et les épaules surtout. L'éruption y est peu prononcée, elle a un aspect marbré et les taches disparaissent sous la pression pour se montrer de nouveau dès que celle-ci cesse. Cet aspect marbré forme un contraste bien net avec la couleur de la peau, et les taches, un peu rosées, disséminées, très-superficielles, étendues, sans démangeaison, caractérisent ce que l'on a appelé une roséole syphilitique. Notre malade présente donc sur la peau une éruption dont les caractères particuliers, réellement spécifiques, appartiennent aux manifestations que l'on observe dans la seconde période de la syphilis.

Du côté du système ganglionnaire, nous trouvons aussi chez lui des phénomènes bien tranchés, caractérisés par l'augmentation de volume d'un certain nombre de ganglions, lesquels ne sont ni douloureux ni très-durs. Ainsi, dans les aines, nous constatons de chaque côté une pléiade ganglionnaire parfaitement accusée par l'existence de sept ou huit ganglions volumineux, mous et indolents à la pression, qui constituent une véritable adénopathie syphilitique. Il en est de même à la région cervicale. De plus, nous découvrons aussi un ganglion, parfaitement authentique, dans une région où il est plus rare d'en rencontrer, c'est-à-dire à l'épitrochlée (bras gauche). Il n'existe rien de semblable, par contre, au niveau du coude droit. Les ganglions ne sont en rapport avec aucune lésion de voisinage, et leur présence ne peut pas s'expliquer par une inflammation cutanée quelconque.

En résumé, nous avons affaire ici à un individu chez lequel la signature de la syphilis nous est donnée par l'éruption roséolée dont je viens de parler et par cette adénite cervicale, inguinale et cubitale. La céphalée dont il se plaint dépend donc de cette affection même parvenue à sa seconde période. Mais cela ne nous suffit pas, et lorsque nous l'interrogeons nous apprenons qu'il a eu une ulcération chancreuse, — voilà la lésion primitive, — aux parties génitales, siége habituel du chancre infectant. En effet, nous retrouvons sur la verge les traces d'une ulcération survenue il y a six semaines ou deux mois environ et qui n'a pas duré très-longtemps. Elle s'est accompagnée d'une inflammation médiocre, elle a été très-peu douloureuse et de courte durée, caractères spécifiques aussi de la syphilis. C'est un tubercule indolent qui s'ulcère, qui suppure peu, est peu enflammé : aussi passe-t-il souvent inaperçu chez les femmes, surtout chez celles qui ne sont pas habituées aux soins de propreté les plus élémentaires.

Les antécédents de notre malade viennent donc encore confirmer le diagnostic porté sur la nature de la maladie et la période secondaire de la lésion actuelle.

Quant au traitement, il consiste avant tout à débarrasser le malade de ses douleurs céphaliques qui, généralement, durent peu : un mois ou six semaines, pour disparaître le plus souvent spontanément dès que la roséole apparaît. Néanmoins notre devoir est de chercher à les faire disparaître plus tôt. La chose est ordinairement possible. Le meilleur médicament est l'iodure de potassium; avec 2 ou 3 grammes par jour, on arrive assez facilement à les guérir en quarante-huit heures ou en trois jours, en huit jours au plus. C'est ainsi que, cet homme étant entré mercredi, nous avons dès le soir commencé la médication en lui prescrivant 2 grammes d'iodure de potassium, le lendemain jeudi il en a pris 3 grammes, ainsi qu'hier vendredi.

Cette nuit il a déjà moins souffert, son insomnie a été moindre; tandis que, dans les nuits précédentes, il ne fermait pas l'œil, dans celle-ci, au contraire, il a dormi une première fois de neuf heures et demie du soir à une heure du matin; puis une seconde fois, vers quatre heures du matin, il a dormi de nouveau pendant deux heures. Nous avons donc l'espérance de voir disparaître complètement ces douleurs de tête atroces d'ici à deux ou trois jours.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS. — M. Triaire.

Cas graves d'éclampsie suivis de guérison, traités par la provocation ou l'accélération du travail et les inhalations de chloroforme (1).

III

Je voudrais rapidement induire quelques enseignements de ces faits qui, joints à ceux que je possède et que j'ai autrefois publiés, portent à cinq le nombre d'éclampsies que j'ai traitées par la dilatation artificielle du col et les inhalations de chloroforme. Sur ces cinq cas, les cinq mères ont été sauvées, et trois enfants ont survécu. Disons en outre que les deux enfants qui ont succombé présentaient la face et qu'il est légitime d'attribuer leur mort à cette complicationqui doublait pour eux le péril, en rendant l'extraction plus laborieuse. J'ai la conviction que si la présentation eût été régulière, ils eussent été sauvés comme les autres.

Le traitement que j'ai employé soulève deux questions qui sont toujours controversées en obstétrique : ce sont l'utilité des inhalations de chloroforme et l'opportunité de la dilatation du col.

Les inhalations de chloroforme, préconisées par Simpson, Blot, Churchill, Leudet, Chassagne, etc., ne sont pas très en faveur à l'école de Paris.

La plupart des accoucheurs donnent la préférence aux émissions sanguines. Je n'ai pas l'intention de refaire ici un parallèle qui a été fréquemment exposé entre les émissions sanguines et le chloroforme et de conclure victorieusement en faveur de l'une des deux méthodes contre l'autre. Le fait même d'une masse de sang intoxiqué en excès dans la circulation pose fort nettement l'indication de la saignée, et celle-ci est pratiquée tous les jours avec des chances diverses, il faut le dire, de succès. Mais de ce que l'indication théorique est nettement posée, de ce que les émissions sanguines exercent dans certains cas une action favorable sur la marche ou l'issue de l'affection, on est loin d'être en droit de les considérer, ainsi que l'ont fait certains médecins, comme le remède héroïque de l'éclampsie. Il n'est pas d'accoucheur qui n'ait éprouvé avec elle de graves revers. D'après une statistique donnée par M. Charpentier, la moyenne de la mortalité des éclamptiques traitées par les émissions sanguines est de 35 pour 100 (2). En tenant

---

(1) Fin. — Voir le numéro du 30 septembre 1882.

(2) Charpentier, *De l'influence de divers traitements sur les accès éclamptiques*. Paris, 1873.

compte des guérisons spontanées, ce résultat est loin d'être brillant.

La vérité est qu'il existe dans l'éclampsie une indication plus pressante que la saignée, *c'est celle qui consiste à soustraire le système nerveux à l'état d'irritabilité excessive où il est jeté.*

Cette indication est impérieuse et prime toute autre avec celle qui consiste à évacuer l'utérus. Elle ne peut être obtenue que par les anesthésiques et parmi eux un anesthésique assez fidèle, assez puissant, assez énergique pour agir rapidement et sûrement. Cet anesthésique est le chloroforme, de préférence au chloral dont l'incertitude et la longueur anesthésique ont été mis en lumière, en obstétrique, par des insuccès répétés.

La chloroformisation ne compte pas, il est vrai, comme les émissions sanguines, un long passé thérapeutique. Elle n'est pas, comme la saignée, une médication traditionnelle à laquelle sont attachés les noms des maîtres les plus illustres de l'art. Elle n'est pas non plus d'une application si facile, et, disons le mot, aussi commode, pour l'opérateur, car elle exige de longues heures passées au chevet de la patiente.

Aussi l'on peut dire qu'elle a été jusqu'à présent relativement peu pratiquée dans l'éclampsie puerpérale. Et cependant pour les faits connus les résultats sont frappants. Braün a obtenu 16 guérisons sur 16 cas, Chaille 17 sur 19. On a vu que j'ai obtenu 5 sur 5. La statistique de M. Charpentier, que j'ai déjà citée, donne 11,1 de décès sur 100, au lieu de 35 que fournissent les émissions sanguines.

La pathogénie de l'éclampsie est d'accord avec les faits cliniques pour la spécificité du chloroforme. Il agit en modérant l'excitation anomale de la moelle, produite par le sang altéré et peut-être aussi par la douleur et le traumatisme vulvo-utérin. On a pu voir cette action mise en lumière dans les observations précédentes. Dès que les malades étaient placées sous l'influence de l'agent anesthésique, les crises diminuaient de fréquence et d'intensité. Si l'on suspend l'anesthésie, les crises se reproduisent et reprennent bientôt leur primitif caractère de gravité. La malade étant placée sous l'influence du chloroforme donné à des doses convenables, chaque accès peut être enrayé ou singulièrement atténué et éloigné en renouvelant l'inhalation au premier mouvement spasmodique exécuté par l'éclamptique. Mais il est nécessaire, pour obtenir ce résultat, que l'accoucheur ne quitte point ou peu la patiente et ne recule pas, comme le professeur Peter, devant un long tête-à-tête avec le chloroforme (1). Je donne ainsi jusqu'à 40 à 50 grammes de chloroforme, dans les éclampsies de longue durée qui se manifestent avant le travail; quand l'éclampsie survient pendant le travail, l'accouchement a lieu généralement assez tôt pour nécessiter une dose moindre de l'agent anesthésique : 15, 20, 30 grammes peuvent alors suffire.

Une autre question est soulevée par la conduite que j'ai adoptée dans les cas que j'ai cités, c'est celle de l'opportunité de la dilatation artificielle du col.

Faut-il se résoudre, en face d'une éclampsie survenant avant le terme de la grossesse, l'enfant étant viable bien entendu, à attendre de la nature la provocation du travail et l'expulsion de l'enfant, ou bien faut-il mettre tout en œuvre pour susciter les contractions utérines et terminer l'accouchement? J'ai déjà traité cette question dans les *Archives de tocologie* et la *Gazette des hôpitaux* (août 1876). Après avoir signalé dans ce travail les divergences qui séparent encore l'école à ce sujet, je montrais que l'enfant et la mère pouvant être sauvés par une intervention active et rapide, il ne pouvait y avoir dans mon esprit le moindre doute sur la conduite à tenir.

Le chloroforme n'est, en effet, qu'un palliatif puissant qui enraye ou modère les accès, mais les laisse reparaître dès qu'il est suspendu. Le plus souvent l'éclampsie qui se manifeste à la fin de la grossesse ne peut être enrayée que par l'évacuation de l'utérus. La continuation des attaques après l'accouchement ne démontre pas l'incertitude de cette assertion. Quand les accès ne disparaissent pas totalement après la délivrance, ils s'affaiblissent toujours en intensité, en durée et en quotité et ne durent pas plus de quelques heures après l'accouchement, surtout si l'on a donné du chloroforme.

Les observations que j'ai prises sont concluantes à ce sujet. Il faut donc provoquer ou activer l'accouchement. Mais faut-il le faire dans tous les cas? Non, certainement, et on voit que dans l'observation II la femme n'étant pas à terme, à sa première série d'attaques éclamptiques, et les crises n'ayant pas été assez fréquentes pour mettre en péril la vie de la mère et de l'enfant, je me contentai de les réprimer avec le chloroforme sans avoir recours à la dilatation du col, et la grossesse continua son cours. Je m'empressai au contraire de provoquer la dilatation, quand elle fut reprise des mêmes accidents au terme de sa grossesse.

Quand les crises sont peu fréquentes et peu intenses, que la femme reprend connaissance dans l'intervalle des accès, la temporisation est donc indiquée, si le fœtus n'est pas à terme. Dans ce cas, en effet, l'anesthésie chloroformique peut suffire pour apaiser les accidents et la grossesse continuer son cours. Mais, si les accès sont intenses, si la vie de la femme et de l'enfant paraissent manifestement en danger, ou bien si la femme est à terme, je ne pense pas que l'on puisse soutenir qu'il y ait lieu de s'attarder à une expectation périlleuse. Le plus souvent, du reste, le col subit, dans ces cas, un commencement de dilatation et l'indication de la provoquer ou de l'accélérer, afin de terminer le plus tôt possible l'accouchement par le forceps ou la version, paraît hors de doute.

Quelle est maintenant la meilleure méthode de provocation ou d'accélération du travail? Si l'orifice n'a pas subi un commencement de dilatation, s'il s'agit d'une véritable provocation de l'accouchement, je donne la préférence à l'éponge préparée ou à l'ampoule de Tarnier, comme étant des procédés plus expéditifs. Si, au contraire, le col est effacé et l'orifice déjà ouvert, s'il n'est question que d'une simple accélération du travail qui puisse permettre le plus tôt possible la version ou le forceps, c'est aux douches utérines que j'ai recours le plus volontiers.

C'est une des méthodes d'intervention les plus commodes et les plus faciles à installer. Il est rare que sous leur influence les modifications du col ne s'accomplissent pas avec rapidité, et on sera rarement obligé d'avoir recours à d'autres excitants.

---

(1) « J'avoue que ce long tête-à-tête me laisse froid. » Peter, Confér. cliniq. et chir. de tocologie, 1878.

ORIGINES DE LA MÉTALLOTHÉRAPIE (1)

IV

B. PREMIÈRES EXPÉRIENCES A LA SALPÊTRIÈRE EN 1849-50; DÉCOUVERTE DES CAUSES PROCHAINES (DE L'ANESTHÉSIE ET DE L'AMYOSTHÉNIE) DE L'HYSTÉRIE ET DE SES CONGÉNÈRES; DES PROPRIÉTÉS ESTHÉSIOGÈNES ET DYNAMOGÈNES DES MÉTAUX; DE LA MÉTALLOSCOPIE ET DU POLYMÉTALLISME.

Par le docteur V. BURQ.

Le choléra disparu, nous nous fîmes autoriser par l'Assistance publique à transporter notre arsenal métallique à la Salpêtrière. Y combattre les attaques, au moment même de leur production, de façon à remplacer la camisole de force et les autres liens d'attache par nos armatures et soulager peut-être les hystériques, tel était seulement notre but. Quant à la possibilité d'une guérison, nous n'y songions même pas.

Nos premiers essais ne furent point heureux. Entouré d'épileptiques et n'ayant que l'embarras du choix, c'est d'abord sur des malades de cette catégorie que furent faites nos applications. Leurs attaques continuèrent comme si de rien n'était. Forcé de renoncer à venir en aide à ces infortunées, nous reportâmes alors toutes nos espérances sur les hystériques de la division. Malheureusement, l'imitation ou toute autre cause avait déjà porté ses fruits, de sorte que celles qui n'étaient point épileptiques l'étaient devenues, ou du moins en avaient pris l'apparence. Cependant, obligé de faire un choix, nous prenons cinq malades chez lesquelles l'épilepsie acquise ne paraissait jouer qu'un rôle secondaire. C'étaient les nommées Lhoste, Valois, Verdelet, Peffert et Sylvain. Toutes ces malades, faisons-le déjà remarquer, étaient internées depuis nombre d'années, et il ne se passait guère de semaine qu'elles ne tombassent en état de mal et qu'on ne dût les mettre en loge; c'est dans de pareilles conditions que furent faites les expériences dont nous allons parler.

Avant de dire quels en furent les résultats fort inattendus, il convient que nous parlions, d'ores et déjà, de deux observations importantes qui ne tardèrent point à nous frapper. La première, c'est que la sensibilité générale et spéciale des cinq malades avait subi une atteinte profonde. Lhoste et Sylvain, qui étaient les plus affligées, offraient à peine un reste de sensibilité sur quelques points limités, avaient perdu jusqu'à la conscience de la position de leurs membres, et ne présentaient plus trace ni du goût ni de l'odorat (l'acuité auditive et visuelle ne furent point examinées).

La deuxième observation se rapportait à ce fait, alors complètement ignoré, comme symptôme essentiel de l'hystérie : c'est que, chez toutes, l'anesthésie était doublée d'une amyosthénie très-grande, ainsi que chez l'hystérique de M. Maisonneuve, amyosthénie telle chez Sylvain qu'elle confinait à la paralysie. Voici maintenant les faits en termes aussi abrégés que possible :

Le traitement fut commencé en novembre. Il consista exclusivement en des applications de même nature que celles que nous avions faites sur Picardel, sauf que les bracelets et les ceintures étaient plus larges et disposés, les premiers, en forme de valves d'une coquille, montées à charnière, formant ressort pour en faciliter l'application, et que l'emploi en fut fait d'une manière suivie, pendant les attaques mêmes ou les prodromes qui les annonçaient.

Or, sur deux malades, Valois et Verdelet, les effets immédiats des armatures furent tout aussi prompts et aussi probants que chez Picardel, c'est-à-dire que leur application ou leur enlèvement prématuré faisait aussi disparaître ou revenir à volonté l'attaque chez elles.

Sur la troisième, Lhoste, ces effets furent les mêmes. Mais parfois les armatures se montrèrent moins actives, surtout contre l'état cataleptique, et, de plus, cette malade eût encore, ainsi que Valois et Verdelet, pendant leur application, des accès épileptiformes.

Chez la quatrième, Peffert, au contraire, le résultat fut presque nul, et la cinquième, Sylvain, ne présenta aucun changement soit dans l'intensité, soit dans la durée de la crise.

L'action des armatures ne se démentit jamais ni chez Valois, ni chez Verdelet, ni chez Lhoste, si bien que ces trois malades, voyant leurs attaques avorter, négligeaient rarement d'y recourir à la moindre menace d'une nouvelle crise.

Pendant ce temps, une sixième hystérique, Séguerlay, que des vomissements incoercibles et une paraplégie retenaient depuis plusieurs mois à l'infirmerie, mais dont nous avions refusé de nous occuper parce qu'elle nous avait paru encore plus épileptique que les cinq autres, s'empare de l'armature que nous avions remise à Sylvain, sa voisine, et se met à se l'appliquer spontanément la nuit sans en rien dire. Au bout de quelques jours, cette malade vient à nous, s'accuse de son larcin et nous dit « que maintenant elle vomit moins et se sent plus forte ». Nous prenons ces paroles pour une pure hâblerie d'hystérique et nous passons.

Cependant un mois s'était à peine écoulé que les attaques des trois premières malades semblaient s'éloigner et durer un peu moins que d'habitude, et que Séguerlay ne vomissait plus, allait et venait, et demandait à quitter l'infirmerie. Curieux alors de voir ce que devenait sous le métal l'anesthésie, dont l'étendue et la profondeur commençaient à nous paraître proportionnées à la fréquence et à l'intensité des crises, nous remarquons déjà que le cuivre ramenait la sensibilité, comme chez la malade de Robert, et qu'après une attaque avortée, un fourmillement général annonçait invariablement, avec la fin de celle-ci, le retour de la sensibilité dans toutes les parties du corps où il se manifestait. C'était là un fait considérable; mais les conséquences à en tirer devaient encore se faire attendre, et nous ne fîmes que le noter.

A la fin de décembre, certains motifs de convenance nous parurent réclamer notre éloignement momentané du service. Nous partîmes, laissant nos armatures à la libre disposition de nos malades Pas besoin n'était de leur recommander de ne point négliger d'y recourir. Habituées à trouver du soulagement dans leur application, elles avaient fini par croire, les premières, à leur vertu curative : douce illusion, nous disions-nous en nous-même, dans la pensée où nous persistions que leur amélioration n'était que l'effet d'une coïncidence, et, s'il arrivait que l'une d'elles fût surprise par une attaque, aussitôt ses compagnes de traitement accouraient pour les lui appliquer.

Durant cette interruption toute volontaire de nos expériences, le moment nous paraît venu de nous recueillir, de mettre en ordre les nouveaux faits acquis, tant à la Salpêtrière qu'à Cochin, et de faire connaître ceux qui avaient le plus de chance d'être favorablement accueillis. C'est alors, le 4 février 1850, que nous adressâmes à l'Académie des sciences une première communication sous ce titre : *Note pour servir à l'histoire des effets physiologique et thérapeutique, des armatures métalliques, ou de l'influence de certains métaux sur la paralysie de la sensibilité ou anesthésie.* Dans ce travail étaient énumérés et analysés avec soin les phénomènes principaux, tant subjectifs qu'objectifs, que nous venions d'observer. Il fut imprimé le même mois par la *Gazette médicale.* Nous y renvoyons le lecteur.

Après un mois et demi d'absence, nous revînmes vers nos quatre hystériques, ne doutant pas que, semblables à ce malheureux de la fable, qui n'était jamais plus loin du but que lorsqu'il se croyait le plus près de l'atteindre, ne fussent retombées dans leur état primitif. Aussi quel ne fut point notre étonnement lorsque nous vîmes ces malades venir à nous toutes joyeuses et nous apprendre qu'après notre départ trois ou quatre dernières applications avaient suffi pour écarter complètement tous leurs maux ou peu s'en faut. Ainsi Valois, Verdelet et Lhoste n'avaient presque plus eu de crises. De son côté, Séguerlay, qui avait vu disparaître tous ses spasmes, en même temps que le mouvement lui revenait dans les jambes, était devenue fille de service, et, comme pour témoigner qu'elle était parfaitement en état de remplir ses nouvelles fonctions, elle nous apparut portant sur son dos une lourde charge de pommes de terre qu'on l'avait envoyée chercher à la cuisine, qui était alors

(1) Suite. — Voir le numéro du 28 septembre 1882.

distante du pavillon Sainte-Laure de près d'un tiers de kilomètre, pour les faire éplucher par des malades valides. Lhoste, plus lettrée, avait pris l'initiative de tenir régulièrement un cahier d'observations générales que nous avons encore, où ne se trouvent consignés, pour elle, que quelques troubles hystériques sans importance, et, pour Valois, une seule attaque provoquée par un acte de violence. Bien mieux, les accès épileptiformes avaient eux-mêmes cessé, et Lhoste était la seule des quatre qui eût encore présenté ce qu'elle appelle dans son propre dossier « des évanouissements ». Toutes se trouvant donc en voie de guérison, nous ne pouvions plus le méconnaître, et toutes accusant aussi, comme Séguerlay, le retour de leurs forces, nous nous mettons à interroger leur sensibilité; et ces malades, que nous pouvions, à notre arrivée, larder impunément avec une longue aiguille, sauf Séguerlay, qui était, elle, restée sensible (1), et chez lesquelles nous pouvions enfoncer profondément une cuiller dans la gorge ou les barbes d'une plume dans le nez sans provoquer ni vomissement ni éternuement, souffrent maintenant du moindre pincement de la peau et de la plus petite piqûre, savent très-bien distinguer, au goût, le sucre d'avec le sel et flairent de même les odeurs. Frappé alors d'un trait de lumière, nous explorons la sensibilité de Sylvain et de plusieurs autres hystériques qui étaient restées dans le même état, et nous les trouvons tout aussi anesthésiques que jamais!

Dès lors, comment nous refuser encore à voir que l'anesthésie et l'amyosthénie, si constantes dans l'hystérie et dans toutes les névroses, que celle-ci résume, marchaient de pair avec tous les autres phénomènes, qu'elles constituaient comme une sorte de pouls de cette affection, qu'elles en étaient la mesure et probablement la base, puisque les attaques avaient disparu avec le retour de la sensibilité et des forces musculaires; et comment ne point conclure que, puisqu'il nous avait été toujours impossible d'agir sur les désordres convulsifs sans atteindre du même coup l'anesthésie, la métallothérapie devait se servir de cette dernière comme d'une pierre de touche pour reconnaître d'avance l'action des armatures? Alors pourquoi ces applications d'essai faites sur tout le corps pendant la crise? Une seule petite plaque de cuivre, appliquée sur une surface anesthésique, au bras par exemple, comme nous l'avions fait chez Clémentine, n'en devait-elle pas dire tout autant qu'une armature entière? Et ne suffisait-il point qu'en ce cas, le métal eût ramené la sensibilité pour être à peu près certain d'avance de triompher de l'attaque d'abord, puis de l'affection tout entière?

Pour en avoir la preuve, nous expérimentons sur d'autres hystériques, et celles chez lesquelles le cuivre ramène la sensibilité, et celles-là seulement, sont délivrées de leurs attaques par nos armatures. Plus vite un bracelet d'essai avait eu raison de l'anesthésie et mieux les armatures faisaient avorter les convulsions.

A partir de ce moment, un jour tout nouveau luit sur la thérapie naissante; la métallothérapie était fondée.

Mais si un certain nombre d'hystériques de la division répondaient à l'action du cuivre, il y en avait d'autres qui s'y montraient absolument réfractaires, comme Sylvain. Revenant alors à cette dernière, nous renouvelons sur elle nos applications; nous remplaçons le cuivre jaune par du cuivre rouge; nous mouillons le métal avec une compresse d'eau salée, ainsi que nous avions dû le faire quelquefois pour les cholériques; nous le doublons d'une plaque de zinc; nous le mettons en rapport avec un élément de Bunsen. Toujours rien; l'anesthésie persiste. C'est en vain que, saisi de toute l'importance du problème qui désormais s'imposait à nous sous la formule suivante : « Étant donnée une hystérique, trouver le moyen de ramener sa sensibilité et ses forces à l'état normal », nous en cherchions sans cesse la solution. Sylvain continue à se rire de toutes nos piqûres, quelque profondes qu'elles soient. Et cependant cette solution, tant désirée et si obstinément demandée au cuivre tout seul, n'était plus à trouver. Nous la possédions. Déjà, en effet, le magnétisme ne nous avait-il point appris que tel métal, en dehors du cuivre, le fer par exemple, ou l'or allié qui n'avait point eu d'action sur la sensibilité magnétique d'un premier sujet, était, au contraire, esthésiogène sur un deuxième au premier chef? Alors pourquoi persister à demander exclusivement au cuivre ce que d'autres métaux pouvaient donner à sa place? Pourquoi ne pas essayer, tout au moins, l'acier, le fer, l'argent et l'or, comme nous l'avions fait dans l'état magnétique?... Mais aussi comment, à peine revenu nous-même des préjugés de la veille, pouvions-nous croire que la lumière était encore ici du côté du magnétisme? Comment, après tout ce que nous lui devions déjà, oser lui demander encore?

Nous avions donc continué à fermer les yeux lorsqu'un matin, le 2 mars 1850, date qui tient trop de place dans l'histoire de la métallothérapie pour que nous l'ayons oubliée, nous trouvâmes Sylvain occupée à coudre sur son lit avec un dé de fer. L'idée nous vint alors de tâter la sensibilité du doigt qui en était armé. Nous le piquons sans trop de ménagement, comme toujours. Aussitôt Sylvain pousse un cri de douleur, retire brusquement la main et peu après essuie une gouttelette de sang qui, pour la première fois, vient sourdre de la blessure. Nous repiquons le doigt un peu plus loin, avec plus de douceur, et l'aiguille est encore parfaitement sentie, mais moins qu'au voisinage du dé. Pendant ce temps, les doigts voisins continuent à être d'une insensibilité complète.

Nous reportons le dé sur un autre doigt, sur le pouce; en moins de dix minutes, la sensibilité y revient aussi et toute piqûre de la pulpe saigne. Nous substituons un dé en cuivre au dé de fer : rien, et les doigts, rendus sensibles auparavant par ce dernier, redeviennent anesthésiques.

Heureux d'une pareille découverte, mais n'osant point encore trop y croire, nous invitons l'interne du service, M. Briffault, à la vérifier, et l'expérience comparative des deux dés réussit dans ses mains comme dans les nôtres.

C'est ainsi que furent découvertes ou plutôt redécouvertes les différentes aptitudes ou sensibilités métalliques, dont la thérapeutique, proprement dite, par les métaux était appelée à tirer un si grand profit, en attendant que la révélation de l'idiosyncrasie individuelle par la sensibilité métallique portât d'autres fruits; c'est grâce à un simple dé à coudre que, notre horizon s'élargissant bien au delà de tout ce que nous avions pu rêver, nous acquîmes ce complément indispensable de la métalloscopie, la notion du *polymétallisme*; c'est par un cri de douleur que la métallothérapie reçut l'injonction d'avoir à cesser d'être exclusivement *monométallique*. Le cri de Sylvain ne devait point être le seul à avoir d'aussi heureuses conséquences. Un autre, poussé à vingt-cinq années de distance, dans des circonstances semblables, par une deuxième malade du même service, la nommée Bucquet, devait aussi ouvrir à M. le professeur Charcot le chemin de Damas. Mais n'anticipons pas.

Quelques jours après, des circonstances douloureuses, — douloureuses pour la profession et pour les malades, comme pour nous-même, — et qui furent le commencement de la longue odyssée de la métallothérapie, nous obligeaient de quitter la Salpêtrière où nous avions encore tant à récolter : les résultats de la deuxième campagne que nous sommes venu y faire en 1876 sont là pour le démontrer. Heureusement pour mes quatre malades que leur guérison apparente ne se démentit point, et que nous eûmes la satisfaction d'apprendre que, peu de temps après notre départ, Lhoste, Valois et Verdelet avaient pu être rendues à leur famille.

Auparavant il n'avait point fallu moins de toute une période de dix années pour que le pavillon Sainte-Laure rendît à la vie privée un même nombre de ses pensionnaires.

Quant à Séguerlay, qui était orpheline, elle resta, elle, à la Salpêtrière, mais en qualité de servante.

---

(1) Séguerlay est la première hystérique que nous ayons rencontrée ayant sa sensibilité. Par contre, elle était paraplégique et le reste de ses muscles étaient frappés de parésie. Ce sont ces troubles musculaires qui furent le point de départ de nos observations sur l'amyosthénie et sur son rôle dans l'hystérie conjointement avec l'anesthésie.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons de clinique thérapeutique professées à l'hôpital Saint-Antoine (1), par M. le docteur DUJARDIN-BEAUMETZ.

Ce troisième fascicule reproduit quatre leçons, dont deux consacrées au traitement de la pleurésie et des épanchements pleurétiques, deux au traitement de l'angine couenneuse et du croup.

Recueillies par M. le docteur Carpentier-Méricourt, ces leçons ont été revues par l'auteur.

De la nutrition dans la santé et la maladie (2), par M. le docteur James-Henry BENNET.

Cet essai de physiologie appliquée a déjà eu trois éditions en anglais, et c'est la troisième édition que M. P. Barrue vient de traduire sous les yeux de l'auteur.

M. Bennet commence par exposer ce qu'est la digestion et la nutrition dans la santé. Il montre le rôle de la nourriture solide et de la nourriture fluide. Après avoir considéré la nutrition en général, l'auteur étudie les besoins nutritifs de l'homme considérés dans leur rapport avec les occupations sociales, la température et le climat. Puis, après avoir exposé la nutrition dans les animaux et les plantes, il aborde l'étude de la nutrition défectueuse. Cette défectuosité est causée par manque de pouvoir vital, par l'existence d'une maladie aiguë, par une digestion et une assimilation imparfaites, par une nourriture insuffisante, par abus alcooliques, par excès de nourriture, ou enfin par réaction sympathique.

Les déductions pratiques ne pouvaient manquer dans un livre écrit par un Anglais, et l'on sait que M. Bennet est passé maître dans la pratique. On lira donc avec beaucoup d'intérêt son essai, qui se termine par un chapitre écrit spécialement pour nous, médecins; il est intitulé : Pourquoi les médecins qui réussissent meurent-ils souvent prématurément?

Leçons sur l'action physiologique des substances toxiques et médicamenteuses (3), par A. VULPIAN.

Ce deuxième fascicule, — d'un peu plus de 200 pages, — termine l'histoire de la strychnine. Il nous montre l'action de la strychnine sur l'homme, à dose thérapeutique dans les cas de paralysie, hémiplégie, etc. Cette action, dans certaines conditions, porte d'abord sur les parties des centres nerveux en rapport avec les membres paralysés.

M. Vulpian fait ressortir la valeur thérapeutique de l'emploi de la strychnine dans les cas de paralysie d'origine centrale et dans ceux d'origine extracentrale; dans les cas d'affections paralytiques de l'appareil visuel, dans la chorée, dans la paralysie agitante, il démontre son influence sur l'affaiblissement des sphincters, sur l'asthme, sur l'atonie stomacale, sur la paralysie intestinale, sur la paralysie vésicale et sur l'anémie. Il étudie enfin l'action de la strychnine sur les invertébrés.

L'auteur étudie ensuite la brucine, le m'boundou et la picrotoxine. Il montre l'action physiologique de la brucine, qui forme le principal agent toxique dans le hoáng-nán. Il expose les expériences faites sur les grenouilles avec le m'boundou. Ce poison semble agir plus énergiquement sur le bulbe rachidien que sur la moelle épinière. Cependant le seul agent convulsivant contenu dans ce poison serait la strychnine. Enfin il expose les effets convulsivants de la picrotoxine; il en montre l'action sur les grenouilles et sur les mammifères. La picrotoxine paraît agir, d'une façon tout à fait prédominante, parfois exclusive, sur le bulbe rachidien.

(1) Troisième fascicule. — Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.
(2) 1 vol. in-12. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Asselin et Cie.
(3) Deuxième fascicule. In-8°. — Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin.

Manuel de conchyliologie (1), par le docteur FISCHER.

Le chapitre IV du *Manuel* est consacré aux régions terrestres. La population zoologique des régions terrestres étant, en général, limitée plus nettement que celle des régions marines, acquiert à la longue des caractères distinctifs plus évidents. M. le docteur Fischer nous montre les diverses divisions admises par les zoologistes et principalement celles de Woodward, de Sclater, de Russel Wallace; puis il propose des divisions tout en établissant leur concordance avec celle de Woodward. Il établit huit zones entre lesquelles il répartit ses régions au nombre de 30. L'étude de ces 30 régions fait l'objet du troisième fascicule.

L'auteur consacre ensuite un chapitre à la distribution hypsométrique des mollusques; un autre à la distribution des mollusques dans le temps. Cette très-intéressante incursion géologique terminée, nous lisons avec un vif intérêt un chapitre sur la recherche des mollusques.

Ainsi préparé, le lecteur aborde l'étude de la nomenclature, où l'auteur donne les plus sages conseils; un coup d'œil jeté sur l'histoire de la conchyliologie termine la première partie du *Manuel*.

Avec la deuxième partie s'ouvre le synopsis des genres. M. Fischer consacre son premier chapitre à la classe des céphalopodes. Aux deux ordres d'Owen concordant aux divisions de d'Orbigny, M. Fischer ajoute un troisième ordre, celui des Ammonées, dont les caractères sont ambigus et participent de ceux des dibranches et des tétrabranches. L'évolution de ce type, aujourd'hui perdu, s'est produite dans la période secondaire, alors que les tétrabranches avaient en quelque sorte épuisé leur vitalité et avant l'entrée en scène des principaux dibranches dont l'importance a été toujours en augmentant jusqu'à nos jours.

Les deux fascicules que nous venons d'analyser sont traités avec le même soin que les premiers et seront accueillis avec la plus grande faveur par le monde savant. Le *Manuel de conchyliologie* est l'œuvre d'un maître et fait honneur à la science française.

Leçons d'hygiène infantile (2), par J.-B. FONSSAGRIVES, ancien professeur d'hygiène et de clinique des enfants à la Faculté de médecine de Montpellier.

Ces leçons sur l'hygiène infantile ont été faites à la Faculté de Montpellier. L'auteur leur a conservé, dans la mesure du possible, la forme qu'elles ont revêtue dans son enseignement, mais il les a tenues, avec le plus grand soin, au courant des progrès les plus récents de l'hygiène de l'enfance; elles expriment donc sa pensée actuelle sur les questions si nombreuses et si graves qu'embrasse cette étude.

Au nombre de vingt-sept, ces leçons traitent les sujets les plus variés comme on peut s'en assurer par l'énumération que nous allons en faire.

I. Physiologie et spécialisation sexuelle de l'enfance. — II. Le budget de la vie infantile. — III. Fragilité et conservation du nouveau-né. — IV. L'illégitimité et l'abandon. — V, VI et VII. La nourriture du premier âge. — VIII. Maladies de l'allaitement et athrepsie. — IX. Sevrage et alimentation de la seconde enfance. — X. La croissance et ses déviations. — XI. Dentition et odontaxie. — XII. Sommeil et insomnie dans l'enfance. — XIII. Hygiène de la vue chez les enfants. — XIV. Orthomorphose et Beauté. — XV. Maintien incorrect et attitudes vicieuses. — XVI. Vices de la voix et orthophonie. — XVII. Onanisme dans l'enfance. — XVIII. Accidents chez les enfants. — XIX. Principes de gymnastique éducative. — XX. Méthodes et procédés gymnastiques. — XXI. Exercices et jeux gymnastiques. — XXII, XXIII et XXIV. Éradication des germes d'hérédité morbide. — XXV. Prophylaxie morbilleuse, scarlatineuse et diph-

(1) Troisième et quatrième fascicules. — Prix de l'ouvrage complet 20 francs. — Paris, F. Savy.
(2) Un volume in-8°. — Prix : 10 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

thérique. — XXVI. La préservation variolique. — XXVII. Prophylaxie de la syphilis des nouveau-nés.

On retrouve dans ces leçons la forme si brillante et si personnelle qui a fait le succès du professeur Fonssagrives.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 27 septembre 1882, M. le docteur Geoffroy (Bruno-Victor-César) a été promu au grade de médecin principal de la marine.

— *Maladies contagieuses.* — Le ministre de l'instruction publique vient d'adresser aux recteurs la circulaire suivante, en date du 25 septembre:

« Monsieur le Recteur, le délai pendant lequel un élève atteint de maladie contagieuse doit être tenu éloigné de ses camarades n'a pas été déterminé jusqu'ici d'une manière précise, et bien souvent des enfants ont pu reprendre leurs études avant que les traces de l'affection et la possibilité de la contagion eussent complètement disparu. D'un autre côté, les précautions les plus nécessaires sont quelquefois négligées, faute d'instructions suffisamment nettes. Il y a là une source de dangers pour la salubrité et l'hygiène des établissements ; il était, par suite, indispensable d'arrêter sur ces différents points des règles assurant aux familles toutes les garanties qu'elles sont en droit d'exiger.

« J'ai cru devoir soumettre cette importante question à l'Académie de médecine, et cette haute Assemblée, dans sa séance du 18 juillet 1882, a adopté à ce sujet les conclusions d'un rapport dont je vous transmets ci-joint un exemplaire (1). Je n'ai pas besoin d'insister auprès de vous, monsieur le Recteur, sur l'utilité des instructions contenues dans ce rapport, et je compte sur votre sollicitude particulière pour en assurer l'exécution dans les établissements de votre ressort. Vous voudrez bien d'ailleurs faire parvenir un exemplaire de la présente circulaire et du rapport y annexé à chacun de MM. les inspecteurs d'académie, proviseurs, principaux et directeurs ou directrices d'écoles normales. »

(1) Voir la *Gazette des hôpitaux* du 20 juillet 1882.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 13434.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3.000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Dans la précédente séance, dont l'intérêt principal avait été dans la communication de M. Tarnier sur l'allaitement, la discussion déjà engagée sur la variolisation et la vaccination entre M. J. Guérin et M. Bouley, à l'occasion des expériences de clavelisation de M. Peuch, avait été un moment reprise en sous-œuvre par M. Blot, qui s'est élevé contre le vœu exprimé par M. Bouley : que la variolisation, d'après un procédé analogue à celui de M. Peuch, fût essayée en Afrique sur les Arabes.

Dans la séance d'hier, la question a été remise sur le tapis par une réponse de M. Bouley, qui a expliqué comment il n'avait pas entendu proposer la variolisation comme méthode générale à substituer à la vaccination, ainsi qu'on le lui avait reproché, mais comme expérimentation. Cette expérimentation lui paraissait justifiable, dans cette circonstance, par l'innocuité démontrée, d'une part, de l'inoculation par la voie sous-cutanée d'un virus varioleux atténué, et par l'éloignement que manifestent généralement les Arabes pour la vaccination, d'autre part.

Malgré l'atténuation que M. Bouley a apportée à sa proposition, en la réduisant à des essais expérimentaux partiels faits seulement sur les Arabes qui se refuseraient obstinément à la vaccination, cette proposition ainsi réduite n'a pas trouvé faveur devant l'Académie. Non-seulement MM. Blot et J. Guérin sont revenus à la charge en lui opposant de nouveau l'inopportunité et les dangers possibles de cette mesure; mais leur opposition s'est doublée cette fois de celle, non moins vive, qu'ont formulée, en leur propre nom et au nom de leurs collègues de l'armée et de la flotte, MM. Larrey, Perrin et Rochard. Si devant un *veto* aussi unanime M. Bouley persiste, il faut que sa confiance dans l'avenir des procédés en voie d'expérimentation soit bien grande... Qui sait? M. Blot n'a-t-il pas dit : « Cette proposition est imprudente et je m'y oppose formellement parce que les expériences sur lesquelles elle s'appuie sont encore insuffisantes. Peut-être dirai-je autrement dans un an, dans six mois, dans quelques semaines ; mais jusqu'à ce qu'on m'apporte des expériences concluantes, je maintiens mon opinion. » Allons en avant, marchons ! mais ne marchons pas trop vite ; et surtout quand il s'agit de partir des résultats encore incertains d'expérimentations faites sur les animaux, pour modifier des pratiques de médecine humaine qui comptent déjà en leur faveur une longue expérience, il y a lieu d'y mettre à la fois une grande circonspection et une grande prudence.

HOTEL-DIEU. — M. RICHET.

I. Abcès de la main, suppuration du poignet, amputation de l'avant-bras. — II. Hémorrhoïdes blanches, procidence du rectum, écoulements muqueux, destruction par volatilisation.

I. Nous allons opérer aujourd'hui un malade qui est depuis quelque temps déjà dans nos salles pour une vaste suppuration de la main gauche, ou plutôt de toutes les articulations du carpe. L'extrémité inférieure des os de l'avant-bras trempe aussi dans le pus, enfin il y a là une véritable infiltration purulente.

Pareil état peut-il guérir spontanément, c'est-à-dire sans l'intervention chirurgicale, sans une opération? A la rigueur, je réponds : Oui, cela est possible, et je l'ai dit à cet homme ; mais c'est une question de mois, sinon même d'années et de plusieurs années, en ayant recours aux antiseptiques, en immobilisant le membre dans un appareil inamovible et en donnant, par des incisions multiples, issue au pus. Mais, si guérison il y a, il faut aussi envisager quelles en seront les conséquences, à quel prix nous lui aurons conservé son membre, en un mot quel sera le résultat de ce mode de faire.

Eh bien ! disons-le tout de suite : si guérison il y a, le résultat en sera détestable en ce sens que l'ankylose sera complète et que la main non-seulement lui sera absolument inutile, mais encore que sa conservation sera la source de douleurs fréquentes à la suite de heurts réellement inévitables, quelque attention qu'il mette à ne pas se cogner.

Voilà donc la seule guérison possible, en supposant toutefois que cette main puisse guérir, car, il faut bien le dire, nous n'avons guère que deux ou trois chances sur cent. Ne pouvons-nous pas avoir à redouter des accidents d'infection purulente, d'érysipèle? ne pouvons-nous pas craindre aussi que, épuisé par une suppuration prolongée, cet homme ne

soit emporté à la longue par quelque phthisie chronique ou par quelque abcès du poumon?

Notre malade hésitait cependant un peu à se laisser amputer, mais après lui avoir fait le tableau des chances qu'il courait, après lui avoir fait entrevoir les résultats possibles dans les deux cas d'opération et de non-opération, il m'a déclaré ces jours derniers qu'il préférait se laisser opérer. Enfin aujourd'hui il y est tout à fait décidé, et c'est de son plein gré que nous allons intervenir.

Il s'agit de vous dire maintenant à quelle opération nous allons procéder. Peut-être quelques chirurgiens songeraient-ils à lui conserver tout l'avant-bras, se bornant alors dans leur intervention soit à l'amputation du poignet, soit à une résection. Cependant, disons-le tout de suite, cette dernière n'est pas possible; car qu'adviendrait-il du membre auquel on aurait fait pareille opération? Ferons-nous la désarticulation du poignet? A la rigueur, elle est possible; mais n'aurions-nous pas à craindre de laisser dans la plaie une portion des parties molles suppurées, car, ainsi qu'on le constate en toute certitude, la gaine radio-carpienne est complètement envahie? N'avons-nous pas plus encore à redouter que dès maintenant l'extrémité inférieure des os de l'avant-bras soit elle-même malade dans une étendue plus ou moins considérable?

Pour tous ces motifs, je crois donc plus avantageux de faire subir à notre malade, comme je le lui ai proposé, l'amputation à la partie moyenne de l'avant-bras, c'est-à-dire à un niveau où nous devons tomber, selon toutes probabilités, sur des os sains. C'est donc à l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs de l'avant-bras que nous allons porter l'instrument, de telle sorte que l'on puisse, la plaie une fois cicatrisée, lui appliquer un appareil muni d'un crochet qui lui permette de se servir utilement encore de son bras.

Telle est l'opération à laquelle je vais procéder dans quelques instants.

II. Je m'occuperai ensuite d'un gros, grand et beau garçon de quarante-deux ans, guillocheur de son métier, qui depuis vingt-cinq ans a des hémorrhoïdes, lesquelles sortent chaque fois qu'il va à la selle. Dans les premiers temps elles ne lui causaient en réalité qu'une gêne médiocre, il ne perdait que très-peu de sang. Tant que cette infirmité en reste là, je trouve inutile d'intervenir et je me borne généralement à conseiller aux malades une toilette périnéale deux fois par jour avec de l'eau glacée, ainsi qu'après chaque garde-robe. C'est là un excellent moyen qui, dans la majorité des cas, s'il ne réussit pas à guérir complètement, suffit du moins pour maintenir les hémorrhoïdes dans le *statu quo*.

Mais chez notre malade il n'en est plus ainsi depuis longtemps déjà et la muqueuse de l'intestin sort en même temps que les tumeurs hémorrhoïdaires. De plus, celles-ci forment un double bourrelet: un bourrelet interne ou muqueux et un bourrelet externe ou cutané. Enfin, chaque fois que cet homme va à la selle, il perd du sang en assez grande abondance, et, dans l'intervalle des garde-robes, autrement dit toute la journée, l'anus laisse écouler des mucosités. Cet écoulement muqueux est beaucoup plus gênant que l'écoulement sanguin, car il est incessant comme la véritable leucorrhée des femmes, et les mucosités coulent le long des cuisses, tandis que la perte de sang n'a lieu qu'au moment de la défécation, c'est-à-dire une ou deux fois par jour, et c'est tout. Cet écoulement est dû à l'hypertrophie des follicules muqueux résultant de la procidence de la muqueuse rectale. Il constitue ce que j'ai appelé des *hémorrhoïdes blanches*. Il y a même des malades qui ne perdent plus du tout du sang, mais seulement des mucosités.

Je dois encore ajouter une particularité des hémorrhoïdes de notre malade, savoir que: lorsqu'elles sont sorties, il semble qu'elles sont étranglées. Ce n'est pas cependant qu'il y ait chez lui quelque contracture du sphincter anal, comme on le rencontre chez quelques individus: non; chez lui le sphincter est inerte. Chez d'autres malades on observe parfois le contraire, c'est-à-dire un sphincter relâché; mais alors les hémorrhoïdes sortent au moindre mouvement. En somme, donc faire la dilatation anale chez cet homme serait lui rendre un très-mauvais service, cette opération toute palliative ne pouvant être de quelque utilité que chez les individus atteints de contracture du sphincter. J'ai dit: « opération palliative », car les phénomènes d'étranglement se reproduisent peu à peu.

En résumé, voici ce que nous allons faire dans le cas actuel, nous allons procéder à la destruction partielle des tumeurs hémorrhoïdaires au moyen du fer rouge uni à l'écraseur, c'est-à-dire au moyen d'une pince-cautère écrasante à mors chauffés au rouge blanc, mors entre lesquels nous saisissons les hémorrhoïdes, les brûlant jusqu'à disparition complète. C'est ce que l'un de mes anciens internes a appelé autrefois le procédé par volatilisation.

Ce traitement assez spécial, que j'emploie déjà depuis nombre d'années, n'est jamais suivi d'accidents ni d'hémorrhagie, et les eschares tombent généralement au bout de huit jours. Je ne décrirai pas ici minutieusement, — je l'ai déjà expliqué maintes fois, — comment je pédiculise les trois ou quatre points du bourrelet, — on les a appelés les quatre points cardinaux, — que je veux détruire en partie afin de laisser dans leur intervalle une portion de peau et de muqueuse suffisante pour que la cicatrisation ne soit pas suivie de rétrécissement. Ce qui reste des tumeurs hémorrhoïdaires après l'opération ne fait pas récidive, car la cautérisation a détruit la circulation tout à l'entour et les a modifiées de telle sorte que le malade ne doit avoir aucune crainte de les voir se reproduire dans l'avenir.

THORACENTÈSE

Par M. le docteur Salles (de Saint-Ambroix).

Obs. I. *Pleurésie purulente chez un enfant de treize ans; thoracentèse et lavage de la plaie au moyen d'un drain en caoutchouc laissé à demeure dans la cavité pleurale; guérison obtenue en quarante jours.* — J. B..., âgé de treize ans, est un enfant très-fort et très-robuste.

Le 25 janvier 1878, après avoir bu de l'eau glacée, il est pris d'un frisson violent et d'un point de côté à la partie postérieure et gauche de la poitrine.

Appelé à voir le malade le 28 janvier, nous constatons tous les signes d'une pleurésie aiguë, de la fièvre (le pouls est à 125 pulsations), de la toux, de la dyspnée, de la matité avec diminution des vibrations thoraciques dans toute la partie postérieure gauche de la poitrine, une faiblesse notable du murmure vésiculaire dans tous ces points. Nous prescrivons un julep avec 12 gouttes de teinture de digitale et 10 gouttes de teinture d'aconit et faisons placer un vésicatoire à gauche, à la base du thorax.

Les symptômes augmentent d'intensité les jours suivants. La matité gagne la partie antérieure gauche de la poitrine, et la respiration, obscure déjà en ces points, est remplacée par du souffle

bronchique. Le petit malade se plaint d'une douleur vive dans l'épaule et le bras gauches.

Le 2 février, la toux est rare, mais l'épanchement gagne en étendue. La fièvre est plus vive tous les soirs. Nous appliquons un nouveau vésicatoire et continuons la digitale.

Le 5 février, le cœur est refoulé à droite, on entend sa pointe battre sous le bord droit du sternum. Effacement des espaces intercostaux gauches; respiration puérile à droite et au sommet.

Cet état reste stationnaire jusqu'au 10 février. Le petit malade est pris tous les jours, à partir de ce jour, d'un véritable accès de suffocation qui se prolonge une partie de la nuit. Il sue beaucoup à la fin de ces crises, mais il n'a jamais éprouvé de frisson.

Le 15 février, la voussure est très-prononcée sous la clavicule gauche. Le cœur bat de plus en plus à droite. Nouveau vésicatoire. Nous alimentons le malade avec du lait et du bouillon. Sulfate de quinine, à petite dose, le soir; la digitale est remplacée par l'iodure de potassium.

Le 20 février, la pointe du cœur bat dans le quatrième espace intercostal droit près du mamelon; les bruits en sont petits et précipités. L'amaigrissement fait des progrès très-rapides; l'appétit est nul; les souffrances sont vives; l'épanchement paraît stationnaire, il occupe tout le côté gauche du thorax; le poumon est refoulé en haut et en avant, il est réduit à un tout petit moignon; à la mensuration, pratiquée sous le mamelon, on constate quatre centimètres de plus à gauche qu'à droite.

Le 21 février, avec l'aide de notre confrère et ami le docteur J. Grégoire, nous pratiquons, avec l'aspirateur de Dieulafoy (trocart n° 5), une ponction dans le sixième espace intercostal gauche, en arrière de la saillie du bord externe du grand pectoral.

Issue de 1,500 grammes d'un pus bien lié et verdâtre. Quand l'aspirateur n'amène plus rien, nous remplaçons la canule du trocart par un drain en caoutchouc replié sur lui-même, en ayant le soin d'agrandir d'abord avec un bistouri l'ouverture de la poitrine. Nous fixons le drain par un fil; l'écoulement continue toute la journée; la matité existe toujours en avant, où la respiration ne s'entend pas encore, le poumon n'étant pas suffisamment déplissé. 25 centigrammes de sulfate de quinine tous les soirs, pendant quatre jours; vin de quinquina, lavages trois fois par jour dans la plaie, au moyen d'une seringue passée dans une des ouvertures du drain, avec de l'eau tiède alcoolisée phéniquée.

23 février. La nuit a été bonne; l'eau de lavage sort de la poitrine mêlée à du pus.

24 février. Le cœur tend à reprendre sa place; sa pointe bat près du bord droit sternal et paraît s'éloigner de l'oreille. La langue est un peu rouge; le pouls est à 100 pulsations; la toux est grasse, et le malade expectore quelques mucosités épaisses.

25 février. État général bien amélioré; appétit; la sonorité est exagérée en avant, sous la clavicule; la respiration s'entend avec un caractère soufflant dans tout le côté gauche de la poitrine.

Le 5 mars, les forces reviennent rapidement; le sommeil est bon ainsi que l'appétit; pas la moindre dyspnée; la poitrine tend à se rétracter depuis quelques jours; l'eau des lavages n'entraîne presque plus de pus; le cœur a presque repris sa place primitive.

Dans la nuit du 6 mars, l'enfant, en remuant dans son lit, a détaché le drain qui a glissé dans la poitrine.

Le 7, nous introduisons un nouveau drain, ne croyant pas possible ni utile d'aller à la recherche du premier drain tombé sans doute dans la gouttière costo-diaphragmatique. Nous faisons faire simplement quatre lavages par jour; on ajoute l'huile de foie de morue au traitement général.

La suppuration continue les jours suivants; l'état du malade ne laisse rien à désirer; le corps, qui était d'une maigreur extrême, se refait; le teint redevient coloré.

Le 20 mars, le malade se lève et se promène dans la maison; il n'est pas du tout essoufflé.

Le 13 avril, la guérison peut être considérée comme en bonne voie. La respiration est presque normale à gauche, sauf un caractère un peu souffrant; pas la moindre déviation du rachis. Le petit malade sort dans la rue et s'amuse avec ses amis; le sommeil et l'appétit sont l'un et l'autre excellents. C'est à peine s'il s'écoule quelques matières purulentes par la plaie.

Le 29 avril, le drain s'échappe de la plaie *entraînant dans son anse le premier drain perdu dans la cavité pleurale.*

Depuis déjà plusieurs jours l'eau des lavages sortait de la poitrine tout à fait limpide; la plaie s'est rapidement cicatrisée; l'enfant est aujourd'hui aussi bien portant qu'avant sa maladie.

Obs. II. *Pleurésie purulente chez un enfant de sept ans; thoracentèse; drain à demeure; guérison en trente-cinq jours.* — L. G... est âgé de sept ans. Il est de constitution robuste, quoique sujet aux bronchites.

Le 8 février, après avoir couru sur la glace avec ses amis, il est pris de frisson et de fièvre. Puis survient un point de côté à gauche de la poitrine, sous l'aisselle, de l'oppression, de la toux. Appelé à voir cet enfant, le 12, nous constatons de la matité à la percussion en arrière de la poitrine et à gauche, avec perte d'élasticité; la respiration s'entend à peine; souffle bronchique le long du rachis. La langue est blanche, recouverte d'un enduit jaunâtre; le pouls est à 120 pulsations. Vésicatoire à la base du thorax, sirop d'ipéca.

14 février. La matité a augmenté en arrière, où le bruit respiratoire a disparu, sauf dans la fosse sus-épineuse. Dyspnée, fièvre vive. Nous prescrivons une potion avec 12 gouttes de teinture de digitale et 10 gouttes de teinture d'aconit; vésicatoire.

16 février. La matité a fait des progrès rapides à la partie antérieure où l'on perçoit du souffle bronchique. Vésicatoire en ce point.

18 février. Ampliation de la poitrine à gauche avec immobilité des côtes. La pointe du cœur vient battre à droite du bord sternal et son choc est senti par le doigt très-près de la paroi thoracique.

Les jours suivants, l'épanchement augmente; l'enfant ne dort plus; la dyspnée est grande, l'anxiété vive; le cœur est de plus en plus refoulé à droite.

25 février. La dyspnée persiste, mais l'épanchement semble avoir diminué en arrière où la matité est moindre et on entend la respiration soufflante; le ventre est un peu ballonné; l'enfant maigrit beaucoup; sa figure est souffreteuse; sa langue est rouge; l'appétit est nul.

27 février. Le ventre augmente de volume; la respiration est de plus en plus gênée; le malade est couché sur le côté gauche du corps et replié sur lui-même. Les signes physiques de l'épanchement, perçus par la percussion et l'auscultation, sont moins nets que les jours précédents.

Le 1er mars, l'état général est de plus en plus grave; sueurs continuelles et profuses; degré d'émaciation extrême; accès de suffocation. Le malade, plié sur le côté gauche, est toujours assis sur son lit; il ne goûte plus un moment de repos.

Nous appelons en consultation le docteur J. Grégoire, et voici ce que nous constatons ensemble, le 2 mars :

En avant et à gauche, submatité à la percussion; déplacement du cœur qui bat sous le mamelon droit; les espaces intercostaux ne sont pas tout à fait effacés; légère voussure à la partie antérieure, sous la clavicule; respiration faible mêlée de frottements, mais entendue sur tous les points; en arrière, même submatité; la respiration s'entend aussi faiblement, elle est voilée et mêlée de frottements; les bruits du cœur sont nettement perçus par propagation dans toute l'étendue de la poitrine; un peu plus de matité sous l'aisselle, en arrière du bord du grand pectoral.

A la mensuration, le côté gauche donne 1 centimètre de plus que le côté droit, sous le mamelon; respiration puérile à droite avec exagération de la sonorité.

Le ventre est très-distendu; des veines sous-cutanées sont développées sur sa paroi; aspect de l'ascite par cirrhose du foie; sonorité tympanique, mais pas de fluctuation.

A l'aspect général, rétraction de la poitrine avec distension très-exagérée de l'abdomen.

Pouls à 90 pulsations, régulier, mais petit. Le visage est anxieux, le teint terreux et jaunâtre; la peau est sèche et rugueuse; les pupilles sont très-dilatées; l'haleine répand une mauvaise odeur; tous les symptômes observés font craindre une terminaison promptement fatale.

L'opération de la thoracentèse est décidée. Nous la pratiquons avec l'aspirateur de Dieulafoy et à l'aide du trocart n° 5. Nous pénétrons dans le sixième espace intercostal gauche, à deux travers de doigt en arrière du mamelon.

Issue de deux litres de pus épais, mêlé de grumeaux, fétide et chaud.

Le poumon se déplisse avec rapidité pendant l'opération, ce que nous n'avions pas observé dans le cas précédent. Toux et expectoration abondante; le petit opéré rend des crachats jaunes et sentant mauvais.

Le ventre se distend à mesure que l'écoulement du pus se fait, et il reprend sa souplesse.

Quand il ne sort plus rien par la canule du trocart, nous agrandissons au bistouri, en nous guidant sur elle, la plaie thoracique, et introduisons avec un stylet un drain en caoutchouc plié en deux, *qui est fixé par un fil et un morceau de diachylon au thorax.*

Nous quittons l'enfant bien soulagé et ordonnons des lavages à l'eau tiède alcoolisée phéniquée à faire par le drain trois fois par jour dans la poitrine. Sulfate de quinine, 0,20 centigrammes le soir, pendant cinq jours; vin de quinquina.

Le petit malade a assez dormi; il demande à manger. La respiration s'entend nettement dans toute l'étendue de la poitrine à gauche; sonorité tympanique en avant et sous la clavicule; un peu de voussure au-dessous du point où la ponction a été faite. On fait coucher l'enfant sur le côté gauche pour que l'eau qui a pénétré par le drain dans la cavité pleurale en sorte plus facilement. Pouls à 100 pulsations; peau chaude et mate.

Le 7 mars, le pus n'a plus une odeur aussi fétide; l'écoulement par le drain se fait régulièrement et d'une façon continue; le cœur bat maintenant sous le côté droit du sternum; l'appétit augmente; mais la toux persiste et devient fatigante. Looch diacodé.

Le 10 mars, la suppuration par la plaie est toujours très-abondante; la toux a diminué; encore un peu de dyspnée.

Le 12 mars, moins de suppuration; le cœur tend de plus en plus à reprendre sa place; la respiration est nettement perçue dans la poitrine à gauche, mais avec un caractère soufflant.

Le 16 mars, le retour progressif à la santé continue. Incurvation du corps sur le côté gauche et aplatissement très-marqué de la poitrine en avant. On remplace le quinquina par l'huile de foie de morue; les lavages se font toujours très-assidument.

Le 25 mars, toujours un peu de matité à la percussion à la base; le cœur a repris sa place, ainsi que le poumon gauche. Nous faisons sortir depuis quelques jours l'enfant et ordonnons qu'il se promène au soleil.

L'état général s'améliore chaque jour; c'est à peine s'il s'écoule un peu de pus avec l'eau qu'on injecte et qui sort de la plèvre; l'appétit est excellent; les forces reviennent vite; toutes les fonctions s'exécutent normalement.

L'enfant peut s'amuser avec ses camarades sans être fatigué ou essoufflé.

Le 6 avril, les parois de l'orifice, en bourgeonnant, ont chassé le drain hors de la poitrine. Depuis huit jours, il ne s'écoulait plus rien par la plaie, et le liquide injecté sortait à peine trouble.

Le 9 avril, la plaie du thorax est complètement fermée; la déviation du rachis et l'incurvation de la poitrine sur le côté gauche tendent à diminuer; la respiration est partout normale.

ORIGINES DE LA MÉTALLOTHÉRAPIE (1)

V

C. DÉCOUVERTE DE LA MÉTALLOTHÉRAPIE INTERNE ET DU VÉRITABLE RÔLE DU FER DANS LA CHLOROSE ; LA MÉTALLOTHÉRAPIE DEVANT LA FACULTÉ (*Thèse inaugurale*, février 1851) ET DEVANT L'ACADÉMIE DE MÉDECINE (mai 1852).

Par M. le docteur V. BURQ.

Après notre départ de la Salpêtrière, nous nous en allâmes poursuivre nos expériences et observations successivement à l'Hôtel-Dieu, dans les services de Rostan et Tardieu, à la maison Dubois, dans ceux de M. G. Monod et de Duméril père, à l'hôpital Necker, dans le service d'Horteloup, aux Enfants-Malades, dans celui de Guersant, puis encore à Beaujon, chez Robert, etc., et lorsque nous eûmes suffisamment étudié chez les hystériques, chez les chlorotiques et les névropathes, de toute sorte et de tout sexe, l'anesthésie d'une part, et, de l'autre, l'amyosthénie, dont il n'avait point encore été parlé ; lorsque, devenu maître en quelque sorte, avec nos armatures de la sensibilité et des forces musculaires des malades, il nous eût été donné, en les faisant cesser ou revenir à volonté, de reconnaître la valeur sémiologique de l'une comme de l'autre, et du rôle prépondérant qu'elles jouent dans l'étiologie des maladies nerveuses. C'est alors, et *alors seulement*, que la métallothérapie vint s'affirmer devant la Faculté, et y soutenir les doctrines et les principes qui peuvent se résumer dans les termes suivants :

On peut ranger toutes les névroses en deux grandes classes :

1° Celles où la sensibilité et les forces musculaires sont intactes, sauf le cas d'alliance d'une névrose de cette classe avec une névrose de celle qui suit, comme dans l'hystéro-épilepsie par exemple ;

2° Celles où il y a toujours anesthésie ou analgésie, parésie ou amyosthénie.

Dans les névroses de la deuxième classe, qui sont de beaucoup les plus nombreuses, et dans l'hystérie en particulier, ce qui prédomine, ce sont les troubles en moins de la sensibilité et de la motilité (symptômes *hyponerviques*). L'anesthésie et la parésie ou leurs diminutifs, l'analgésie et l'amyosthénie, précèdent toujours, en effet, l'apparition des troubles contraires, c'est-à-dire des névralgies et des spasmes (symptômes *hyponerviques*), quels qu'en soient la forme et le siège ; ils mesurent par leur intensité même et leur étendue le degré de la névrose, ils la suivent pas à pas dans toutes ses phases, ils augmentent ou diminuent avec elle dans la même proportion, ils en constituent le pouls, pour ainsi dire, de telle sorte « qu'une affection nerveuse avec anesthésie et amyosthénie étant donnée, tout le traitement, comme nous le disions plus haut, consiste à trouver un moyen, quel qu'il soit, qui puisse ramener la sensibilité et la motilité à l'état normal ».

Les agents pour atteindre ce but sont nombreux. Il y a, par exemple, l'hydrothérapie, la gymnastique, l'électricité, les excitants de toute sorte, les rubéfiants, les vésicatoires, etc., — le magnétisme animal, les neuvaines même, comme tout ce qui peut frapper l'imagination. Mais de tous les moyens un des plus efficaces c'est l'application méthodique d'armatures formées d'un métal qui, suivant des affinités individuelles, mystérieuses, est tantôt le fer ou l'acier, le plus souvent, tantôt le cuivre, d'autres fois le zinc, l'étain, l'or, l'argent, etc., le platine rarement.

Trouver d'abord, par une exploration métalloscopique préalable, le métal qui, appliqué sur un bras anesthésique ou amyosthénique, y ramène la sensibilité ou la force musculaire ; appliquer ensuite ce métal symétriquement par intervalles sur les membres et sur le tronc, jusqu'à intégrité complète de la sensibilité, soit générale, soit spéciale, et de la motilité : voilà, en somme, ce que nous disions le 7 février 1851, en présence des juges dont trois,

(1) Suite. — Voir le numéro du 3 octobre 1882.

Rostan, président, Vigla et Tardieu, avaient encouragé nos recherches et vu surgir les faits nouveaux que nous apportions à l'appui de notre thèse. Voilà ce qu'était déjà la métallothérapie en l'année 1851. Notre thèse contenait encore autre chose qui montre que dès cette époque nous commencions à acquitter notre dette de reconnaissance envers le magnétisme ; nous nous réservons d'en parler à la fin de ce travail.

L'œuvre était donc, on le voit, déjà très-avancée, il y a trente ans passés. Toutefois une partie majeure y manquait encore pour qu'elle pût porter tous ses fruits : c'était la métallothérapie interne. Nous ne tardâmes point à l'ajouter, voici à la suite de quelles circonstances :

Dès que le dé de Sylvain nous eût ouvert définitivement les yeux sur le polymétallisme, nous nous étions mis à essayer le fer sur les malades qui, comme elle, s'étaient montrées rebelles au cuivre. Chez toutes ce métal resta muet, quoique pourtant il soit tout au sommet de l'échelle métalloscopique, et vingt-cinq années plus tard, disons-le par anticipation, nous devions observer encore à la Salpêtrière les mêmes effets négatifs du fer, tout à l'heure on verra pourquoi. Or plusieurs de ces malades, interrogées sur les divers traitements qu'elles avaient subis, nous avaient répondu que le fer leur avait été administré sous différentes formes et toujours sans aucun succès. Cette résistance aux préparations martiales, se trouvant chez elle en concordance parfaite avec l'impuissance radicale du fer à l'extérieur, aurait dû déjà nous frapper singulièrement, mais il n'en fut rien, et le fait était resté seulement dans notre esprit à l'état de souvenir latent.

A quelque temps de là, ce souvenir ne tarda point à se réveiller. En expérimentant dans les différents hôpitaux que nous avons cités, nous eûmes, en effet, maintes occasions de constater encore que des hystériques, toutes plus ou moins chlorotiques, sensibles au cuivre, et non au fer, avaient été traitées antérieurement avec aussi peu de succès par les ferrugineux. Par contre, il nous arriva d'en rencontrer d'autres qui déclaraient, au contraire, s'en être très-bien trouvées, et les ayant soumises à un examen métalloscopique, nous trouvâmes, en effet, qu'elles étaient sensibles au fer et non au cuivre. Mais une observation parfaitement significative, ce fut celle d'une malade de Tardieu, que nous avons rapportée dans notre thèse (p. 48) sous la signature de M. le docteur Pierre, interne du service, qui l'avait recueillie.

Il s'agit d'une hystérique : S..., sensible au fer et traitée en conséquence par une armature d'acier. S... s'en était de suite très-bien trouvée. Ses attaques avaient disparu, les règles étaient revenues avec une abondance et une coloration normales, l'estomac avait repris ses fonctions, etc. En un mot, tout marchait à souhait quand S... se fit renvoyer pour cause d'insubordination.

Peu de temps après, la malade dut rentrer dans un autre service. Elle y fut traitée, cette fois, par le fer à l'intérieur, et les résultats furent identiques à ceux que l'application externe de ce métal avait déjà donnés dans le service de Tardieu. C'était plus qu'il n'en fallait pour nous remettre complètement en mémoire nos observations de la Salpêtrière, et nous ne pûmes point ne pas tirer de tous ces faits et de quelques autres qui suivirent la conclusion suivante, à savoir :

Qu'il existait probablement un rapport intime entre l'action interne d'un métal et son action externe, qui permettrait de conclure de celle-ci à la première et réciproquement, et, peut-être même, de préjuger, quand il s'agissait de l'administration à l'intérieur, de la posologie d'après la rapidité et l'intensité de son action externe.

Cette conclusion, si pleine de promesses, nous vînmes la porter en personne à la tribune de l'Académie de médecine, le 18 mai 1852, dans un mémoire qui parut peu de temps après dans la *Gazette médicale* sous ce titre : *Note sur une application nouvelle des métaux à l'étude et au traitement de la chlorose.*

Après avoir répondu à ces questions :

Quel est le mode d'action du fer dans la chlorose?

Pourquoi le fer ne guérit point toujours la chlorose ?

Dans quels cas le fer est-il utile et quand faut-il le rejeter ?

Par quel métal doit-on remplacer le fer quand il est nuisible ou sans effet ?

Après avoir fourni les preuves cliniques que la chlorose peut guérir tout aussi bien par l'application externe du fer que par son administration interne, mais qu'elle ne guérit jamais par ce métal, *intus* comme *extra*, que quand le sujet est porteur d'une idiosyncrasie fer, et que, dans le cas contraire, d'autres métaux, le cuivre, le zinc, l'or, etc., peuvent faire ce qu'on a vainement demandé au fer ; après avoir fait ainsi justice de la vieille théorie chimiatrique de l'action directement reconstituante du fer sur les globules du sang ; après avoir commencé à démontrer implicitement que, si les hystériques sensibles au fer sont si rares dans les asiles que S... est peut-être bien la seule qui ait jamais été internée à la Salpêtrière, cela tient à ce que ce métal est banalement administré à toutes ces sortes de malades, et que celles qu'il peut guérir passent au travers du *crible*, — qu'on nous passe le mot, — tandis que les autres, sensibles à des métaux qu'il ne pouvait venir à l'idée de personne de leur administrer, comme l'or, le platine ou même le cuivre, restent, elles, nécessairement dessus. Nous disions :

« La chlorose n'est jamais qu'un symptôme ; elle arrive presque fatalement dans les névroses sous l'influence des troubles asthéniques (ou hyponerviques), anesthésie, amyosthénie, aménorrhée, etc., qui caractérisent la plupart de ces affections, et se guérit de même par n'importe quel moyen ou quel agent qui ramène la sensibilité, la motilité, la menstruation, à des conditions normales. En cela, le fer à l'intérieur n'agit point autrement qu'une armature de ce même métal. Une fois l'innervation bien rétablie dans tous les organes, la dyspepsie cesse, le tube digestif reprend toutes ses fonctions, et bientôt le sang retrouve dans les aliments eux-mêmes, et point ailleurs, tous les éléments nécessaires à sa réparation.

« Il existe dans les métaux une propriété particulière qui, soit par l'électricité ou le magnétisme animal, dont elle ne serait qu'une modification, soit par toute autre cause qui nous échappe, les rend propres à exercer une action directe sur la force nerveuse, à l'attirer quand on les applique à la surface du corps, et à la répartir uniformément lorsqu'ils sont donnés à l'intérieur sous une forme convenable.

« Cette propriété, variable pour les différents métaux et leurs alliages, attractive ou répulsive, d'après les individus auxquels elle s'adresse, semble constituer autant d'aptitudes métalliques différentes qu'il existe de métaux. De là il résulte que, dans les mêmes conditions, tel malade éprouve de bons effets d'un métal à l'intérieur ou à l'extérieur, tandis qu'un deuxième, qui se serait très-bien trouvé au contraire de l'usage d'un autre métal, n'éprouve rien avec le fer, par exemple, si même des accidents, constipation, maux de tête, etc., ne suivent point son administration interne.

« L'ignorance de ces aptitudes, et d'ailleurs l'impossibilité de les constater avant que les métaux ne fussent entrés dans la voie que la métallothérapie leur a ouverte, fut souvent nuisible à l'art comme aux malades et il importerait qu'à l'avenir on pût éviter, dans l'administration des divers oxydes ou sels métalliques, les tâtonnements empiriques. Si nous ne faisons point erreur, les applications externes de métaux, déjà si utiles par elles-mêmes, sont très-propres pour cela, et désormais ces nouveaux agents devenus en outre comme des sortes de *pierre de touche*, par la rivalité qui semble exister entre leur action à l'intérieur et leur action à l'extérieur, seraient d'un grand secours, non seulement pour éclairer le médecin dans le choix des anciennes formules, mais aussi pour l'aider à en créer sûrement de nouvelles. »

Ce langage était bien, il nous semble, celui que nous devions tenir devant la savante Compagnie à laquelle nous avions l'honneur de l'adresser ; il ne manquait point de la réserve voulue, puisque nous avions par-devers nous une expérience de plusieurs années qui nous permettait d'être plus affirmatif encore. De plus, nous avions, ici comme dans notre thèse, pris la précaution de nous appuyer presque exclusivement sur des observations emprun-

tées à des internes, MM. S. Pierre, Coffin, Salneuve, Liendon, etc., qui les avaient recueillies eux-mêmes dans les services des maîtres, sous les yeux desquels nous avions opéré, et il y avait dans le sein de l'Académie plus d'un de ses honorables membres qui pouvaient témoigner des faits que contenait notre mémoire. Mais ces faits étaient si particulièrement nouveaux, si peu *orthodoxes*, disons le mot ; nos doctrines sur l'anesthésie et l'amyosthénie concordaient si peu avec les idées ayant cours, nous y faisons une part si grande à la synthèse aux dépens de l'analyse, qui régnait alors en souveraine, que nous n'étonnerons personne si nous disons que notre lecture du 18 mai 1882 fut accueillie de la belle façon, au dehors comme au dedans de l'enceinte où nous l'avions faite. Jusque-là, la métallothérapie avait été tolérée, ou bien l'on s'était borné à sourire sur son passage. Mais, à partir du jour où nous avions osé venir planter son drapeau à la tribune de l'Académie de médecine, il y eut comme un *tolle* général contre elle. Nos armatures *n'étaient que d'innocentes amulettes,* écrivit l'un des membres les plus autorisés de la Compagnie, et les auteurs des ouvrages spéciaux, comme s'ils se fussent donné le mot, ou bien se turent sur la métallothérapie ou n'en parlèrent plus, les uns que du bout des lèvres, et les autres pour la défigurer comme à plaisir et la traiter en fille perdue de la cabale et de l'hermétisme. Et comme malgré tout nous persistions à « poursuivre notre chimère », comme nous entassions toujours notes et mémoire dans les cartons des Sociétés savantes, d'aucuns finirent par mettre notre raison en suspicion ; et il arriva même que certain membre de l'une de ces Sociétés, pour avoir raison de notre persistance à l'invoquer, ne trouva rien de mieux que de proposer un jour, à son bureau, de nous traiter à l'égal des chercheurs du mouvement perpétuel, c'est-à-dire de *rayer notre nom de la correspondance !*

Et il en fut toujours ainsi, malgré la publication de nouvelles observations recueillies dans les services de Trousseau et de Robert à l'Hôtel-Dieu (voir notamment in *Gazette des hôpitaux* du 22 mai 1866 : *Cas très-curieux d'hystérie et de chlorose guéri par le cuivre intus et extra*, par Bosias, interne de M. Robert) ; quoique des maîtres, M. Bouchut par exemple, ou des praticiens des plus recommandables, MM. Tripier, Dufraigne, etc., fussent venus les corroborer par les fruits de leur propre expérience ; quoique Trousseau lui-même, à sa clinique et dans ses leçons, nous eût rendu mainte fois justice et qu'à l'occasion d'une discussion mémorable sur la chlorose, il eût essayé un moment à l'Académie d'y relever le drapeau de la métallothérapie, « tant en son nom qu'au nom de ses éminents collègues, Rostan, Robert et Tardieu » ; et l'amitié souvent, la bienveillante estime toujours, des différents maîtres qui nous avaient vu à l'œuvre, furent-elles même impuissantes à nous sauver des dédains comme des sarcasmes !

Si nous parlons d'un passé où nous eûmes à subir tant de tristesses, c'est parce que nous écrivons en ce moment une page d'histoire et que nous tenons à y montrer combien fut généreuse la Société de biologie lorsque, sous l'inspiration de Claude Bernard, elle prit l'initiative d'examiner ce qu'il y avait de vrai au fond d'une découverte si universellement repoussée, pour ne point dire conspuée, combien elle s'est acquise par là de titres à l'estime des vrais savants, et combien notre reconnaissance personnelle doit être grande pour elle. Mais poursuivons.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 octobre 1882. — Présidence de M. Hardy.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend un rapport de M. Fichot, médecin à Nevers, sur une épidémie d'origine couenneuse qui a régné à Lucenay-lès-Aix dans les premiers jours du mois dernier.

M. BROUARDEL présente, au nom de MM. Napias et J. Martin, un volume intitulé : *l'Étude et les Progrès de l'Hygiène en France.*

M. PROUST, à l'occasion de la communication faite dans la dernière séance par M. Tarnier, rappelle avoir, en 1870, publié avec M. Chalvet un projet de création d'une ferme nourrice. Il rappelait, dans cette brochure, que dans les cas où l'allaitement maternel est impossible, il faut chercher une ressource dans l'alimentation artificielle. En conséquence, il serait utile de donner, aux mères obligées d'élever leurs enfants au biberon, certaines règles faciles à suivre.

Pour instituer cette réglementation, il faudrait établir des expériences sous la surveillance de l'autorité compétente. C'est le projet que M. Tarnier a défendu dans la dernière séance.

M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de M. Morin, membre correspondant dans la section de chimie.

COMMUNICATION

Variolisation et vaccine.— M. BOULEY répond aux objections faites par M. Blot à la proposition qu'il a émise de tenter en Afrique des essais d'inoculation du virus varioleux atténué. M. Blot lui a prêté une opinion qui n'est pas la sienne ; il n'a fait cette proposition que dans le but de résoudre la question de savoir s'il était possible de faire naître chez l'homme, par des inoculations sous-cutanées, la variole sans éruption.

Il a proposé de faire ces expériences sur des Arabes, parce qu'ils sont réfractaires à la vaccination : ce qui lui a paru résulter manifestement des rapports des médecins qui pratiquent sur les lieux. Il ne veut pas substituer la variolisation à la vaccine, mais là où celle-ci est absolument repoussée par l'Arabe, il souhaite qu'un procédé qui doit diminuer encore la durée de la variole soit expérimenté sur lui, à la condition, bien entendu, qu'il y consentira. Il pense, d'après les résultats obtenus par les expériences de clavelisation qu'il a exposés, qu'on serait autorisé à faire une semblable expérience, et si l'on arrivait ainsi à donner la variole sans varioles, n'aurait-on pas par là, en cas de grande épidémie, une ressource précieuse? Ne serait-il pas possible que la variole, ainsi inoculée, perdît sa propriété infectieuse ?

M. BLOT répond que les nouvelles preuves apportées par M. Bouley sur la répugnance des Arabes à la vaccination ne lui paraissent pas suffisantes pour ne pas la pratiquer. En outre, il n'admet pas que l'on fasse sur des Arabes des expériences qui seraient à la fois imprudentes et impolitiques : imprudentes, parce que nous ne savons rien encore de positif sur la prétendue immunité attribuée à l'inoculation du virus varioleux atténué. Il faut attendre que les résultats des expériences soient plus certains, et, jusqu'à nouvel ordre, nous en tenir à ce que nous connaissons mieux.

M. BOULEY se défend de vouloir tenter des expériences sur les Arabes. Il se propose seulement d'étudier sur l'Arabe, qui veut bien y consentir, les effets du virus varioleux atténué, bien convaincu d'ailleurs que ces tentatives ne présentent aucun danger, et ont, au contraire, beaucoup de chances de prévenir ceux de la variole.

M. J. GUÉRIN. Les Arabes sont des hommes, nous n'avons pas le droit de leur porter un mauvais remède quand nous en avons un bon à leur donner. Ce que propose M. Bouley n'est ni l'inoculation sous-cutanée, ni l'inoculation atténuée. Les expériences qu'il a rapportées prouvent, par leurs effets mêmes, que la méthode sous-cutanée n'a pas été exécutée suivant les règles ; et quant à l'atténuation de la variole, elle n'a pas été démontrée.

M. BOULEY. Encore une fois, je n'ai nullement proposé de faire une application en grand de la variolisation chez les Arabes ; j'ai proposé seulement d'en faire l'essai sur ceux d'entre eux qui refusent la vaccine. Puisqu'ils se soumettent volontiers à l'inoculation d'un virus fort, on pourrait bien essayer sur eux un virus atténué.

M. LARREY fait observer que pendant longtemps, en Afrique, les Arabes ont montré contre la vaccine une répulsion invincible, mais qu'après un temps considérable, ils ont fini par accepter les bienfaits de la vaccination, et que celle-ci commence aujourd'hui à se pratiquer sur une grande échelle. Aussi, suivant lui, ne serait-ce pas le moment de tenter une nouvelle méthode qui pourrait les éloigner de la vaccine.

M. PERRIN joint sa protestation à celle de M. Blot contre la proposition émise par M. Bouley. S'il y a une expérience à faire sur l'homme, elle doit être faite en France.

M. ROCHARD dit qu'en Cochinchine on a éprouvé, au début, les mêmes difficultés pour faire accepter la vaccination, mais qu'aujourd'hui on en a triomphé, au point que, de juin 1878 jusqu'à ce jour, le chiffre des individus vaccinés s'élève à plus 200,0000.

C'est ainsi que les populations du Cambodge viennent, à leur tour, demander aux médecins français de venir chez eux pratiquer des vaccinations.

M. BOULEY en appelle, de tout ce qui vient d'être dit, aux médecins d'Afrique eux-mêmes.

Traitement des abcès du foie par les larges ouvertures. — **M. J. ROCHARD** rappelle la communication qu'il a faite en octobre 1880, relative au traitement des abcès du foie, d'après la méthode des médecins de Shanghaï, consistant à les ouvrir largement et d'un coup, après une ponction exploratrice préalable et en se servant de l'aiguille aspiratrice comme d'un conducteur, puis à mettre en usage le pansement de Lister. Depuis cette époque, M. J. Rochard a reçu de nombreuses communications qui ont affermi sa confiance dans ce mode opératoire, entre autres deux observations récentes de médecins de la marine.

La première est de M. le docteur Solland. Il s'agit d'un mulâtre de vingt-trois ans, entré à l'hôpital de Cherbourg pour un abcès du foie contracté six mois auparavant au Para, et qui en était arrivé à soulever l'hypochondre. Il fut ouvert le 28 janvier, d'après le procédé en question. Il retira 1,800 à 2,000 grammes de pus; le mieux fut immédiat et la guérison rapide.

La deuxième observation est du Dr Bernard, ancien médecin de la marine. Le sujet est une jeune fille de dix-huit ans, parfaitement constituée, habitant un pays salubre (Cannes) et chez laquelle l'inflammation du foie ne pouvait être qu'accidentelle. Elle durait depuis quatre mois. M. Bernard, ayant senti une fluctuation profonde, plongea dans le flanc le plus gros trocart de son aspirateur. La ponction donna issue à un pus épais, mélangé de débris de foie. M. Bernard remplaça le trocart par un tube à drainage, et fit appliquer des cataplasmes, administra des toniques, etc. Mais, après un soulagement passager, la malade retomba dans un état aussi grave qu'avant. M. Bernard se décida alors à compléter son opération en introduisant à l'aide d'une sonde cannelée la lame d'un bistouri et incisant dans une étendue de 5 centimètres. De larges lavages à l'eau phéniquée et un pansement de Lister suffirent pour amener la guérison.

M. J. GUÉRIN. Lors de la communication de M. Rochard, j'ai fait connaître un cas semblable dans lequel j'ai obtenu la guérison par ma méthode d'aspiration sous-cutanée. Je ne comprends pas que, lorsqu'on a un moyen aussi sûr et aussi inoffensif, qui permet aussi bien les lavages du foyer que son évacuation, on persiste à lui préférer les grandes incisions.

M. J. ROCHARD doute qu'avec l'appareil de M. Guérin on puisse vider ces foyers des caillots plus ou moins considérables et des calculs qu'ils peuvent contenir.

M. J. GUÉRIN. Avec les tubes de large diamètre dont je me sers et avec le concours du vide, il est tout aussi facile qu'avec les grandes incisions d'évacuer complètement le foyer des substances solides comme des substances liquides qui s'y trouvent.

M. J. ROCHARD, se fondant sur les heureux résultats des faits qu'il a rapportés, maintient sa préférence pour les larges ouvertures.

Absorption par la peau des substances dissoutes dans l'eau. — **M. AUBERT**, chirurgien en chef de l'Antiquaille à Lyon, lit un travail ayant pour titre : *De l'absorption par la peau des substances dissoutes dans l'eau.*

Voici les conclusions de ce travail :

1° La pénétration des substances dissoutes dans l'eau peut se faire à travers l'épiderme sans érosion extérieure et apparente.

2° Cependant la condition essentielle de cette pénétration paraît être une effraction épidermique se produisant dans les gaines le long de la portion incluse de la tige du poil.

3° En effet, dans nos expériences, dit M. Aubert, la pénétration est faite exclusivement au niveau des régions pileuses.

4° Toutes les conditions qui favorisent le tiraillement des poils (friction avec la main mouillée ou sèche, volume, résistance et longueur des poils) favorisent également la pénétration.

5° La finesse de la peau et la minceur de l'épiderme constituent plutôt des conditions défavorables, à cause du faible développement des poils dans ces régions.

L'absence de poils est également une condition éminemment défavorable à l'absorption.

6° On conçoit la possibilité de faire pénétrer en petite quantité des substances solubles à travers l'épiderme et de se servir de cette voie d'absorption soit dans le bain, soit en dehors du bain. Il faut, pour cela, avant ou pendant le contact de la substance dissoute, frotter largement et avec une intensité suffisante, à l'aide de la paume de la main, la surface cutanée et plus spécialement les régions pileuses. Le seul inconvénient possible de cette pratique serait une inflammation modérée, un peu de rougeur ou de cuisson localisées au niveau de l'émergence des poils.

7° On ne peut compter sur le bain simple même prolongé (deux heures dans l'expérience citée) pour faire pénétrer la plus mince parcelle d'une substance soluble.

La séance est levée à quatre heures trois quarts.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 20 septembre, M. Molard, médecin principal de première classe de l'armée active, retraité, a été nommé au grade de médecin principal de première classe dans le cadre des officiers de l'armée territoriale.

— Par décret en date du 25 septembre, M. Goguel, médecin-major de première classe de l'armée active, retraité, est nommé médecin-major de première classe dans le cadre des officiers de l'armée territoriale.

— *Hôpitaux de Paris. — Amphithéâtre d'anatomie.* — MM. les élèves internes et externes des hôpitaux sont prévenus que les travaux anatomiques commenceront le lundi 16 octobre, à l'amphithéâtre de l'Administration, rue du Fer-à-Moulin, 17. Les cours auront lieu tous les jours, à quatre heures, dans l'ordre suivant :

1° *Anatomie topographique.* — M. le docteur Tillaux, directeur des travaux anatomiques, les lundis et les vendredis;

2° *Physiologie.* — M. le docteur Quenu, prosecteur, les mercredis et samedis;

3° *Anatomie descriptive.* — M. le docteur Le Bec, prosecteur, les mardis et jeudis;

4° *Histologie.* — M. A. Siredey, chef du laboratoire, les mardis et vendredis, *à deux heures.*

Le laboratoire d'histologie sera ouvert aux élèves pendant toute la durée des travaux anatomiques. — Le musée d'anatomie sera ouvert tous les jours, de une heure à quatre heures.

— *Hospices civils de Marseille.* — Un concours sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Marseille le lundi 4 décembre 1882, à huit heures du matin, pour la nomination à trois places d'élèves internes.

Un second concours s'ouvrira le lundi 18 décembre 1882, à trois heures de l'après-midi, au même hôpital, pour la nomination à six places d'élèves externes. Bien que le concours pour l'externat soit annoncé pour six places seulement, ce nombre pourra être plus élevé si le Conseil d'administration le juge nécessaire.

— M. le docteur H. Picard commencera un cours public et gratuit sur les maladies de l'appareil urinaire, le lundi 16 octobre, à huit heures du soir, à son dispensaire, 13, rue Suger, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 13444.

N° 116. — SAMEDI 7 OCTOBRE 1882. 55e ANNÉE. SAMEDI 7 OCTOBRE 1882. — N° 116.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Paraplégie syphilitique.

On connaît toute l'attention qui s'est portée depuis quelques années sur les lésions syphilitiques des centres nerveux, lésions cérébrales, lésions médullaires. Bien que depuis longtemps on eût soupçonné l'origine syphilitique d'un grand nombre de paraplégies, les cas où la démonstration en a été faite soit par l'examen anatomo-pathologique, soit par les résultats mêmes de la thérapeutique mise en usage, ne sont pas encore en telle affluence dans les annales de la science, qu'il n'y ait intérêt à saisir au passage ceux qui se présentent à notre observation. C'est à ce titre que nous allons nous arrêter un instant sur le fait suivant qui nous a été signalé par M. Joffroy.

Au n° 1 de la salle Saint-Joseph de l'Hôtel-Dieu est un homme de vingt-huit ans, qui est entré pour une paraplégie survenue dans les circonstances suivantes :

Le 13 août, s'étant couché nu sur son lit en laissant au-dessus de lui le vasistas de sa chambre ouvert, il se leva le lendemain matin éprouvant des fourmillements et un sentiment de faiblesse dans le membre inférieur droit. Ces phénomènes s'accrurent les jours suivants et le cinquième jour (18 août) le membre inférieur gauche fut pris à son tour, comme le membre droit, de faiblesse et de fourmillements semblables. Dès ce moment il dut cesser tout travail et garder le lit. Cet état s'aggravant, le malade se décida à entrer à l'hôpital, où il put, malgré la faiblesse de ses jambes, venir à pied, mais soutenu d'un côté par un aide et appuyé de l'autre sur un bâton.

Le 23 août, à la visite, onzième jour du début des accidents, voici dans quel état on trouve le malade : En le découvrant on remarque, sur les deux membres inférieurs, une éruption de macules jaunâtres, abondante surtout sur les cuisses et s'étendant jusque sur les parois abdominales. Quelques-unes de ces macules sont recouvertes de croûtes peu saillantes. Le malade, interrogé sur l'époque de l'apparition de cette éruption, dit qu'elle date d'environ trois mois; à cette époque elle consistait en petits boutons rouges qui ont pris depuis la coloration actuelle. En examinant l'état de force des membres, voici ce que l'on constate : Il existe une paraplégie presque absolue plus prononcée toutefois à droite qu'à gauche. Depuis le début des accidents, le côté droit a toujours été plus faible que le gauche. Le malade arrive avec de grands efforts à détacher la jambe droite étendue et à l'élever à 8 ou 10 centimètres environ au-dessus du plan du lit. Le membre gauche peut être élevé un peu plus haut et le malade peut le maintenir plus longtemps dans cette attitude.

Nous venons de dire que le malade élève les membres dans l'extension; ils présentent tous deux un certain degré de contracture qui augmente quand on vient à les plier.

Les réflexes tendineux, d'abord difficiles à constater à cause même de cet état habituel de contracture des muscles, se sont manifestés très-distinctement du moment où les muscles ont été mis dans le relâchement. En relevant les orteils, les trépidations épileptoïdes se produisent.

La sensibilité est à peu près intacte; elle est normale au tact, la sensibilité thermique seulement est un peu exagérée du côté gauche.

En explorant la région hypogastrique, on constate que la vessie est distendue, le malade n'a pas uriné depuis la veille; la pression sur la vessie ne détermine pas l'envie d'uriner; cependant le malade dit éprouver par instants ce besoin, mais point d'une manière impérieuse. Il y a aussi de la constipation. Enfin le malade accuse une sensation pénible de constriction à la base de la poitrine.

En résumé, paraplégie survenue à la suite d'un refroidissement. Voilà quelle était la première idée qu'éveillait dans l'esprit l'aspect de ce malade. Mais ce premier élément de diagnostic était-il suffisant ? Le refroidissement était-il la cause unique de cette paraplégie ? Celle-ci n'avait-elle pas été déjà préparée par une autre cause morbide antérieure, par rapport à laquelle le refroidissement n'aurait été qu'une cause occasionnelle et déterminante ?

On a vu que les membres paralysés étaient le siège d'une éruption présentant les caractères d'une syphilide. Bien que le malade questionné à cet égard ait nié avoir eu la syphilis, on dut chercher s'il n'en présentait pas d'autres traces. On trouva sur le pénis une petite cicatrice. Le malade avoua alors qu'il avait eu là, en effet, une petite écorchure; on constata, en outre, l'existence d'une pléiade ganglionnaire dans les aines, plus une adénite cervicale et quelques

ganglions épitrochléens. Enfin le malade avait eu, à la fin du mois de juillet, une cécité absolue de l'œil gauche et quelques troubles de la vision de l'œil droit. L'examen ophthalmoscopique fait constater une atrophie blanche, nacrée du nerf optique à gauche; une névro-rétinite à droite. Point d'iritis d'ailleurs, pas de taches de la cornée. Au dire du malade, il n'aurait eu ni angine ni croûtes à la tête.

Malgré l'absence de quelques symptômes secondaires qui ont pu échapper d'ailleurs à l'attention ou au souvenir, ces indices ont paru suffisants pour faire admettre l'existence d'une syphilis constitutionnelle.

Se fondant sur cet ensemble de signes, tout incomplet qu'il était, M. Joffroy n'a pas hésité à faire remonter la paraplégie dont ce malade est atteint, à son état syphilitique, le froid n'ayant agi dans cette circonstance qu'à titre de cause occasionnelle; et il a institué, en conséquence, le traitement suivant : Frictions matin et soir avec gros comme une noix d'onguent mercuriel double; iodure de potassium, 2 grammes.

Ce traitement a été commencé le 24 août.

Le 26 août, l'iodure de potassium est élevé à la dose de 3 grammes : continuation des frictions. On sonde le malade; les urines sont claires, sans albumine.

Le 27, le malade se plaint d'une sensation de sécheresse à la gorge et à la bouche ; point d'éruption iodique ; point de salivation. On le sonde, sur sa demande : à cinq heures du matin, l'urine est toujours claire; mais un nouveau cathétérisme, pratiqué le soir, amène une urine fortement colorée par du sang, véritable hématurie. La dose d'iodure est élevée à 4 grammes; continuation des frictions.

Le 28 août, le malade est pris d'un frisson le soir et se trouve beaucoup plus mal; il a une sensation de poids sur la poitrine. Le cathétérisme, qui donne issue à de l'urine fortement colorée et très albumineuse, le soulage un peu. Iodure de potassium, 5 grammes. Frictions.

Le 29, le matin, le malade a la sensation d'une brûlure périvésicale. On prescrit des lavages de la vessie avec une solution concentrée d'acide borique. Iodure de potassium, 6 grammes. Frictions.

Le 30 et le 31 août, même état; les urines sont toujours sanguinolentes. Iodure de potassium, 7 grammes.

Aucune modification sensible jusqu'au 4 septembre. Ce jour-là le malade accuse des douleurs très intenses dans toute la paroi abdominale, douleurs exaspérées par la pression; persistance du spasme uréthral. Grand bain, suspension des frictions mercurielles, continuation des lavages de la vessie.

Jusque-là, on le voit, l'état du malade, loin de s'améliorer, ne faisait que s'aggraver : la paraplégie était plutôt augmentée que diminuée, elle était devenue complète des deux côtés; la contractilité musculaire était diminuée, les réflexes étaient abolis; il était survenu de l'incontinence d'urine, puis de l'hématurie accompagné de douleurs périvésicales, s'étendant aux parois abdominales; et, enfin, comme si la paralysie menaçait de prendre une marche ascendante, le malade avait été pris de dyspnée.

Ce n'a été que vers le 9 septembre que l'amélioration de l'état de ce malade a commencé à se prononcer. Les frictions mercurielles et l'iodure de potassium, dont on avait été obligé de suspendre l'usage à cause d'un commencement de stomatite et de douleurs gastralgiques, ont pu être repris; l'état de la vue s'était déjà beaucoup amélioré.

Le 15 septembre, l'amélioration était encore beaucoup plus sensible; le malade commençait à mouvoir beaucoup plus facilement ses membres; l'incontinence d'urine avait cessé, ainsi que le spasme uréthral et les douleurs vésicales.

On avait eu affaire ici évidemment à une eschare vésicale, fait dont M. Joffroy avait déjà eu l'occasion d'observer plusieurs exemples, notamment chez un malade atteint de paraplégie *à frigore*, chez lequel, en même temps qu'une eschare de la vessie traduite, comme dans ce cas-ci, par l'hématurie et les douleurs périvésicales, il s'était développé une eschare cutanée à la région sacrée. Chez ce malade on n'a jamais observé la moindre eschare à la peau, bien qu'on l'ait souvent examiné à ce point de vue. C'est là un fait d'une très grande importance au point de vue du pronostic.

Les dangers très-graves qu'entraînent souvent ces eschares de la vessie, tels que cystite purulente, perforation de la vessie et péritonite consécutive, ont été heureusement conjurés dans ce cas, grâce à l'usage des injections multipliées de solution d'acide borique, faites à la température de 32 à 33° en moyenne et en quantité chaque fois de 150 à 200 grammes au plus.

Quant à la paraplégie elle-même, elle était enfin manifestement entrée en voie de guérison.

De cette guérison aujourd'hui probable et dont nous espérons bientôt pouvoir annoncer la confirmation, faudra-t-il conclure — et serait-on rigoureusement fondé à le faire — à l'origine syphilitique de cette paraplégie ? Tout en convenant que la plus grande probabilité serait en faveur de cette interprétation, nous croyons toutefois qu'il y aurait peut-être encore quelques réserves à faire à cet égard.

Nous examinerons d'ailleurs cette question d'une manière générale, dans une prochaine Revue, — en rapprochant ce fait déjà très-intéressant par lui-même de quelques autres faits analogues.

Le rhumatisme noueux chez les enfants.

Bien que l'existence du rhumatisme noueux chez les enfants ait été signalée depuis assez longtemps, elle est, en réalité, assez peu connue cliniquement, les observations de ce genre n'ayant été recueillies et publiées qu'en très petit nombre. M. le docteur Raymond Lacaze-Dori ayant eu l'occasion d'en observer deux cas pendant la durée de son internat à l'hôpital des Enfants, l'un dans le service de M. Jules Simon, l'autre dans le service de M. Archambault, a pu, à l'aide de ces deux faits auxquels il a joint le petit nombre d'observations éparses dans la science, constituer une petite monographie clinique de cette affection. Il nous a paru intéressant de résumer ici les résultats de cette étude. Nous commencerons par rapporter, dans ses principaux détails, l'observation qu'il a relevée dans le service et sous les yeux de son ancien maître, M. J. Simon.

Marie R..., âgée de treize ans et demi, entre en mai 1881 à l'hôpital des Enfants, salle Sainte-Geneviève, dans le service de M. Archambault, se plaignant depuis le mois d'avril de douleurs vagues dans les jointures, surtout dans les mains, et d'une fatigue générale. La marche était pénible. Elle ne pouvait, parfois, ni écrire ni coudre. Dans les premiers jours de mai les douleurs s'étaient localisées dans le poignet gauche, devenu le siège d'un gonflement assez notable. Le poignet droit s'était pris à son tour, puis les articulations du cou-de-pied. M. Archambault prescrivit des badigeon-

nages de teinture d'iode sur les poignets et sur les pieds et l'administration du salicylate de soude à l'intérieur. Mais bientôt les articulations phalangiennes des mains sont envahies, les doigts se fléchissent, les articulations médio-tarsiennes deviennent douloureuses, ainsi que les articulations des vertèbres dorsales supérieures. Toutes ces articulations sont immobilisées par la douleur et la contracture musculaire. Hypotrophie des muscles de l'avant-bras et de la jambe.

La malade ayant passé, en juillet suivant, du service de M. Archambault dans celui de M. J. Simon (salle des chroniques), voici ce qui fut constaté au 1er octobre. A ce moment les douleurs étaient continues avec exacerbations surtout la nuit et au niveau des articulations des pieds; elles étaient exagérées par l'humidité et par les variations de température. Les muscles des avant-bras et des jambes étaient rétractés.

M. J. Simon, tout en continuant l'usage des frictions sur les articulations avec le baume tranquille, qui avait été précédemment prescrit, fit administrer à l'intérieur la teinture de colchique à dose progressivement croissante, puis décroissante pendant quinze jours; puis on le fit cesser pour le reprendre quinze jours après de la même manière. Les doses étaient de cinq et douze gouttes. L'enfant a été soumis, en outre, à un régime tonique (huile de foie de morue, sirop d'iodure de fer, vin de quinquina).

Dans le courant de décembre, les mouvements des pieds étaient devenus plus faciles, la malade pouvait faire quelques pas.

En janvier 1882, M. R. Lacaze, voyant la malade pour la première fois, recueille les renseignements suivants :

Sa mère est morte, il y a quatre ans, d'un cancer à l'estomac; son père n'est pas rhumatisant, c'est un alcoolique. Ses frères ou sœurs, au nombre de sept, se portent tous bien. D'une santé toujours délicate, elle a eu, toute jeune, la rougeole ; elle est restée longtemps, depuis, sujette à des ophthalmies, conjonctivites avec photophobie. Bien que son état général se soit notablement amélioré depuis trois mois, son teint est encore pâle; elle est faible et anémique. Les sueurs abondantes qui surviennent tous les jours contribuent sans doute à entretenir cette anémie.

Du côté des articulations malades, M. Lacaze a constaté ce qui suit : Les téguments des mains ont une coloration violacée; la peau est un peu épaissie, lisse, luisante, tendue. Il n'y a point d'œdème sous-jacent; point de liquide dans les articulations. Les articulations phalango-phalanginiennes sont seules atteintes; la tête de la phalange est augmentée de volume, ce qui fait paraître l'extrémité du doigt effilée. Tandis que les articulations métacarpo-phalangiennes, restées saines, sont dans l'extension, celles-ci sont dans la demi-flexion.

La main est fléchie sur l'avant-bras, ce qui tend à exagérer la saillie formée à la face dorsale du poignet par les os du carpe tuméfiés. En cherchant à communiquer des mouvements aux poignets, on provoque des craquements.

Au niveau de l'éminence hypothénar, il existe une dépression au lieu de la saillie normale. Une dépression semblable existe à la face dorsale des deux mains, indice de l'atrophie musculaire. Les muscles de l'avant-bras sont également diminués de volume. Toutes ces lésions sont symétriques.

Des articulations des membres inférieurs, les tibio-tarsiennes et médio-tarsiennes seules ont été intéressées.

Pendant les mois de janvier et février, l'enfant n'a pas de paroxysme douloureux, mais elle se plaint parfois de douleurs la nuit au niveau des articulations malades. Le traitement prescrit par M. J. Simon est continué; de plus, tous les deux ou trois jours on imprime des mouvements aux articulations des doigts et des poignets.

Le 22 avril, les règles apparaissent pour la première fois; une amélioration notable s'ensuit.

A dater de la fin du mois de juin, des courants continus sont appliqués tous les jours, pendant dix minutes, au niveau des muscles atrophiés.

Le 16 juillet, on constate une amélioration notable dans l'état général et dans l'état local : les forces musculaires augmentent, la marche devient tous les jours plus facile; la malade peut coudre et écrire. Plus tard les mouvements se sont graduellement rétablis dans les poignets.

Le cœur examiné à plusieurs reprises pendant le cours de la maladie n'a jamais présenté la moindre altération dans son rhythme ; ses bruits sont toujours restés normaux.

Des observations que M. R. Lacaze a réunies dans ce travail, il ressort les principales conclusions suivantes :

Le rhumatisme noueux a été observé chez les enfants à partir de l'âge de deux ans ; les symptômes sont analogues à ceux qu'on observe chez l'adulte et chez le vieillard ; la marche est chronique avec des allures subaiguës au début. Les phénomènes de subacuité persistent pendant un temps variable, de quelques mois à plusieurs années. Après cette période plus ou moins longue, les phénomènes douloureux diminuent, les exacerbations sont de moins en moins fréquentes ; puis la maladie est franchement chronique. Si l'enfant est soumis à un régime convenable, on voit alors la maladie rétrocéder, les déformations disparaître, les mouvements se rétablir.

La durée totale de la maladie a varié de une à plusieurs années. La guérison est la règle. Il est exceptionnel, chez l'enfant, que le rhumatisme noueux suive une marche progressive et amène des lésions incurables. Son pronostic est par conséquent moins grave qu'il ne l'est chez les adultes et les vieillards, l'affection n'ayant pas, en général, la marche progressivement envahissante qu'elle affecte le plus ordinairement chez ces derniers.

Parmi les divers traitements employés, le traitement par les courants continus est celui qui a paru produire les meilleurs résultats. En raison de son importance, nous croyons devoir reproduire ci-après le texte même de la note que M. le docteur Boudet, de Paris, a bien voulu rédiger pour le travail que nous venons de résumer.

Traitement du rhumatisme noueux par les courants continus.

Dans le rhumatisme noueux, l'électricité peut rendre de grands services et même amener la guérison.

Des trois modes d'électrisation, statique, faradique et galvanique, le dernier est celui auquel on doit recourir de préférence, les deux premiers n'agissaut guère que sur les muscles et la circulation des petits vaisseaux.

La galvanisation a pour résultats :

1° De faire cesser très-rapidement les douleurs ; 2° de faire disparaître les contractures ; 3° d'aider à la disparition des nodosités. Prolongée quelque temps, elle fait également disparaître l'atrophie des muscles et les paralysies.

Le mode d'application est le suivant : Appliquer le pôle positif, représenté par une large plaque mouillée, sur la

région cervico-dorsale (pour le rhumatisme des membres supérieurs), ou sur la région dorso-lombaire (pour le rhumatisme des extrémités inférieures). Plonger les extrémités malades dans un bassin de porcelaine plein d'eau légèrement salée et à la température du corps. Enfin, mettre cette eau en communication avec le pôle négatif de la pile au moyen d'une plaque métallique et d'un fil conducteur.

Le courant doit avoir, pour les enfants, une intensité de huit à douze unités environ.

Les séances doivent être faites tous les jours, au moins pendant le premier mois, et chacune d'elles doit avoir une durée de dix à quinze minutes.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS

Fractures du fémur; extension spontanée automatique; guérison sans raccourcissement, sans déviation et sans claudication.

Par M. E. Sonrier, médecin principal en retraite.

Nous avons publié dans la *Gazette des hôpitaux* (en 1863, n° 35; en 1880, n° 20) plusieurs observations de fractures de fémur traitées par un système de déligation qui nous a toujours donné d'excellents résultats. Cet appareil, par sa simplicité, par son application si facile, nous paraît si bien remplir toutes les indications que nous ne pouvons résister au désir de le préconiser et de le recommander à tous nos confrères en l'appuyant de trois nouvelles observations.

Observation I. — Louis D..., douze ans, de Poussay (Vosges). Fracture comminutive de la cuisse droite au tiers inférieur produite, le 28 septembre 1880, par broiement dans l'engrenage d'une filature.

Arrivé une demi-heure après l'accident, nous trouvons déjà une tuméfaction énorme avec déviation angulaire externe.

Réduction facile, pas de raccourcissement, au contraire, par cette raison que l'os étant broyé, l'incurvation normale se redresse et allonge d'autant la cuisse.

Nous disposons le lit, plan incliné des pieds vers les épaules (voir description de notre appareil, *Gazette des hôpitaux*, 1863, n° 35).

29 septembre. — Nuit excellente, ne souffre pas; pouls 90. Rien n'est dérangé.

30 septembre. — Bon sommeil obtenu avec quelques gouttes de laudanum pour endormir une légère douleur. Épanchement dans le genou déterminé sans doute par l'irritation de la bourse séreuse voisine. L'extension est suffisante et il n'est pas nécessaire d'augmenter l'inclinaison du lit.

Du 1er au 15 octobre, rien à signaler; l'épanchement persiste encore quelques jours, puis disparaît; le malade ne souffre pas, dort bien, bon appétit, pouls 90. Le cal peu volumineux, parce que la coaptation est parfaite, est déjà solide, mais cède encore à la pression : aussi existe-t-il un petit raccourcissement dû à une légère incurvation du membre en dedans. On relève les pieds du lit de manière à augmenter l'inclinaison et partant l'extension, par le poids du corps qui glisse vers la partie déclive, redresse lui-même cette courbure et ramène le membre dans sa position normale sans raccourcissement.

Du 15 au 28. — État très-satisfaisant. On enlève définitivement l'appareil; le membre est semblable à l'autre avec la légère cambrure anatomique; ni raccourcissement, ni allongement, la soudure solide, toujours un peu douloureuse, résiste à une légère pression; les mouvements de flexion arrivent à l'angle droit et sont arrêtés par une légère ankylose fibreuse qu'on brisera facilement plus tard, et surtout par la douleur qu'on ne peut dépasser. La cuisse, toujours un peu plus grosse que l'autre, est placée dans un appareil dextriné retenu par la guêtre au pied du lit, jusqu'à ce que le bandage solidifié maintienne immobile le membre dans ses parois rigides.

15 novembre. — On lève définitivement l'appareil après quarante-huit jours ; la consolidation est solide, mais le petit malade ne peut encore détacher le talon du lit sur lequel il est couché.

23 novembre. — Il commence à marcher, mais s'appuie à peine sur le membre qu'il soulève cependant facilement; on sent le cal solide, diffus; en définitive, résultat magnifique qui ne s'est pas démenti, car un an après on ne peut plus constater quel a été le membre brisé, si bien guéri sans raccourcissement, sans claudication et qui ne le dispensera pas du service militaire.

Obs. II. — J. R..., deux ans et demi, de Poussay, tombe le 22 décembre 1881 et se fracture le fémur gauche au tiers supérieur. Une heure après, tuméfaction considérable, crépitation très-manifeste, pas de raccourcissement, peu de déformation, par cette raison que chez l'enfant le périoste, plus développé et plus résistant, maintient les extrémités fragmentaires en présence.

Ici les indications sont faciles à remplir; il suffit de redresser le membre trop incurvé. L'enfant est placé dans son berceau incliné, et son pied, retenu à l'extrémité et soutenu par l'appareil de Scultet immobilisé par des bandes de diachylum, fait lui-même l'extension continue.

Rien à signaler les jours suivants ; l'appareil ne se dérange pas, malgré les mouvements de l'enfant qui ne souffre pas, mange et dort.

12 janvier. — On remplace l'appareil par un bandage amidonné, pas de raccourcissement, pas de déviation, rectitude du membre qui a conservé sa cambrure normale. Au surplus, les muscles tendus par l'extension servent d'attelles au membre brisé.

4 février. — On enlève définitivement l'appareil, quarante-deux jours après l'accident; le membre est tout à fait semblable à l'autre, pas de raccourcissement, consolidation parfaite, marche bien et fera plus tard un excellent soldat.

Obs. III. — J..., vingt et un ans, de Mazirot (Vosges), se fracture la cuisse gauche au tiers moyen, en tombant de cheval, le 30 mai 1882.

Tuméfaction considérable immédiate. On place le blessé sur un plan qu'il faut incliner à 25 centimètres, pour vaincre la résistance d'une puissante musculature contractée par action réflexe sur ce membre douloureux, et c'est à peine si nous obtenons la longueur normale; le malade ne souffre pas trop, dort bien sans opium.

12 juin. — On découvre pour la première fois le membre; pas de raccourcissement, malgré une légère déviation antéro-externe au niveau de la fracture.

Trente-quatre jours après l'accident on enlève l'appareil; rectitude de la cuisse, consolidation résistante, mais pas encore assez pour soulever le membre; le cal est volumineux, peu douloureux à la pression; on place un appareil amidonné pendant quinze jours.

Nous avons revu dernièrement J...; nous constatons une légère incurvation antéro-externe, qui donne lieu à un raccourcissement de 1 centimètre. Il avoue que c'est de sa faute, car malgré nos recommandations il a voulu marcher trop tôt, 7 à 8 kilomètres par jour; aussi qu'est-il arrivé? C'est que le cal, encore peu résistant, a fléchi sous le poids du corps et par l'action musculaire répandue aux extrémités du levier brisé. Nous lui avons bien proposé de redresser le membre, car à Metz, pendant la guerre, nous avons obtenu par ce procédé d'excellents résultats, et la *Gazette des hôpitaux*, 5 juin 1880, dit qu'on peut faire cette opération jusqu'au dixième mois. Mais il n'a pas voulu tenter cette chance, trop heureux d'avoir ce motif d'exemption qui ne l'empêche pas de *gratter sa vie*, dit-il, mais qui le dispense de revêtir sa gaucherie native du brillant uniforme des braves.

Notre appareil remplit donc toutes les indications : 1° briser la contraction musculaire par l'extension continue; 2° redresser l'arc fémoral; 3° rendre au membre sa longueur normale;

Et se recommande à l'attention des chirurgiens : 1° par sa simplicité; 2° par la facilité de son mode d'application; 3° enfin, et c'est là son plus grand mérite, par les succès constants et inespérés qu'il nous a toujours donnés.

TRAITEMENT DU BLÉPHARO-SPASME

PAR LE MASSAGE FORCÉ DU MUSCLE ORBICULAIRE

Par le docteur Ch. Abadie.

Le 21 janvier 1882 paraissait, dans le *Progrès médical*, un article de M. Vigouroux, annonçant que M. Wolff guérissait par un procédé à lui appartenant une affection jusqu'ici réputée incurable, la crampe des écrivains. Comme il s'agissait de malades qui avaient été vus par M. Vigouroux et par M. le professeur Charcot, le diagnostic ne pouvait être mis en doute. Du reste, la plupart des médecins de Paris ont dû comme moi recevoir à cette époque une brochure de M. Wolff, dans laquelle ce praticien produisait des attestations de médecins, tels que Erb, Nüssbaüm, Langenbeck, Billroth, affirmant également que M. Wolff avait réellement guéri des malades atteints de la crampe des écrivains.

Toutes les fois qu'on prétend avoir découvert le moyen de triompher d'une affection jusqu'alors réputée incurable, la chose en vaut la peine et mérite de fixer l'attention. Aussi, j'avais lu et médité l'article de M. Vigouroux, cherchant à me rendre compte de quelle façon le succès était obtenu. Malheureusement, ni M. Vigouroux dans le *Progrès médical,* ni M. Wolff dans la circulaire en question, ne donnent des détails bien précis sur la manière d'opérer. M. Vigouroux nous parle bien d'une distension plus ou moins forcée, presque d'une élongation, des muscles spécialement affectés, combinée à des mouvements plus étendus de l'avant-bras et du membre supérieur tout entier ; mais M. Wolff reste sobre de détails sur le *modus faciendi* qui lui serait personnel, et qui constituerait le secret de sa découverte.

Le mot « élongation des muscles » prononcé par M. Vigouroux m'avait frappé. J'avais pensé qu'en effet c'était bien là le mot indiquant la chose, et dans mon esprit l'efficacité du procédé consistait sans doute soit dans l'élongation des muscles, soit peut-être dans l'élongation des extrémités nerveuses sensitives et motrices, qui viennent se perdre à la surface des derniers faisceaux musculaires. L'élongation des *troncs nerveux* est une conquête thérapeutique récente qui compte aujourd'hui à son actif des succès nombreux et indiscutables, et qui a permis de guérir des troubles de sensibilité et de motilité, ayant résisté à tous nos autres moyens d'action. Elle se fait, ou bien à ciel ouvert en allant directement à la recherche du nerf, ou bien sous la peau en respectant les parties molles, comme par exemple pour le sciatique où l'élongation se produit en renversant fortement sur le bassin le membre inférieur maintenu fortement tendu.

Il me paraissait que, dans les manipulations pratiquées par M. Wolff, l'extension forcée de certains muscles pouvait entraîner l'élongation des filets nerveux qui les innervent, et amener par suite la modification de certains états pathologiques. Si cette conception est juste, on serait en possession d'une méthode générale de traitement : le *massage forcé*, applicable à tous les états spasmodiques des muscles facilement accessibles, tels que le sterno-mastoïdien, etc.

Le spasme du muscle orbiculaire me semblait devoir être justiciable de ce traitement à tous les points de vue. D'abord, c'est un spasme dont l'étiologie est bien connue ; il est le résultat d'une excitation réflexe partie des terminaisons sensitives du trijumeau. La preuve en est que le meilleur moyen pour le faire disparaître consiste à sectionner les branches sus ou sous-orbitaires de la cinquième paire. De plus, c'est un muscle placé superficiellement sous la peau et facile à distendre dans tous les sens.

L'occasion d'essayer ce mode de traitement s'offrit bientôt à moi. Une malade, âgée de quarante-cinq ans, se présente à ma clinique, atteinte d'un blépharo-spasme de l'œil gauche. Ce spasme de l'orbiculaire remonte à une dizaine d'années environ ; il s'est un peu étendu aux muscles de la joue, et par moments, quand il est très-accusé, il donne à la physionomie un aspect grimaçant. Depuis le début de sa maladie, cette femme a consulté plusieurs spécialistes qui, après avoir essayé successivement tous les moyens ordinaires (électricité, injections de morphine, etc.), lui ont proposé à plusieurs reprises, comme ressource suprême, la section du nerf sus-orbitaire ; mais elle n'a jamais voulu consentir à une opération. Comme à mes confrères, la névrotomie me paraît être le seul moyen curatif ; mais, en présence d'un refus obstiné, je crois l'occasion favorable d'essayer le massage forcé.

Après avoir enduit de vaseline tout le pourtour de l'œil, je pratique avec les pouces, aussi vigoureusement que je le puis, la distension forcée du muscle dans un sens rayonné tout autour de l'œil, refoulant la peau et les tissus sous-jacents de l'ouverture palpébrale vers la périphérie. Cette séance de massage, qui finit par devenir réellement fatigante pour l'opérateur et la malade, dure environ de six à sept minutes.

Le lendemain cette malade revient, accusant un soulagement notable dans son état ; son œil gauche est, en effet, presque aussi ouvert que le droit. Je la tiens en observation pendant une heure environ, et je constate que le spasme de l'orbiculaire est incontestablement moindre que la veille. Nouvelle séance de massage forcé pendant dix minutes.

Le lendemain, l'amélioration s'accentue encore, et cette femme nous déclare que de tout ce qu'elle a essayé jusqu'ici c'est ce qui lui a le mieux réussi. Le traitement est continué pendant trois semaines, au bout desquelles la guérison semble au moins momentanément assurée : les paupières s'ouvrent aussi librement l'une que l'autre. Depuis, cette malade a cessé de venir, et j'ignore si le résultat s'est maintenu aussi satisfaisant.

Un jeune homme, âgé de vingt-six ans, atteint depuis un an d'un blépharo-spasme monolatéral, a été aussi rapidement amélioré, et n'est plus revenu au bout de quinze jours, se disant guéri.

Mais je dois avouer qu'à côté de ces deux succès, au moins momentanés, j'ai eu un revers complet chez une autre malade, âgée de cinquante-cinq ans, affligée depuis longtemps de cette forme bizarre de blépharo-spasme double intermittent, qui procède comme par surprises produisant une cécité momentanée par l'occlusion violente des paupières, puis disparaissant subitement comme il est venu. C'est pourtant une forme qui guérit bien par la névrotomie.

Je me propose d'essayer encore le massage forcé de l'orbiculaire contre le *spasme nocturne des paupières*, affection qui est loin d'être rare, bien qu'elle ne soit signalée dans aucun ouvrage classique. Je profite de l'occasion pour en dire quelques mots.

Assez souvent, nous sommes consultés par des malades qui se plaignent de ne pouvoir ouvrir les yeux, soit pendant la nuit, soit le matin, au réveil. Chez quelques-uns, l'impuissance est parfois absolue, et ce n'est qu'au bout de cinq ou dix minutes qu'ils parviennent, après des efforts pénibles et douloureux, à écarter les paupières l'une de l'autre.

Chez d'autres, la difficulté est telle qu'ils ne peuvent y réussir qu'en se servant de leurs doigts. Ce spasme nocturne ne paraît lié à aucune lésion intra ou extra-oculaire, et c'est probablement en raison de son caractère de bénignité que cette affection a passé jusqu'ici, sinon méconnue, du moins non décrite. Pourtant cette difficulté d'ouvrir les yeux la nuit est parfois gênante et même inquiétante pour certaines personnes, et il est bon qu'on s'en occupe.

J'ai remarqué qu'habituellement cette affection finit par disparaître d'elle-même ; mais elle résiste à tous les moyens que jus-

qu'ici j'ai tenté de lui opposer (frictions analgésiantes, électricité, etc.). Peut-être que le massage forcé de l'orbiculaire se montrera plus efficace.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 octobre 1882. — Présidence de M. L. Labbé.

COMMUNICATIONS

Tétanos. — **M. BERGER**, à l'occasion de la discussion qui a eu lieu dans la dernière séance sur le traitement du tétanos, communique une observation de tétanos traumatique extrêmement grave guéri par l'amputation du membre blessé. On sait, dit-il, que le tétanos traumatique est d'autant plus grave que le traumatisme a été plus considérable et que le tétanos qui s'accompagne d'accès intermittents ou rémittents d'emblée est généralement beaucoup plus dangereux que les autres. Or, ces deux circonstances aggravantes, étendue du traumatisme et apparition d'accès intermittents, se rencontraient dans le cas suivant qui date de 1877 :

Il s'agissait d'un homme qui avait reçu un coup de feu dans la main ; le côté cubital de la main et du poignet étaient broyés, mais comme le côté radial était en bon état, je tentai de conserver le membre en le plaçant dans un appareil ouaté de Guérin. Vers le cinquième jour, le malade eut des spasmes dans le membre blessé et le huitième jour le tétanos se déclarait : trismus, opisthotonos complet. Des accès spasmodiques partaient du membre malade pour s'étendre ensuite à tout le reste du corps. Le lendemain, l'état était devenu alarmant : spasmes fréquents généralisés, contractions toniques du diaphragme, intermittences cardiaques, etc. J'enlevai l'appareil ; presque aussitôt une violente contraction secoua le membre et provoqua l'énucléation spontanée de parties osseuses du carpe. Je pratiquai, séance tenante, la désarticulation du coude, j'eus recours à la médication chloralée. Le malade prit, soit par la bouche, soit en lavements, de 10 à 12 grammes de chloral par jour. A partir du moment où l'opération fut achevée, les spasmes disparurent, la circulation redevint régulière ; restaient seulement le trismus et l'opisthotonos. Ce dernier, huit jours après, avait disparu à son tour. Des contractions persistaient dans la partie du membre qui restait. La plaie guérit par première intention. Le malade guérit.

Dans des cas semblables, la médication par le chloral seul ne suffit pas pour amener la guérison. Je citerai, par exemple, un cas de fracture compliquée de la jambe, dans lequel le tétanos se déclara au quinzième jour. Le chloral amenait une sédation marquée des phénomènes ; mais aussitôt qu'il était supprimé, les accidents se reproduisaient. D'un autre côté, en continuant la médication chloralée, le malade s'affaiblit de plus en plus et finit par succomber quatorze jours après l'apparition du tétanos. Dans le tétanos grave d'emblée, le chloral seul ne suffit donc pas et laisse toujours une disposition au retour des accidents, tandis que, dans le premier cas que j'ai rapporté, l'amputation a fait immédiatement cesser les spasmes. Quand les fonctions d'un membre se trouvent compromises par un traumatisme, il paraît donc préférable, en cas de tétanos, de recourir à l'amputation de ce membre. J'ai, dans le cas dont il s'agit, fait très-haut la section des nerfs. Les nerfs sectionnés ont été examinés au microscope et trouvés parfaitement sains.

M. THÉOPHILE ANGER a eu, l'année dernière, cinq cas de tétanos, tous mortels. Récemment, un jeune enfant, dans son service, avait un écrasement du petit doigt. Il allait bien, lorsqu'il se rendit dans des cabinets où il prit froid. Il en revint avec une très-forte courbature dans les reins et presque immédiatement apparut de l'opisthotonos. Le trismus ne se déclara que cinq jours après. Le chloral en lavements, les injections d'ésérine amenèrent une notable diminution des spasmes ; mais n'empêchèrent pas cet enfant de succomber. L'autopsie a montré la présence d'ecchymoses sous-pleurales. Ce malade est mort par asphyxie.

La moelle sera examinée au microscope. Le refroidissement, dans ce cas, a été manifestement la cause du tétanos.

M. DESPRÈS rappelle qu'il existe, en effet, de très-forts courants d'air à l'hôpital Cochin qui peuvent favoriser le développement du tétanos. Il fait observer, en outre, que les plaies du petit doigt et du pouce sont celles qui entraînent le plus souvent cette terrible complication. Larrey avait déjà fait cette observation que les vents d'ouest et le froid favorisent l'apparition du tétanos chez les blessés. Il avait également remarqué que l'amputation du membre blessé était habituellement suivie de la disparition des accidents tétaniques.

Pendant la guerre, ajoute M. Desprès, à Sedan, j'ai vu un petit nombre de blessés et plusieurs cas de tétanos. Dans l'armée de la Loire, au contraire, j'ai eu un grand nombre de blessés et pas un seul cas de tétanos. En résumé, le froid humide, beaucoup plus que le froid vif et surtout pendant les changements de saison, comme l'a fait précisément observer Larrey, prédispose incontestablement aux accidents tétaniques, d'où l'indication, bien importante, de toujours couvrir les blessés et les opérés.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE croit que le froid intense, comme le froid humide, peut favoriser l'apparition du tétanos. A Sedan, près d'un cours d'eau humide, il n'a pas eu un seul cas de tétanos. Dans la plaine d'Orléans, par 14 degrés de froid, sur un petit nombre de blessés, il en a eu trois cas.

M. TERRIER. On a, dans cette discussion, rappelé des choses essentiellement classiques, à savoir que le froid et surtout le froid humide peut provoquer le tétanos, et qu'il faut maintenir les blessés dans une température constante.

Cependant il importe de savoir que ces sages précautions ne suffisent pas toujours pour empêcher l'apparition du tétanos. Dernièrement, un étudiant en médecine se fait, à Nogent-sur-Marne, une fracture de jambe compliquée. Appelé auprès de lui, je dis que je craignais le tétanos et recommandai aux internes qui le soignaient d'éviter tout refroidissement. Malgré toutes les précautions prises par les internes, au quatorzième jour apparut le tétanos qui emporta leur camarade dans l'espace de dix jours, ce qui prouve que le refroidissement n'est pas la seule cause du tétanos traumatique et qu'il en est d'autres qui nous échappent.

M. DESPRÈS fait observer que Nogent-sur-Marne est un pays humide et que, malgré les précautions prises, ce malade peut avoir eu froid.

Fibro-lipomes de la paume de la main. — **M. DESPRÈS** fait un rapport sur une communication de M. le docteur Moulinier (d'Excideuil) relative à un cas de fibro-lipome de la paume de la main qu'il a diagnostiqué, opéré le 3 janvier et présenté à la Société de chirurgie. L'examen microscopique a confirmé le diagnostic et montré cette particularité que ce fibro-lipome contenait une plus grande quantité de tissu fibreux que dans les autres cas. Ces cas, au nombre de six, ont tous été présentés à la Société de chirurgie par MM. Boinet, Trélat, Tillaux, Notta et Desprès lui-même. Le fait de M. Moulinier est donc le septième. C'est grâce à la connaissance des faits antérieurs qu'il a pu faire le diagnostic.

M. ANGER a récemment opéré un lipome non enkysté de la nuque qu'il avait pris pour une loupe et qui en présentait tous les caractères. La dissection de ce lipome a été très-lente et très-difficile.

M. POZZI fait observer qu'on peut rencontrer aussi à la paume de la main ainsi qu'à la plante du pied des angio-lipomes. Il en est rapporté un exemple, pour la plante du pied, dans les cliniques de M. Péan.

De la ligature élastique dans le traitement des fistules à l'anus. — **M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE** fait un rapport sur un mémoire de M. Querel (de Marseille) qui contient cinq observations de fistules à l'anus traitées et guéries par la ligature élastique. Ce mémoire se termine par les conclusions suivantes :

1° La ligature élastique appliquée au traitement des fistules anales est une méthode exempte de dangers, même dans les cas graves, c'est-à-dire dans ceux où la fistule remonte très-haut ;

2° Elle met à l'abri des hémorrhagies, ne s'accompagne pas de réaction inflammatoire et n'est jamais suivie de récidive; les malades, ainsi opérés, peuvent vaquer le jour même à leurs occupations; ils n'éprouvent aucune douleur.

M. le rapporteur ne partage pas l'avis de M. Querel sur ces deux derniers points. Toutefois il croit que la ligature élastique offre de réels avantages. La douleur, selon lui, est en raison directe de la grosseur du fil employé. Avec un fil très-petit, il n'y a pas de douleur, même dans les cas où la fistule est multiple et où il faut appliquer plusieurs fils. Il n'est pas nécessaire de faire une très-forte constriction. Enfin, M. Lucas-Championnière insiste sur les bons effets des bains consécutifs à l'application de la ligature élastique.

M. VERNEUIL combat formellement le procédé opératoire préconisé par M. Querel, sauf dans quelques cas exceptionnels de fistules très-petites, sans diverticulum, sans décollement de la peau, où tout réussit. Encore, dans ces cas, la ligature élastique n'a-t-elle aucun avantage sur le thermo-cautère. Je ne suis donc d'accord avec M. Querel, ajoute M. Verneuil, que sur un seul point, sur le rejet du bistouri dans l'opération de la fistule à l'anus. Avec le bistouri, en effet, on s'expose à des hémorrhagies, à des érysipèles. Autrefois, je me servais de l'écraseur. Aujourd'hui le thermo-cautère est, pour ces opérations, un instrument merveilleux avec lequel on n'a jamais d'hémorrhagies. Quant aux hémorrhagies secondaires, il peut y en avoir avec tous les procédés et il n'y en a pas plus avec le thermo-cautère qu'avec les autres. Les récidives sont dues habituellement à ce que l'opération a été incomplète ou bien à ce que le sujet est tuberculeux. Or ces opérations incomplètes sont bien plus à craindre avec la ligature élastique qu'avec le thermo-cautère, ou bien l'emploi de la ligature élastique dans les cas complexes devient alors une opération très-compliquée. Quant à la douleur, elle est atroce avec la ligature élastique. Enfin il ne faut jamais permettre à des opérés de fistules anales, par quelque procédé que ce soit, de vaquer le jour même à leurs occupations.

En résumé, je ne vois aucun avantage à l'emploi de la ligature élastique sur celui du thermo-cautère dans le traitement des fistules à l'anus.

M. MARC SÉE a employé la ligature élastique dans un grand nombre de cas des fistules anales. Il reconnaît qu'elle n'est pas applicable à toutes les fistules, mais elle a sur le thermo-cautère l'avantage de pouvoir être appliquée immédiatement pendant qu'on examine le malade. Il croit qu'il importe de serrer le fil autant que possible, une constriction excessive amenant une section plus rapide. Avec la ligature élastique, on n'a jamais d'hémorrhagies. Elle est préférable en cela à l'écraseur et même au thermo-cautère, surtout chez les sujets tuberculeux chez lesquels il importe de ne pas perdre de sang.

M. DESPRÈS. Le thermo-cautère, la ligature élastique, ont été appliqués au traitement des fistules à l'anus dans le but d'éviter la perte de sang. Pourquoi, dans ces cas, ne pas préférer l'écraseur? Le thermo-cautère a l'inconvénient de brûler autre chose que ce qu'on veut détruire. Je défendrai donc le bistouri avec lequel j'ai opéré et guéri environ 240 fistules à l'anus sans jamais avoir eu d'hémorrhagies. J'ai perdu un seul malade d'infection purulente à une époque où celle-ci régnait dans les hôpitaux de Paris.

Conicité physiologique des moignons. — M. KIRMISSON présente un jeune homme de vingt ans qui a subi l'amputation de la cuisse à quatre ans, qui, à partir de dix ans, a vu son moignon présenter ce que M. Verneuil a appelé la conicité physiologique et qui ne l'a vu cesser de pousser qu'après dix-huit ans. Ce moignon est depuis resté très-sensible. M. Kirmisson croit qu'il est indiqué d'intervenir et qu'il faudra réséquer les nerfs aussi loin que possible.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Notre cher collaborateur M. Rivière vient d'être cruellement frappé par la mort de sa fille qui vient de lui être enlevée par une fièvre typhoïde de forme ataxo-adynamique, au vingtième jour de la maladie. Trois autres de ses enfants sont en ce moment atteints de la même maladie, mais tous trois heureusement à un degré qui n'inspire aucune inquiétude. Tous ceux qui connaissent notre collaborateur prendront part comme nous à sa vive douleur.

Les obsèques auront lieu aujourd'hui samedi, à midi, à Saint-François-Xavier.

— *Épidémie.* — Des nouvelles de Saïgon nous apprennent que l'épidémie de choléra qui sévissait sur les indigènes a cessé ses ravages.

On nous annonce aussi que la fièvre jaune a disparu de Matamoros et de Brownville.

— Le docteur Churchill est de retour à Paris.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 13453.

N° 117. — MARDI 10 OCTOBRE 1882. 55e ANNÉE. MARDI 10 OCTOBRE 1882. — N° 117.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3.000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE.	3 mois : **8** fr. **50**.	— 6 mois : **16** fr.	— 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. .	3 mois : **10** fr. ».	— 6 mois : **18** fr.	— 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. HARDY.

La syphilis et son traitement (1).

II

Dans la dernière leçon, je vous ai montré un malade du service atteint de syphilis à la seconde période et présentant comme symptôme principal une céphalée spéciale. J'en prendrai texte pour traiter de la syphilis en général, ainsi que vous me l'avez demandé, et de son traitement.

La syphilis est bien loin d'être une maladie rare, et le nombre est grand, au contraire, de ceux qui en sont atteints, tant elle est répandue partout et dans toutes les classes de la société. Aussi est-il d'une haute importance pour le médecin, dès ses débuts dans la pratique, de savoir la reconnaître sans hésitation, pour la traiter convenablement, dès qu'il l'a diagnostiquée, et sinon la guérir toujours, tout au moins pallier les accidents qu'elle détermine.

La syphilis est une trilogie, c'est-à-dire qu'elle appartient à trois âges ; c'est une pièce en trois actes précédée d'un prologue peu médical, constitué par l'action dans laquelle on contracte la maladie, soit presque toujours par des rapports sexuels. Mais je laisse ce prologue de côté et je commence d'emblée par le premier acte.

a. Première période. — Elle est caractérisée par un chancre primitif, phénomène initial que ses caractères spéciaux distinguent des autres ulcérations qui peuvent se développer également à la suite de rapports sexuels. Ainsi, dans le cas de chancre vrai, l'incubation est de longue durée, tandis que si le chancre se développe au bout de deux ou trois jours après le contact, ce n'est plus un chancre infectant, mais un chancre mou et non syphilitique. L'incubation du chancre vrai varie depuis dix jours jusqu'à six semaines, voire même deux mois; mais en moyenne l'on compte vingt-cinq jours, tout en n'oubliant pas que l'on observe de nombreux faits aussi bien de durée moindre que de durée plus grande. Cette longue durée de l'incubation est donc déjà un fait très-important.

Autre caractère distinctif : dès que le chancre vrai apparaît, il ne se manifeste pas par une pustule ou une ulcération immédiate, mais bien tout d'abord par une papule ou par un tubercule, et ce n'est que plus tard que cette saillie papuleuse ou tuberculeuse s'ulcèrera. Au contraire, le chancre mou débute par une pustule. Je dirai plus, il y a même des chancres vrais qui ne s'ulcèrent jamais. Je dois aussi signaler comme un des caractères du chancre vrai son unicité, en quelque endroit qu'il se trouve siéger. Il est bien rare, en effet, que l'on observe en pareils cas deux ou trois chancres. Cependant, lorsqu'il se développe exceptionnellement deux ou trois de ces ulcérations vraies à la même époque, elles ont toutes le même âge et le même degré d'évolution. Dans le chancre mou, c'est le contraire qui a lieu, et l'on peut trouver plusieurs chancres d'âge différent, l'un parvenu à une période très-avancée, un autre qui l'est beaucoup moins, un troisième au début, etc. Ce phénomène particulier, caractéristique, tient à ce que le chancre vrai ne s'auto-inocule pas, ne se sème pas sur le même sujet, tandis que le chancre mou peut s'inoculer à la personne qui en est porteur et se semer. C'est ainsi que, dans ce dernier cas, le pus qui s'écoule de l'ulcération donnera lieu à la production d'un chancre semblable s'il rencontre sur son passage une excoriation quelconque, et l'on peut voir alors se développer sur le même individu plusieurs chancres de même nature, en différents points, produits par une auto-inoculation accidentelle. C'est là un caractère distinctif très-important du chancre mou.

Le chancre vrai suppure peu, et le pus qui s'en écoule est plastique; ses bords sont taillés à pic, non décollés, indurés ainsi que sa base, où l'on sent, lorsqu'on veut le saisir entre les doigts, une sorte de plaque cartilagineuse, parcheminée; c'est encore là un signe différentiel d'avec le chancre mou dont l'ulcération tend à s'étendre, s'accompagne parfois de phagédénisme et donne lieu à une suppuration abondante. Le chancre vrai affecte une forme arrondie, symétrique, régulière; le chancre mou est irrégulier au point que le bord du côté droit, par exemple, diffère du bord du côté gauche.

Enfin j'ajouterai encore que le chancre vrai dure quelquefois très-peu de temps — dix ou quinze jours, — qu'il passe quelquefois inaperçu, ou bien est pris pour une simple petite écorchure, surtout dans les classes nécessiteuses qui n'ont aucune hygiène, et principalement chez la femme du

(1) Suite. — Voir le numéro du 3 octobre 1882.

peuple, qui n'a aucun soin de toilette. C'est ainsi que des malades déclarent, de bonne foi, n'avoir jamais rien eu, alors qu'ils avaient été porteurs de chancres vrais dont ils ne se sont point aperçus, ces chancres n'étant pas douloureux et ne donnant lieu à aucun phénomène inflammatoire. C'est le contraire pour le chancre mou, où ces phénomènes sont très-prononcés.

Mais le chancre vrai donne lieu à une infection lymphatique de voisinage, à un engorgement ganglionnaire d'autant plus précieux pour le diagnostic que, selon le siège parfois insolite du chancre (la face ou les doigts de la main), celui-ci resterait méconnu comme nature et pourrait être pris pour toute autre chose qu'une affection syphilitique. Ainsi, dans le cas où l'ulcération syphilitique est située sur la lèvre inférieure (siège le plus fréquent après la verge, et pour cause), vous constaterez l'existence d'un engorgement des ganglions sous-maxillaires, sans suppuration ni tendance à s'enflammer. Bien souvent, les ulcérations syphilitiques de la face ont été prises pour des accidents tertiaires, tandis qu'elles n'étaient autres que des chancres vrais; l'engorgement ganglionnaire sera encore, dans ce cas, un des bons signes différentiels, car il n'existe pas à la troisième période, tandis qu'il accompagne au contraire le chancre primitif.

Lorsque l'on a affaire à un chancre génital vrai, on constate aussi l'existence d'une pléiade ganglionnaire, molle et indolente, dans l'aine. S'agit-il, au contraire, d'un chancre mou, l'engorgement est plus considérable; de plus, il est douloureux à la pression, il tend à la suppuration, et l'on voit souvent des abcès se former, produire un pus semblable à celui du chancre mou lui-même, et comme lui auto-inoculable, c'est-à-dire pouvant s'inoculer à l'individu porteur du chancre. Tandis que, si par hasard il se développe quelque abcès à la suite du chancre vrai, ce qui est rare du reste, le pus n'est pas auto-inoculable.

Ce sont là des caractères importants et des expériences souvent très-utiles à faire et sans aucun danger pour le malade, surtout lorsque l'on soigne attentivement les parties inoculées dès l'apparition des pustules.

Tels sont les principaux caractères cliniques qui nous permettront de reconnaître la nature de l'accident primitif, dont on ne voit pas toujours le début, parce que les premiers jours les malades hésitent souvent à consulter leur médecin soit par négligence, soit parce qu'ils ne se sont pas aperçus de leur mal, soit pour toute autre cause.

Lorsque le chancre guérit de lui-même, comme il ne persiste généralement pas longtemps, ainsi que je l'ai dit tout à l'heure, il peut disparaître sans laisser après lui aucune trace. Dans les cas, au contraire, où sa durée a été un peu plus longue que d'habitude, il ne laisse après lui qu'une cicatrice légère, non réticulée comme le chancre mou.

b. Deuxième période. — Si maintenant nous passons aux accidents du second acte, nous voyons, au bout d'un temps qui varie entre trois semaines et quatre mois, ou quelquefois même six ou huit mois, nous voyons apparaître une série de phénomènes particuliers.

Ce sont des malaises généraux, de la céphalalgie, un alanguissement des fonctions digestives, quelquefois des douleurs rhumatoïdes dans les membres, douleurs vagues et sans gonflement des articulations, parfois aussi un mouvement fébrile léger durant plusieurs jours. Chez les sujets blonds, hommes ou femmes, on constate aussi un certain degré d'anémie, de la faiblesse musculaire, de la pâleur des téguments, de la chloro-anémie; puis surviennent les accidents véritables, caractéristiques, des douleurs de tête à forme névralgique, une céphalée spéciale, analogue à celle que je vous ai décrite dans la dernière leçon au sujet de notre malade; douleurs qu'on prend, comme je vous l'ai dit aussi, pour des névralgies et que l'on traite comme telles par la morphine, par des vésicatoires, etc., et naturellement en vain.

Les phénomènes morbides du côté de la peau, des muqueuses et des ganglions lymphatiques arrivent ensuite.

Du côté de la peau, ce sont des syphilides secondaires, une éruption à caractères spéciaux, éruption disséminée un peu partout, mais dont le siège de prédilection est le tronc. L'éruption est superficielle, c'est une roséole papuleuse. Quelquefois ce sont des pustules, mais elles sont généralement peu profondes et se dessèchent rapidement. D'autres fois l'éruption, revêtant une forme particulière, les taches, papules et pustules sont agminées de façon à former un cercle ou une portion de cercle; elles sont d'un rouge un peu brun, couleur maigre de jambon. Ces éruptions présentent, en plus, un caractère négatif assez important: c'est l'absence de douleurs, de démangeaisons et de cuissons.

Tels sont les signes généraux qui distinguent les éruptions syphilitiques des téguments.

Sur la muqueuse des orifices naturels, on trouve une éruption spéciale, caractérisée par des élévations circonscrites, de couleur grisâtre, comme si la muqueuse avait été touchée par le crayon de nitrate d'argent, élévations qui sont le siège d'une sécrétion séro-purulente fétide, surtout dans certains points, tels que les parties génitales. Ce sont, en un mot, des plaques muqueuses, lésion qui appartient spécialement à la seconde période de la syphilis. Ces plaques muqueuses sont surtout fréquentes chez la femme qui a des surfaces génitales humides plus étendues. Il est rare, en effet, de trouver une femme syphilitique parvenue à la seconde période sans présenter des plaques muqueuses. Chez l'homme, elles sont plus rares et se rencontrent plutôt à l'anus et dans la gorge.

Du côté des lymphatiques, on constate une adénopathie syphilitique voisine du chancre et répandue aussi un peu partout, surtout dans la région cervicale postérieure, audessus des apophyses mastoïdes, au niveau de l'épitrochlée, adénopathie caractérisée par une augmentation de volume des ganglions, par leur mollesse et par une indolence à peu près absolue, tandis que l'adénopathie consécutive à l'apparition du chancre mou est toujours douloureuse.

Ainsi donc, éruption cutanée, plaques muqueuses et adénopathie sont les phénomènes qui distinguent la seconde période de la syphilis et constituent ce que l'on a appelé les accidents secondaires d'une syphilis normale. Mais, à côté d'une syphilis à évolution régulière, on rencontre aussi quelquefois une syphilis maligne, anomale, c'est-à-dire présentant dans le cours de la seconde période, au milieu des accidents secondaires, des phénomènes appartenant en propre à la troisième période ou période tertiaire. Je les laisse de côté. Mais, dans cette même seconde période, on trouve quelquefois des plaques muqueuses et des éruptions cutanées se succédant les unes aux autres à plusieurs reprises, présentant, dans l'espace d'un ou de deux ans, des évolutions successives. Souvent même on observe une succession de syphilides qui sont de même nature; ainsi, une roséole, à laquelle succéderont une éruption papuleuse, puis une éruption pustuleuse après des intervalles plus ou moins

longs, ou même sans aucun intervalle. Chaque éruption dure alors deux mois et disparaît pour, le plus souvent, revenir quelque temps après.

Ces accidents secondaires disparaissant spontanément, sans que l'on puisse invoquer l'action d'aucun traitement, et par l'évolution naturelle de la maladie après un temps plus ou moins long, certains médecins en ont tiré la conséquence qu'il n'était pas nécessaire de traiter ces accidents secondaires par la médication mercurielle. C'est là une erreur dangereuse, car si un traitement approprié ne met pas toujours à l'abri de l'apparition, à un moment donné, des accidents tertiaires, cependant les malades ont beaucoup plus de chances dans ces conditions de les voir se développer que si on les soumet à un traitement sérieux.

c. Troisième période. — C'est ordinairement au bout de deux ans que les phénomènes de la seconde période cessent pour faire place soit à des phénomènes de transition, soit aux accidents tertiaires.

Ces accidents se manifestent du côté de la peau, du côté des muqueuses, du côté des os et des viscères.

Sur la peau ils ont un caractère tout spécial, ils sont circonscrits et affectent une région particulière. Ils sont caractérisés par le développement de certaines tumeurs, de néoplasmes, de gommes sous-cutanées, d'induration du tissu musculaire. Ce que l'on rencontre généralement sur la peau, c'est une ulcération profonde, à bords taillés à pic, entourée d'une peau brune, à fond recouvert d'une pseudo-membrane grise, et ayant une très-grande tendance à persister, à durer pendant un long temps. Lorsque cette ulcération se guérit d'elle-même, elle est généralement remplacée bientôt par une autre de même nature.

Du côté des muqueuses, on voit se développer des pustules, des tumeurs gommeuses, des ulcérations profondes et pseudo-membraneuses ayant toujours une grande tendance à gagner en surface. On les observe dans la gorge, dans le larynx, dans le vagin et à l'anus.

Pour le système osseux, les lésions sont représentées par des exostoses sur un ou plusieurs os, par des douleurs ostéocopes répandues également sur plusieurs parties du squelette, des céphalées nocturnes, etc., douleurs qu'un médicament parvient très-vite à calmer; je veux parler de l'emploi de l'iodure de potassium.

Enfin, comme viscères, il peut exister des affections du foie, de la rate ou du cœur, des phénomènes spéciaux du côté du système nerveux, de la colonne vertébrale, une affection médullaire ou cérébrale; une tumeur, gomme ou exostose intracranienne ou se développant dans le cerveau, déterminant des douleurs atroces et une paralysie progressive. Quelquefois aussi on constatera une endo-artérite spéciale, ou bien une néphrite albumineuse particulière d'origine syphilitique également.

Tels sont les accidents multiples que l'on peut observer pendant le cours de la troisième période et qui lui sont propres.

Lors donc que vous vous trouvez en face de quelques-uns des accidents des trois périodes de la syphilis que je viens de décrire, il vous faut chercher la nature de la maladie dans ses apparences, dans son évolution, dans les phénomènes concomitants, dans les accidents antérieurs, dans les antécédents du malade.

Parmi ces phénomènes concomitants, s'il en est qui soient peu tranchés, il en est un, au contraire, très-spécial, qui permet de reconnaître la nature du mal. Ainsi, si la roséole syphilitique est très-peu marquée, vous aurez, à côté, des plaques muqueuses sur les parties génitales ou quelque engorgement des ganglions lymphatiques qui viendront éclairer un diagnostic resté jusque-là douteux.

Si, dans le cours de la troisième période, vous êtes embarrassé de savoir à quoi sont dus les accidents cérébraux que vous observez chez votre malade, de savoir s'il existe quelque tumeur syphilitique ou quelque affection des vaisseaux, quelque exostose du tibia, du coude ou du crâne pourront venir vous éclairer.

Vous aurez aussi comme élément de diagnostic les antécédents du malade, sur lesquels, n'ayant pas été mis à même de les constater personnellement, vous questionnerez l'individu au sujet d'un chancre primitif, d'une roséole, etc., tout en ayant soin de n'y attacher une importance véritable que si déjà quelques phénomènes particuliers vous ont amené à supposer qu'il pourrait bien s'agir de quelque affection syphilitique.

Il faut donc, pour que la relation de cause à effet soit légitime, que la maladie présente quelques-uns des caractères spéciaux à la syphilis: c'est dans ce cas seulement que les antécédents pourront être de quelque utilité pratique, car en général l'antécédence est ce qui donne le moins de preuves certaines.

HOPITAL NECKER. — M. Trélat.

I. Épithélioma de la lèvre inférieure. — II. Cancroïde du dos du nez. — III. Épithélioma de la région pharyngienne.

Les différents cas d'épithélioma que nous avons dans nos salles m'engagent à traiter aujourd'hui cette question.

I. Tout d'abord je vous parlerai d'un homme de trente-huit ans, porteur d'un épithélioma de la lèvre inférieure qui date seulement de quelques mois. Chez lui, la maladie est caractérisée par une petite ulcération siégeant sur le côté droit de la lèvre, large comme une pièce de cinquante centimes environ, recouverte de bourgeons charnus d'un rose grisâtre, saignant facilement et reposant sur un fond d'une certaine épaisseur et dur. C'est là, du reste, le caractère de cette affection. Il en est, en effet, de l'épithélioma comme du chancre, dont l'ulcération repose toujours sur une base indurée, mais les antécédents du malade et l'aspect du mal ne permettraient pas de confondre ces deux affections l'une avec l'autre.

Chez notre malade, les caractères d'un épithélioma de la lèvre inférieure sont donc incontestables, bien que les ganglions sous-maxillaires ne soient pas encore atteints par propagation. Je vais en pratiquer l'ablation sur une assez notable étendue afin d'aller aussi loin que possible sur les limites du mal.

Nous sommes donc en présence d'une tumeur bénigne, tumeur que l'on eût autrefois regardée comme un *noli me tangere*, c'est-à-dire qu'il n'eût fallu ni gratter, ni exciter par des cautérisations. Mais aujourd'hui que l'on sait que ce sont là des cancroïdes, des cancers épithéliaux, superficiels, on reconnaît aussi leur bénignité, tout au moins relative, si bien que lorsqu'il y a récidive, celle-ci généralement se fait longtemps attendre. C'est ainsi que je connais un

homme de cinquante-huit ou cinquante-neuf ans, que j'ai opéré il y a quatorze ans, et chez lequel la maladie n'a jamais récidivé, et dont la cicatrice même est à peine visible.

L'ablation est donc, en pareil cas, une excellentissime opération, à la condition toutefois qu'elle comprendra une assez large étendue et qu'elle sera pratiquée assez hâtivement pour ne pas exiger une trop grande perte de substance. Elle se fait au moyen d'une incision en V et se termine par la suture immédiate.

II. Le second malade que je vais opérer est une femme de cinquante-sept ans, qui a eu un tout petit cancroïde du dos du nez, cancroïde cutané, croûteux, à ulcération récidivante que j'ai traité l'année dernière par une application de pâte de Canquoin au chlorure de zinc. Non-seulement la peau a été détruite, mais le cartilage a été atteint, et il en est résulté une fistule, une ouverture assez désagréable pour qu'une autoplastie soit devenue nécessaire.

Le siège est peu commode, car les téguments y sont tendus : aussi faudra-t-il s'adresser aux parties voisines. Je pratiquerai une incision au-dessus et au-dessous de la fistule, je libérerai les tissus au-dessous de l'incision et ferai la suture. Si l'opération est difficile à réaliser, je constituerai deux lambeaux, au moyen de deux autres incisions, afin de faire convenablement affronter les surfaces et je suturerai les parties.

III. Au lit n° 8 de la salle Saint-Pierre, le 7 du mois dernier, est entré un individu âgé de cinquante-huit ans. C'est un Piémontais qui réside en France depuis quarante-cinq ans et habite Saint-Denis.

Il y a un an, il a observé sous l'angle de la mâchoire inférieure du côté droit un gonflement ganglionnaire, d'abord peu marqué, mais qui, peu à peu, s'est accru au point de former, à un moment donné, une série de tumeurs assez considérables. Trois mois plus tard, les mêmes accidents apparaissaient du côté gauche.

Cet homme est un employé, d'une vie régulière, non syphilitique, dont l'hygiène a toujours été bonne et qui avait joui jusqu'alors d'une bonne santé. Il est de taille moyenne, d'une complexion vigoureuse, sans aucune trace de scrofule, sans avoir jamais été atteint d'adénie ni de leucocytose.

Lorsqu'on examine la nature du mal, on aperçoit des deux côtés du cou, en avant surtout du muscle sterno-cléido-mastoïdien, dans la région parotidienne inférieure, une tumeur constituée par plusieurs lobes, dont quelques-uns sont isolés, tandis que les autres sont accolés les uns aux autres. Ces tumeurs, au premier abord, paraissent de nature ganglionnaire, sans mollesse, mais fermes, non abcédées, ni kystiques. Aucune d'elles n'est volumineuse, mais l'ensemble forme de chaque côté une masse assez grosse.

Dans le lymphadénome malin, on voit chaque lobe constituer une tumeur progressive et former un gros œuf, chacun, dans la masse. Ici chaque tumeur est restée petite et ne dépasse pas un centimètre ou un centimètre et demi.

De plus, la masse est adhérente aux parties profondes de la région qu'elle occupe; quelques-uns des lobes qui la constituent descendent jusqu'à la clavicule. Du côté gauche, les lobes sont moins nombreux, moins abondants.

Tel était l'état du mal à l'arrivée de cet homme à l'hôpital. De plus, on constatait des troubles de l'audition, un commencement de surdité. Aujourd'hui la surdité est totale à droite. De plus encore, la voix revêt un timbre guttural, pharyngé comme chez les individus porteurs de grosses amygdales.

Enfin l'examen de la bouche, de l'isthme du gosier et du pharynx nous ont donné la clef du diagnostic. En effet, si la langue et les joues n'ont rien, par contre le voile du palais est un peu rouge, épais, comme dans le cas d'angine, et lorsque l'on cherche à faire prononcer au malade l'*a* clair, on aperçoit à droite une sorte de tumeur champignonnée, rougeâtre, un peu saillante, formant une masse irrégulière, mamelonnée, saignante et occupant toute la région de la trompe d'Eustache droite. Cette tumeur est fortement implantée, immobile, lobée. J'en ai ramené avec le doigt un petit fragment qui a été examiné depuis par M. Latteux, lequel a reconnu de l'épithélioma.

Ceci me rappelle un fait à peu près semblable qui remonte maintenant à dix ans environ. Il s'agissait d'un malade qui m'avait été adressé de Lausanne et chez lequel on avait cru observer tout d'abord des phénomènes de tuberculisation pulmonaire, diagnostic qui bientôt avait dû être complètement rejeté. En effet, sur le côté gauche du cou, en avant et au-dessous de la parotide, on constatait l'existence d'une tumeur. L'homme avait quarante-quatre ans ; il était affaibli, visiblement chagrin et attristé, et demandait une opération. Pour moi, je n'en étais guère partisan, d'autant plus que la tumeur paraissait avoir des adhérences profondes et qu'en l'opérant on pouvait se trouver entraîné à pénétrer bien plus loin qu'on ne le voudrait. En l'examinant de plus près, je ne tardais pas à apercevoir, à droite, une chaîne ganglionnaire dure et sensible au toucher.

Cherchant l'origine de la lésion, je ne trouvais rien dans l'arrière-bouche, mais sur la partie latérale de la fosse nasale gauche je trouvais un épaississement néoplasique, ferme, de un à deux centimètres d'épaisseur, non saignant ni ulcéré, que je considérais comme un sarcome inopérable. J'eus bientôt à m'applaudir de mon diagnostic ; car, rentré chez lui, cet homme devint peu à peu sourd, éprouva de la difficulté de parler, d'avaler, et, tombant dans le marasme, il succombait quatre ou cinq mois après son voyage à Paris.

Défiez-vous donc de ces gonflements ganglionnaires de la région latérale du cou, à développement lent et dont l'origine est bien souvent dans la région pharyngienne.

Chez notre malade du n° 8, il n'y a rien à faire non plus; c'est là un de ces cas où toute intervention chirurgicale est absolument impuissante.

Je me souviens aussi, à ce propos, du fait d'un confrère de la Dordogne qui vint me consulter, il y a quatre ans environ, pour un épithélioma amygdalo-pharyngien, et me supplier de l'opérer. Je fus assez embarrassé pour lui répondre et je ne parvins pas à le convaincre de l'inutilité d'une opération. Un de mes collègues de la Faculté, ne partageant pas ma manière de voir, consentit à aller l'opérer dans son pays, avec l'anse galvano-caustique. Quel que fût le succès opératoire, un mois plus tard, le mal récidivait, et sept semaines après l'opération le pauvre homme succombait.

CLINIQUE DE RIO-DE-JANEIRO. — M. Fort.

Cure radicale d'une hernie inguinale par l'ablation du sac et le resserrement de l'anneau inguinal; guérison.

Horacio de O..., vingt-deux ans, employé, porte une entéro-épiplocèle inguinale gauche du volume d'un œuf de dinde. Le bandage maintient mal sa hernie; il me demande de l'en débarrasser, à cause des douleurs insupportables qu'il ressent.

L'opération a lieu le 22 juillet 1881. Le malade étant chloroformisé, je fais une incision oblique de huit centimètres le long du cordon spermatique et dépassant en haut l'anneau inguinal de trois centimètres.

Les organes traversant l'anneau sont mis à nu; la hernie est réduite avec soin. Le sac est soulevé et lié près de l'anneau inguinal avec un fil de catgut nº 4. Puis il est excisé. Un autre fil est passé en dedans et en dehors des piliers de l'anneau inguinal que j'ai rapprochés par un fort nœud, de manière à rétrécir l'anneau. J'ai fait ensuite la réunion des lèvres de la plaie dans l'espoir d'obtenir une réunion immédiate. Pansement antiseptique.

Le surlendemain, le scrotum est tuméfié et rouge, le malade a une légère réaction fébrile.

Le 25, la fièvre est tombée, le malade prend de la nourriture.

Le 26, il n'y a plus de fièvre, le scrotum a diminué.

Les jours suivants se passent sans fièvre, le malade garde le lit, mais il se nourrit comme en état de santé.

Le 1er août, il se lève, il est complètement guéri; à la place de l'incision, il ne reste plus qu'une ligne cicatricielle.

ORIGINES DE LA MÉTALLOTHÉRAPIE (1)

VI

DÉCOUVERTE DES PROPRIÉTÉS ANTICHOLÉRIQUES DU CUIVRE; RAPPORTS, SUR CES PROPRIÉTÉS, DE MM. VERNOIS ET DEVERGIE, AU CONSEIL D'HYGIÈNE ET DE SALUBRITÉ DE LA SEINE, APRÈS UNE ENQUÊTE ORDONNÉE PAR LA PRÉFECTURE DE POLICE, ET DE M. LE DOCTEUR PAUCHON, A LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE.

Par le docteur V. Burq.

Nous venions à peine d'écrire les dernières pages de notre mémoire sur la chlorose et de couronner par ce travail la métallothérapie, car depuis il n'y fut rien ajouté d'essentiel, sauf le transfert, lorsque le hasard offrit à notre esprit un puissant dérivatif en le dirigeant vers un nouveau et vaste champ de recherches.

Un jour du mois d'avril 1852, où les affaires de la métallothérapie nous avaient appelé dans une importante fonderie en cuivre de la rue des Gravilliers, les hasards de la conversation nous apprirent que tous les ouvriers et tous les locataires du nº 22, où cette fonderie était située, au nombre de deux cents environ, avaient été épargnés par le choléra, aussi bien dans l'épidémie récente de 1849 que dans celle de 1832. L'observation avait ici d'autant plus de valeur que celui qui l'avait faite était un peu au courant des choses de la médecine. Cependant nous l'avions un peu oubliée, lorsque, un ou deux mois après, les mêmes motifs nous fournirent l'occasion de recevoir une déclaration identique de la part de trois autres chefs de fonderies en cuivre de la même rue sises aux nos 20, 35 et 46 (celle du nº 35 existe seule encore). Cette immunité cholérique étant très loin d'être justifiée par la réputation de salubrité du quartier, par l'état des maisons, qui toutes les quatre étaient misérables d'aspect, par l'hygiène de leurs habitants et la mortalité des habitations voisines qui avait été grande, il nous était bien impossible de ne point en être frappé et de n'y voir qu'une simple coïncidence. En conséquence, toute affaire cessante, nous nous mîmes à visiter, dans le quartier, d'autres fonderies et différentes fabriques de bronze, de cuivrerie, d'instruments de musique, etc., et partout nous rencontrâmes la même immunité. Cela étant, une nécessité s'imposait : celle d'en savoir davantage. De là cette longue campagne que l'on sait contre le fléau indien qui, durant vingt années, nous tint en haleine; de là des enquêtes sans nombre que nous poursuivîmes dans toutes les industries à cuivre et dans les industries similaires sur d'autres métaux, les unes en personne jusqu'à Londres, en 1853, et à Marseille et Toulon en 1865, et les autres par correspondances, dans différentes parties de la France, notamment à Villedieu, où est concentrée la chaudronnerie en cuivre, et à Montpellier, où siège l'industrie du verdet; en Suède, dans les mines de cuivre de Phalen et de Lingképing; en Espagne, dans celles de Tinto; en Russie, dans celles du prince Demidoff; en Italie, à Florence, et surtout à Naples, où existent beaucoup de *ramieris* (*cuivrius*), par l'intermédiaire des docteurs Gallarini et de Rogatis; en Hongrie, en Silésie et jusqu'à Bagdad; de là ce monceau de preuves authentiques qui fon aujourd'hui de la préservation cholérique des ouvriers en cuivre une vérité tout aussi démontrée, tout aussi rare en exceptions que l'immunité variolique chez les individus dûment vaccinés. Et cependant, malgré ces preuves; quoique tous ceux, industriels, ingénieurs, savants, médecins, etc., qui s'étaient donné la peine d'y regarder de près, l'eussent unanimement proclamée, cette préservation fut niée comme on avait nié les faits de métallothérapie qu'il était pourtant si facile de vérifier, et nous eûmes à accomplir toute une autre odyssée où il se passa de bien étranges choses.

C'est ainsi, nous le disions déjà en 1878, devant le Congrès international d'hygiène de Paris, que l'on vit nos adversaires faire figurer dans leurs statistiques des jardiniers, des hommes de peine, des marchands de poissons, des chaudronniers en fer, des serruriers, des potiers, des carrossiers, etc., *comme ouvriers en cuivre*. Il y eut même un confrère, — celui-là mérite particulièrement que son nom ne soit point oublié; il s'appelait Stoufflet, — qui poussa la fantaisie jusqu'à faire d'une dame Leverbe un ouvrier de cette catégorie « qui lui avait déclaré, parlant à sa personne, qu'il avait été *lui-même* dangereusement malade, bien qu'il fût dans la fonderie de cuivre depuis l'adolescence ».

Heureusement qu'il se trouva un préfet de police, M. Piétri, qui, après l'épidémie de 1865-1866, jugeant que la chose en valait la peine, ordonna une contre-enquête en vérification des nouveaux faits d'immunité que nous venions encore de signaler. On dressa donc, à la Préfecture, la liste de tous les ouvriers morts du choléra qui, par la désignation de leur profession, pouvaient être suspectés d'avoir échappé à la préservation annoncée. Une attention toute spéciale fut, bien entendu, donnée à ceux qu'on s'était plu à signaler à l'hôpital Saint-Antoine comme ayant fait échec à cette préservation. On envoya, pour chaque ouvrier, un bulletin avec questionnaire, aux commissaires de police des quartiers dans lesquels avaient logé ou travaillé les ouvriers décédés, avec ordre de s'informer à bonne source de la nature du métal mis en œuvre et des conditions spéciales dans lesquelles ils se trouvaient au moment de leur mort. On recueillit de la sorte des documents précis et *non à vue de nez*. On les réunit à tous les documents semblables qui étaient entrés en notre possession depuis l'année 1852, et l'énorme dossier fut envoyé à l'examen du Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine.

A quelque temps de là, le 9 juillet 1869, le docteur Vernois, de si regrettable mémoire, qui avait été nommé rapporteur, venait lire à ses collègues un rapport magistral concluant en ces termes :

« J'ai parcouru, monsieur le préfet, avec la plus grande attention, toutes les parties principales de cette immense enquête. Au point de vue médical et hygiénique, elle est très-remarquable. Plus que toute autre elle offre ce caractère particulier d'authenticité que le docteur Burq n'a fait qu'analyser les documents recueillis par d'autres mains que les siennes, que sa base d'opération a été surtout la statistique dressée par l'Assistance générale et par notre Préfecture, que nos agents ont contrôlé eux-mêmes les résultats annoncés par M. Burq.

(1) Suite. — Voir le numéro du 5 octobre 1882.

« Quelque extraordinaire que puisse paraître l'action du cuivre contre l'invasion du choléra, les faits sont si nombreux, étudiés avec tant de soin, qu'on ne saurait nier, au moins jusqu'à ce jour, à Paris, le fait même de la coïncidence du petit nombre de cholériques dans les professions à cuivre...

« Il ne sera que justice d'applaudir au travail considérable accompli par le docteur Burq, de dire que les résultats statistiques obtenus sont très intéressants, et que, si les faits observés ultérieurement sont conformes à ceux déjà recueillis, ils devront ouvrir à la prophylaxie du choléra une voie nouvelle et salutaire. »

Quatre années plus tard, après la petite épidémie de 1873, qui avait fait à Paris environ 600 victimes, nouvelle enquête et nouveau rapport au Conseil d'hygiène, où le vénérable M. Devergie, rapporteur, concluait à son tour :

« Que les ouvriers en cuivre jouissent d'une immunité complète lorsqu'ils continuent leur travail pendant les épidémies de choléra ;

« Que l'épidémie de 1873 n'avait fait que confirmer mes premières allégations (1). »

Enfin la Société de médecine de Marseille, saisie par nous de la même question et invitée à se prononcer sur la véracité des observations que nous avions été faire personnellement lors de l'épidémie de 1865, dans cette ville, ainsi qu'à Toulon, à la Seyne et à Aubagne, « rendait hommage à la valeur de nos recherches », et les confirmait pleinement dans la séance du 20 décembre, sur le rapport de M. le docteur Pauchon; nous en fûmes avisé le 29 janvier suivant par l'honorable secrétaire général de cette Société, M. le docteur de Capdeville.

Nos adversaires, battus sur la question de l'immunité professionnelle, se réfugièrent alors sur celle du traitement du choléra par le cuivre que nous en avions induite, mais en la présentant bien après celle de la préservation artificielle et seulement comme une espérance. Avec la bonne foi qui les avait déjà caractérisés, ils turent les succès remarquables qui avaient été obtenus à Marseille par le docteur Lisle à l'asile des aliénés, — 21 cas guéris sur 26, traités par les sels de cuivre, alors que précédemment 12 malades étaient morts sur 14 traités par les moyens ordinaires dans le même service, — et à Paris ou dans ses environs, par MM. Pellarin, Billaudet, Arnal, C. Monod, Berger, Groussin, Dufraigne, etc., aussi bien que par nous-même, lorsque les sels de cuivre avaient été administrés en *temps opportun et à dose suffisante ;* ils exaltèrent, au contraire, les insuccès pouvant être légitimement attribués les uns à ce que la dose du remède était lilliputienne, — 0,04 à 0,06 centigrammes au plus de sel cuprique dans les vingt-quatre heures, — les autres à ce que, quoique la dose fût suffisante, la porte était absolument fermée à son absorption, les malades étant presque tous algides, sans pouls ni urines ; on ne tint même aucun compte des réserves expresses que nous avions faites, disant et répétant textuellement « que la question du traitement était essentiellement distincte de la préservation, et qu'alors même que le cuivre ne pourrait point répondre aux *espérances* curatives que nous avions conçues, la préservation n'en pouvait pas être plus infirmée que ne l'avait été la préservation variolique par les tentatives de ceux qui avaient cru avoir aussi trouvé dans le cow-pox un moyen de guérison de la variole ! »

Et comme ces adversaires qui ne voulaient pas recevoir de nos mains les métaux pas plus pour une destination que pour une autre étaient nombreux, comme ils avaient l'autorité qui nous manquait, la préservation artificielle du choléra par le cuivre est restée ce que M. Mesnet avait qualifié « *d'espérance déçue* », et la question du traitement n'a pu se relever qu'au Japon (1) de ces paroles prononcées au sein de la Société médicale des hôpitaux par l'honorable M. Besnier : « Grâce à des convictions moins heureuses que tenaces, l'occasion nous est fournie pour la dernière fois, nous l'espérons, de parler du médicament (sulfate de cuivre) et de la médication, » et de la statistique si *bien choisie* qui les accompagnait.

Mais vienne une nouvelle commission qui soit animée du même esprit que celle dont nous aurons à parler dans un moment, qui ait un secrétaire rapporteur aussi soucieux des intérêts de la science et de l'humanité, aussi zélé pour les défendre et aussi ami de la vérité et de la justice que MM. Vernois, Devergie et Pauchon, et bientôt la question de l'immunité cholérique des ouvriers en cuivre et toutes les conséquences pratiques qui en découlent naturellement auront aussi leur jour de triomphe ; bientôt l'on saura, tout au moins, que tout ce que nous avions dit ici était encore de la plus scrupuleuse exactitude.

Pour être complet, nous aurions à parler maintenant des recherches parallèles que nous fîmes à l'effet d'établir si OUI ou NON l'immunité cholérique par le cuivre coûte quelque chose à la santé des bénéficiaires, ainsi que de celles qui suivirent plus tard chez les ouvriers de la même catégorie, dont les conséquences furent de rendre très plausible cette opinion, à savoir : que ceux de ces ouvriers qui, par la ténuité et l'abondance des poussières cuivreuses qu'ils respirent, se rapprochent le plus des conditions d'imprégnation cuprique qu'on réalise dans l'industrie avec tant d'avantages, pour les traverses de chemins de fer, pour les poteaux télégraphiques, pour les bâches, pour le blé, etc., doivent être aussi plus ou moins inaccessibles aux maladies infectieuses en général. Une enquête faite à Paris après l'épidémie de fièvre typhoïde qui y a régné en 1876, dont nous avons rendu compte à la tribune de l'Académie, a paru démontrer qu'en tous cas cette opinion était fondée quant à cette affection.

Nous aurions à parler encore des expériences que nous faisions sur les animaux dès 1869, en collaboration avec M. le docteur Ducour, dans le laboratoire de la pharmacie de l'hôpital Lariboisière, à l'effet d'établir le degré de toxicité des sels de cuivre, et partout, jusqu'à quelle dose on peut les porter impunément en vue de tenter de réaliser les espérances prophylactiques et curatives nées de toutes nos observations sur l'action antiseptique du cuivre (2). Mais ce serait par trop nous étendre sur un sujet qui, quoique faisant bien partie du Burquisme, ne ressortit point à la métallothérapie proprement dite, qui est surtout en cause, puisque l'idiosyncrasie n'y compte plus pour rien et qu'il s'agit ici toujours de l'emploi d'un seul et même métal : le cuivre.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 5 octobre 1882 ont été promus, dans le corps de santé de l'armée de terre :

Au grade de médecin principal de 1re classe : M. le docteur Mathis.

Au grade de médecin principal de 2e classe : MM. les docteurs Moussu, Haro et Dieu.

Au grade de médecin-major de 1re classe : MM. les docteurs Delamare, Desmonceaux, Lœwel, Cuq, Guilhem, Lepage, Lux, Bachelet, Desprez, Millet, Bourgeois, Laurent, Foulquier, Bressy, Florance, Demmler, Breton, Donat, Bédoin, Jacquin, Bidalot, Grach, Le Cadre, Vigenaud, Vincent et André.

Au grade de médecin-major de 2e classe : MM. les docteurs De-

(1) Il existe à Paris une Société de secours mutuels, *la Société du bon Accord,* dont les registres médicaux, très-bien tenus, sont particulièrement intéressants à consulter au point de vue de l'action anti-cholérique et antiseptique du cuivre. Cette Société est composée de trois à quatre cents membres, tous ouvriers ciseleurs, tourneurs ou monteurs en bronze. Elle existe *depuis* 1820 et *elle n'a jamais eu un cas ni de choléra ni de fièvre typhoïde ;* on peut s'en assurer au siège social, dans la maison Dénière. En outre, dans le pointage que nous avons fait, nous croyons être certain de n'avoir rencontré aucun cas ni de variole ni de diphthérie !

(1) Voyez *Choléra et emploi du cuivre,* par le docteur Mailhet, médecin des mines impériales d'Ikouno. (*Gazette des Hôpitaux* 1880, p. 85.)

(2) M. le docteur Moricourt, ancien interne des hôpitaux, a publié, dans la *Gazette des Hôpitaux* des 19 mars 1880 et 29 novembre 1881, quatre observations où le sulfate de cuivre, administré *larga manu* en potion et en lavement, a donné les meilleurs résultats contre la fièvre typhoïde.

meunynck, Bayard, Philippi, Tardif, Gross, Festy, Viguier, Bouillon, Charpentier, Sacreste, Lorit, Descargues, Bréau, Blanchetière, Kleinpetter, Cassedebat, Munier, Sockeel, Burlureaux, Chopinet, Villegente, Calmette, Duléry, Héricourt, Longuet, Guichet, Baudoin, Barois, Roux, Loillier, Pitot, Lauzeral, Ferry, Bergouniouх, Ravenez, Massonnaud, Schmitt, Darde, Soulié, Duponchel, Catrin, Amat, Grivet, Chagnaud, Bourgeois, Baudin, Petitpoisson, Chouet, Brégi, Leuc, Refroigney, Tartière, Taffin, Pozzo di Borgo, Lèques, Perrin (A.-G.-M.), Ganzin, Héral, Hecquin, Perrin (P.-V.), Bories, Pugibet, Poché, Bousquet.

Au grade de pharmacien principal de 1re classe : M. Pélissié.

Au grade de pharmacien principal de 2e classe : MM. Debeaux et Viltard.

Au grade de pharmacien-major de 1re classe : MM. Barillé, Dubois, Moisonnier, Lacour et Raby.

Au grade de pharmacien-major de 2e classe : MM. Speiser, Choisel, Simair, Goutte, Bocquet, Tillion, Quiquet, Péré, Rœser, Gessard, Simon.

— *Asile public d'aliénés de Maréville* (près Nancy). — Le mode de recrutement des internes de l'asile vient d'être modifié. Jusqu'à ce jour les élèves étaient nommés directement par le préfet. Le concours vient d'être établi.

Un arrêté préfectoral règle comme suit le nouveau mode de recrutement des internes de cet asile.

Les élèves internes sont nommés par le préfet, sur une liste dressée d'après les résultats du concours et comprenant un nombre de candidats triple de celui des vacances à remplir.

L'ouverture de chaque concours, autant que le permettront les nécessités du service, sera annoncée deux mois à l'avance.

Sont admis à concourir les étudiants en médecine français et justifiant au moins douze inscriptions de doctorat.

Les candidats déposeront leurs demandes à la préfecture dix jours au moins avant l'ouverture du concours et devront joindre :

1° Leur acte de naissance ;

2° Un certificat du maire de leur domicile établissant leur qualité de Français ;

3° Un certificat constatant qu'ils possèdent au moins douze inscriptions de doctorat ;

4° Un certificat de bonnes vie et mœurs.

La liste des candidats, arrêtée par le Préfet, sera transmise au doyen de la Faculté de médecine.

Les épreuves du concours seront les suivantes :

1° Une composition écrite sur un sujet d'anatomie et de physiologie (trois heures seront accordées pour cette rédaction) ;

2° Une épreuve clinique, consistant dans l'examen de deux malades choisis l'un dans un service de médecine, l'autre dans un service de chirurgie (quinze minutes seront accordées pour l'examen de chaque malade, et dix minutes pour chaque compte-rendu oral, après cinq minutes de réflexion) ;

3° Une épreuve de petite chirurgie, saignées, cathétérisme, bandages et appareils. Le jury déterminera la durée de cette épreuve.

Les concours ont lieu au siège de la Faculté de médecine, comme pour les concours d'internat des hospices civils de Nancy. Les juges du concours sont trois professeurs désignés par la Faculté.

Le concours terminé, la liste des candidats classés par ordre de mérite, avec les propositions du jury, sera adressée au Préfet par le doyen de la Faculté.

— La Société médicale des Bureaux de bienfaisance reprendra ses séances mercredi 11 octobre, à huit heures précises du soir, à l'administration de l'Assistance publique.

Ordre du jour : 1° Élection de deux membres titulaires ; 2° Constitution médicale du troisième trimestre de 1882 ; Policlinique ; 3° Sur quelques cas de scarlatine, par M. Depasse ; 4° Le nouveau service médical du Bureau de Bienfaisance de Bordeaux, par M. Passant.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 13465.

N° 118. — JEUDI 12 OCTOBRE 1882. 55e ANNÉE. JEUDI 12 OCTOBRE 1882. — N° 118.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Les évènements importants qui se sont passés récemment en Égypte devaient avoir et ont eu leur retentissement au sein des Sociétés savantes. L'état sanitaire de l'Europe pouvait être compromis par l'arrivée en Égypte de troupes venant de l'Inde, l'Égypte étant, comme on le sait, la voie d'importation du choléra. Ces craintes, qui pouvaient subsister encore lorsque MM. Proust et Fauvel entretenaient le Congrès international d'hygiène de Genève de cette grave question, paraissent complètement dissipées aujourd'hui; du moins les bruits alarmants qui avaient été un moment répandus dans le public ont été démentis. Mais, si le danger est conjuré de ce côté, il en existe un autre qui se présente périodiquement tous les ans à la même époque, — et cette époque est prochaine, — celle du pèlerinage de la Mecque. Depuis 1865, grâce aux sages mesures de surveillance et de police sanitaire adoptées à la suite des conférences de Constantinople et de Vienne, ces pèlerinages ont pu s'effectuer, sans que l'Europe ait eu à en souffrir. Il s'agit, dans les conditions et la situation actuelles des choses en Égypte, de veiller à ce que la même immunité nous soit garantie pour l'avenir. C'est à l'exposé de cette situation et aux graves réflexions qu'elle suscite, ainsi qu'au rappel des mesures dont elle entraîne plus que jamais la nécessité, que M. Proust a consacré la très-intéressante communication qu'il a faite hier à l'Académie. Cet exposé, dont la lecture a été écoutée avec toute l'attention qu'elle méritait et dont on pourra lire le résumé dans notre compte rendu, a été renvoyé, sur la proposition du président et de par un vote de l'Académie, aux ministres compétents, c'est-à-dire au ministre du commerce et au ministre des affaires étrangères.

On trouvera aussi dans le compte rendu un résumé d'une lecture faite par M. Bouley, au nom de MM. Thiernesse et Degive (de Belgique), sur l'inoculation préventive de la péripneumonie contagieuse par injection intraveineuse du virus; l'analyse de l'argumentation de M. Devilliers sur la question de l'allaitement artificiel; et les conclusions d'un travail de M. le docteur Apostoli sur l'emploi de la terre glaise en électrothérapie.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. HARDY.

La syphilis et son traitement (1).

III

Je vous ai parlé dans ma dernière leçon des caractères diagnostiques de la syphilis dans ses diverses périodes. J'ajouterai, avant de passer aujourd'hui au pronostic, que la maladie peut se rencontrer partout, dans toutes les classes de la société, parfois même chez certaines femmes où on serait le moins porté à la soupçonner. Toute femme qui a un mari est sujette à la contracter. C'est ainsi que je fus appelé un jour dans un couvent pour la supérieure, femme de cinquante ans, mal mariée et entrée en religion après la mort de son mari, qui lui avait donné la syphilis sans qu'elle s'en doutât. Quand je fus appelé en consultation, elle était atteinte d'ulcères aux jambes qui avaient résisté à tout traitement, parce qu'on en avait méconnu jusque-là la nature. Après examen, je diagnostiquai la syphilis; le médecin traitant doutait encore, cependant devant mon insistance il se rangeait bientôt à mon opinion et nous instituions le traitement spécifique. Quelque temps après j'apprenais que cette femme était parfaitement guérie.

Le pronostic de la syphilis est généralement grave, car elle entache l'individu dans son existence. Une fois qu'elle a pénétré dans notre organisme, nous ne savons plus quand elle en sortira. Bien plus, elle peut entacher aussi la postérité de celui qui en a été atteint. En effet, pendant les quelques années qui suivent la contagion, l'individu atteint peut procréer des enfants syphilitiques. Cette durée d'infection peut varier entre deux, trois ou quatre ans sans que l'on puisse fixer de règle absolue; aussi faut-il avoir soin de recommander à tout individu célibataire d'attendre un temps au moins aussi long après la disparition des accidents secondaires, pour se marier.

La syphilis est une affection dont la durée est illimitée, mais dans laquelle les accidents tertiaires ne sont pas transmissibles. Il y a des syphilis bénignes qui disparaissent pour toujours; il en est de graves, au contraire, caractéri-

(1) Suite. — Voir le numéro du 10 octobre 1882.

sées par des éruptions intenses, sujettes à récidives, revêtant la même forme ou des formes différentes, dans lesquelles les accidents secondaires durent deux ans ; il en est de très-fortes caractérisées par des manifestations nerveuses ou viscérales portant sur le foie, sur les reins, etc. Enfin il y a la syphilis maligne dans laquelle, au lieu de rencontrer les phénomènes secondaires ordinaires, on a affaire à des syphilides malignes revêtant bien encore la forme secondaire, mais s'accompagnant d'accidents profonds, en même temps que l'on observe des phénomènes du côté de certains organes et notamment du foie. C'est ainsi que chez un individu qui aura eu un chancre, il y a trois ou quatre mois par exemple, vous verrez se développer des syphilides ulcéreuses en même temps, pour ainsi dire, que des gommes du foie.

Il est donc nécessaire d'étudier les circonstances qui peuvent influer sur la syphilis, il les faut chercher dans le chancre lui-même, dans la maladie et dans le malade. Un certain nombre de médecins considèrent dans la syphilis un virus fort et un virus faible, d'où la malignité ou la bénignité des accidents consécutifs. Pour moi, je n'admets pas cette division, mais je crois que malignité ou bénignité dépendent complètement de l'individu lui-même, c'est-à-dire du terrain sur lequel la syphilis se développe. J'en donnerai, entre autres preuves, l'observation que j'ai eu l'occasion de faire à Saint-Louis de deux individus, le mari et la femme, rendus syphilitiques l'un par l'autre ; chez l'un d'eux la maladie fut des plus légères et se manifesta seulement par quelques plaques muqueuses dans la gorge et par une syphilide papuleuse ; chez l'autre, au contraire, la maladie revêtit la forme maligne et nous constatâmes une succession de syphilides extrêmement tenaces.

On a dit aussi qu'elle présentait des différences notables en rapport avec son origine, qu'elle était ainsi plus grave lorsqu'elle était le résultat de la contagion avec une syphilis primitive, avec un chancre, que lorsqu'il y avait eu contact avec des accidents secondaires, des plaques muqueuses, etc. La faculté contagieuse des accidents secondaires est généralement admise aujourd'hui. M. Diday, qui soutient cette opinion d'une gravité plus ou moins grande selon l'origine du mal, s'appuie sur un certain nombre d'observations personnelles de syphilis légère contractée par le contact d'individus atteints d'accidents secondaires. De plus, les inoculations de ces accidents auraient donné lieu à des manifestations syphilitiques légères. Je rappellerai, à ce sujet, les expériences faites, il y a vingt ans, par Gibert à Saint-Louis, pour savoir si réellement les accidents secondaires étaient contagieux. Il prit des individus rongés par la scrofule, leur inocula un peu de sérosité purulente recueillie sur des plaques muqueuses et, dans un temps variant entre dix et vingt jours, il vit se développer tout d'abord une ulcération chancreuse primitive et plus tard des accidents secondaires. Mais j'ai hâte d'ajouter que chez eux la syphilis fut très-légère, ce qui l'innocenta de ses épreuves expérimentales.

C'est sur des faits analogues que M. Diday s'est basé pour soutenir que les manifestations syphilitiques étaient beaucoup plus faibles dans le cas de contamination par des accidents secondaires. Mais cette opinion n'est pas concluante à mes yeux, et à ces faits j'en puis opposer d'autres non moins probants en sens contraire.

Il y a des gens qui prennent la syphilis par contact direct avec des phénomènes secondaires ; ainsi le chancre des lèvres résultant de leur contact avec des lèvres entachées de plaques muqueuses, est ordinairement suivi d'accidents graves, plus graves même que ceux qui résultent du contact avec les parties génitales. Autre fait : ne voit-on pas des nourrices infectées par un nourrisson atteint de syphilis héréditaire, dont les plaques muqueuses de la gorge lui donneront un chancre du mamelon, suivi bientôt d'accidents secondaires : ganglions de l'aisselle, éruptions syphilitiques, plaques muqueuses ; puis d'accidents tertiaires, enfin d'une syphilis grave et intense. Pareilles observations ne sont point rares ; elles sont en complète contradiction avec l'opinion de M. Diday.

Mais alors comment expliquer la bénignité réelle de la syphilis chez les individus qui ont été inoculés ? Il faut comparer l'inoculation de la syphilis à celle de la variole chez un individu sain par le virus varioleux qui donne lieu le plus généralement à une variole beaucoup plus bénigne que celle qui résulte du contage atmosphérique. Il en est de même pour la syphilis ; je ne l'explique pas, je le constate. Le fait, du reste, est si vrai qu'en Europe, pendant cinquante ans, on agit ainsi pour la variole qui restait alors bénigne, et l'individu, inoculé directement par le virus varioleux, était pour toute sa vie à l'abri de la maladie.

Je ne saurais donc admettre, je le répète, la proposition de M. Diday touchant le peu de gravité de la syphilis transmise par des accidents secondaires.

On a dit aussi que si le chancre apparaissait longtemps après le contact infectant, la syphilis était légère. On a dit : incubation longue, manifestation légère, éruption superficielle et probablement pas d'accidents tertiaires. On a conclu ainsi par analogie avec ce qui se passe dans la variole, où, lorsque la période d'invasion est longue et les pustules tardives à se développer, il y a de grandes présomptions pour que la maladie soit légère, tandis que l'éruption, au contraire, est confluente et la variole grave lorsque les pustules apparaissent dès le deuxième jour.

Mais, pour la syphilis, cela ne me paraît pas encore très-probant, un certain nombre de faits démontrent même le contraire ; du reste, la période d'incubation de l'une et celle d'invasion de l'autre ne sauraient être comparées. Enfin, dans le pronostic de la syphilis, il est important de tenir compte du siège de la lésion primitive, du chancre, car la gravité est d'autant plus grande que celui-ci se manifeste sur quelque endroit insolite, tandis qu'elle l'est moins s'il siège sur les parties génitales. Ainsi, qu'un médecin ou une sage-femme contracte la syphilis, dans le toucher vaginal, par le contact de quelque écorchure du doigt avec le pus infectant, les accidents seront généralement graves. Les exemples n'en sont malheureusement que trop nombreux, et je pourrais vous en citer plus d'un parmi mes maîtres, mes condisciples ou mes élèves. Vous dirai-je le fait d'un médecin de l'hôpital de Lourcine, d'une très-bonne santé, très-bien portant jusqu'au jour où il contracta la syphilis par une écorchure du doigt. Un mois après les débuts d'une ulcération chancreuse persistante, apparaissait une syphilide papulo-tuberculeuse des plus intenses, caractérisée, dans l'espace de trois mois, par plusieurs éruptions successives, suivie bientôt d'accidents graves du côté du système nerveux dus à une exostose intracranienne, hémiplégie, destruction des facultés intellectuelles et mort huit mois plus tard. Vous rappellerai-je encore l'observation d'un confrère qui, tandis qu'il examinait le fond de la gorge d'un syphilitique, recevait en pleine figure de la salive et du pus

provenant de plaques muqueuses pharyngiennes et lancés dans un effort de toux? Un peu de pus avait atteint l'angle interne de l'œil, et, bien que notre confrère se fût essuyé et lavé avec soin, trois semaines plus tard une ulcération se développait, présentant tous les caractères chancreux. Quelque temps après, il constatait l'existence d'un ganglion anté-auriculaire, puis une syphilide grave se manifestait, à laquelle succédaient bientôt des phénomènes nerveux, et, trois ans après l'accident primitif, notre malheureux confrère succombait à une affection cérébrale d'origine syphilitique.

Enfin, je vous rapporterai le fait d'une infirmière de Saint-Louis qui faisait presque tous les accouchements à l'époque où j'étais interne à cet hôpital. Un jour, elle se présenta avec une ulcération syphilitique au doigt, contractée pendant le cours d'une de ces opérations. Peu de temps après, elle avait une syphilide maligne qui récidiva à maintes reprises pendant trois ou quatre ans.

Ces trois faits vous disent assez combien il est nécessaire pour le médecin de prendre certaines précautions; ils vous montrent aussi la gravité inhérente au siége insolite du chancre. On trouve encore des éléments de pronostic dans l'individu lui-même qui offre un terrain plus ou moins favorable au développement de la maladie; il en est de la syphilis, en effet, comme d'une graine qui germe plus ou moins, selon le terrain où elle a été semée. Ainsi la syphilis est plus grave chez les sujets lymphatiques que chez les gens nerveux ou sanguins. Comme l'a dit avec juste raison M. Diday, il faut se méfier des individus blonds et surtout des roux, car chez eux le lymphatisme donne une gravité exceptionnelle à la syphilis.

Il en est de même des individus scrofuleux; chez eux la maladie, des plus graves, est très-souvent maligne, et se caractérise fréquemment par l'apparition d'accidents tertiaires dans le cours même de la seconde période; les phénomènes sont aussi très-lents à se dissiper. C'est chez ces malades que l'on voit surtout les ulcérations se recouvrir de croûtes épaisses, très-difficiles à guérir, prendre le caractère de *scrofulate de vérole*, selon l'expression pittoresque de M. Ricord. Enfin chez eux les accidents sont à peine guéris qu'ils réapparaissent, soit sous la même forme, soit sous une forme différente.

L'alcoolisme donne aussi une gravité plus grande à la syphilis, elle tend à lui faire prendre la forme maligne, à lui donner une durée excessive, à l'éterniser pour ainsi dire, et les accidents tertiaires se prolongent indéfiniment et récidivent avec la plus grande facilité. Je l'ai vu maintes fois à Saint-Louis, j'ai vu souvent des malades guéris revenir l'année d'après avec de nouvelles plaies, guérir de nouveau, revenir encore avec de nouveaux accidents, et cela jusqu'à ce qu'une affection viscérale les emporte.

L'âge est encore une circonstance dont il faut tenir compte. La syphilis, disons le mot, ne va bien qu'aux jeunes gens, et, passé cinquante ou cinquante-cinq ans, il faut se garder plus encore de l'avoir, car on en est puni par la gravité exceptionnelle du mal. M. Fournier en a cité nombre de faits, moi-même aussi j'ai vu des individus de cinquante-huit à soixante ans, qui avaient gagné la syphilis, présenter une ténacité des plus grandes et des plus graves dans les accidents secondaires et tertiaires dont ils étaient atteints. En ce moment même, je soigne un homme de soixante-huit ans qui a contracté la syphilis il y a deux ans et demi; il a encore aujourd'hui des accidents secondaires, syphilides et plaques muqueuses dans la gorge, lesquels avaient débuté six semaines après l'apparition du chancre primitif.

Maintenant, à côté de ces faits, se présente-t-il telle ou telle circonstance où les manifestations de la syphilis seront légères? Oui, certainement; chez un individu fort, vigoureux, bien constitué, on peut espérer que la maladie ait peu de gravité; on peut en dire autant s'il a déjà eu une première fois la syphilis. M. Ricord soutient qu'on ne peut pas la contracter deux fois. Cette opinion me paraît un peu exagérée, je crois parfaitement qu'on peut l'avoir deux et trois fois même, mais j'ajouterai que dans ces cas l'on a grande chance de n'avoir qu'un chancre sans accidents secondaires ni tertiaires; en tous cas, si ces accidents se développent, ils sont généralement très-légers.

Quelques auteurs ont été plus loin : ils ont prétendu que l'atténuation de la syphilis pouvait s'étendre non-seulement aux individus eux-mêmes primitivement syphilisés, mais à leur postérité, c'est-à-dire que des enfants atteints de syphilis héréditaire, qui contracteraient plus tard eux-mêmes la syphilis, l'auraient à un degré bien moindre. C'est là une théorie que je me contente de vous exposer, sans que j'aie été à même de la vérifier; elle est basée sur ce fait que depuis le quinzième siècle, époque où la syphilis fut introduite en Europe, elle aurait perdu de sa gravité par transmission de père en fils du virus syphilitique, de telle sorte qu'il y aurait avantage pour des enfants d'avoir des parents de conduite irrégulière et syphilitiques.

En réalité, les manifestations de la syphilis sont moins graves aujourd'hui qu'autrefois, mais c'est là tout ce qu'il est permis de dire.

Quoi qu'il en soit, lorsqu'un individu qui a contracté la syphilis et qui est atteint d'accidents secondaires, vient vous consulter pour savoir s'il en a pour toute sa vie, s'il est fatalement exposé aux phénomènes tertiaires, que devrez-vous lui dire? Chaque fois qu'un individu présente un chancre syphilitique à caractères bien nets, bien tranchés, cette lésion primitive sera fatalement suivie d'accidents secondaires, s'il n'a pas encore eu la syphilis, mais il vous est impossible de dire si les phénomènes seront graves ou légers. Mais s'il est en pleine deuxième période, qu'arrivera-t-il? Aura-t-il plus tard, soit bientôt, soit dans dix ou vingt ans, des accidents tertiaires? Il ne nous est pas possible de nous prononcer, car rien ne peut nous guider sur la possibilité de ces phénomènes. Nous savons seulement qu'il est toujours possible de les voir apparaître, bien que beaucoup de malades y échappent sans que nous puissions dire pourquoi. J'ai vu survenir ces phénomènes tertiaires, même au bout de quarante ans après un chancre initial. Cependant votre devoir n'est pas de faire partager votre conviction, sous ce rapport, à votre malade; bornez-vous à rester dans le doute et à lui dire que la troisième période est une exception et que beaucoup de syphilitiques y échappent; vous le rassurerez ainsi, en agissant à la fois scientifiquement et humainement.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Verneuil.

Syphilome et cancer du rectum.

Je me suis arrêté assez longtemps ce matin auprès du lit de la dernière malade de la salle des femmes, atteinte d'une lésion grave du rectum, laquelle, au premier abord, res-

semblait beaucoup plus à une affection cancéreuse qu'à toute autre chose.

D'abord nous constations un rétrécissement du rectum très-prononcé, ainsi que de nombreuses fongosités dans le voisinage de l'anus, donnant lieu à un écoulement sanieux et fétide; enfin la malade présentait les caractères extérieurs du cancer le mieux confirmé. Si donc je vous parle de cette affection, c'est que le diagnostic est assez souvent hérissé de grandes difficultés, et que, nombre de fois, des syphilomes du rectum ont été pris pour des tumeurs cancéreuses. C'est ainsi qu'après leur ablation on a proclamé un certain nombre de guérisons, lesquelles ne se rapportaient nullement à des cancers véritables de cette région, cancers qui sont bien rarement curables, tandis que le syphilome guérit.

L'erreur est réellement facile à commettre, et moi-même, qui ai étudié cette question d'une façon toute spéciale, il y a quelques années, j'ai été presque dans le doute au premier moment chez la malade qui nous occupe. Cependant je suis arrivé assez rapidement encore à reconnaître qu'il s'agissait, en réalité, d'un syphilome. J'ai opéré cette femme dernièrement, j'ai pratiqué la rectotomie, et nous avons obtenu promptement une amélioration considérable. Celle-ci cependant, depuis quelques jours, tend à se démentir par la constipation qui est survenue, ou plutôt par les difficultés qu'elle éprouve d'aller à la selle. Ce n'est pas une constipation véritable, mais bien une rétention des matières fécales par quelque bride qui a résisté à la première opération.

Cela m'est, du reste, arrivé un certain nombre de fois de ne pas pouvoir comprendre toutes les parties malades dans une première opération et d'être obligé de faire des retouches. Il suffit généralement pour cela de quelques coups de thermocautère complémentaires. C'est, du reste, ce que nous allons faire chez cette malade. Après avoir procédé à l'anesthésie, nous introduirons le spéculum américain pour aller sectionner et détruire, par le thermocautère, la ou les brides qui ont résisté à la première opération.

Dans la salle des hommes, au dernier lit à gauche, nous avons aussi un malade qui était atteint d'un rétrécissement extrêmement considérable du rectum, tellement prononcé même que le petit doigt ne pouvait pas passer. Nous avons fait aussi la rectotomie linéaire. Les suites de l'opération n'ont pas été bénignes, comme elles le sont d'habitude, mais cela ne tenait point à l'opération en elle-même.

En effet, dès le second jour, cet homme a eu un accès de fièvre, ainsi que le jour suivant, avec ce caractère particulier que, l'accès passé, le malade était apyrétique. Consultant alors ses antécédents, nous avons vu que nous avions affaire à un ancien paludique qui avait eu à plusieurs reprises des accès de fièvre intermittente pour lesquels il avait été traité par le sulfate de quinine. Nous lui avons donné aussi ce médicament et les accès ont alors disparu. Mais, peu de jours après, d'autres accidents sont survenus. C'est ainsi que, bien qu'il n'ait pas perdu de sang, à proprement parler, pendant l'opération, il a eu, dans les jours qui ont suivi la disparition des accès de fièvre, des hémorrhagies assez importantes, à trois reprises différentes, et sans aucune raison d'être. Ces hémorrhagies sont venues toutes seules par la plaie et sont parties comme elles étaient venues. Ne pouvant attribuer ces accidents à aucune autre cause qu'à la diathèse palustre, j'ai donné de nouveau le sulfate de quinine à haute dose, — 1 gramme à la fois, — sans avoir recours à aucun traitement local. Je l'ai continué jusqu'à hier soir, et c'est seulement ce matin que j'ai prescrit de le suspendre, quitte à le donner de nouveau si quelque nouvel accident survenait encore.

Aujourd'hui la plaie a un très-bon aspect, cet homme ne souffre pas du tout, et nous ne remarquons rien de particulier, et la cicatrisation marche maintenant très-régulièrement. Cependant nous ne devons pas nous dissimuler que cette cicatrisation sera lente à se faire, comme celle, du reste, de toutes les plaies de la région anale; elle le sera plus encore peut-être chez notre malade, parce que notre incision a porté en plein tissu syphilitique, tissu dont la cicatrisation demande toujours un temps beaucoup plus long.

J'allais oublier de vous dire, en effet, que chez ce malade comme chez le précédent, nous avions affaire à un rétrécissement d'origine syphilitique. Dans quelques jours, je commencerai le traitement spécifique.

Les deux faits que je viens de vous rapporter sont, comme vous le voyez, des plus intéressants; ils serviront à instruire le procès des rétrécissements syphilitiques du rectum.

Le troisième malade est une femme atteinte aussi d'une affection grave du rectum, mais cette fois d'un cancer que l'on peut suivre depuis l'anus, et en remontant, jusqu'à 3 ou 4 centimètres de hauteur. Le toucher est très-douloureux et l'on tombe, à cette profondeur, sur un mastic fécal très-dur, qui ne m'a pas permis d'aller plus avant. Du reste, cela n'est pas très-important, car la malade a été ce matin à la selle et ledit mastic a probablement disparu. Cependant, dans le cas où il n'en serait pas ainsi, la malade étant préalablement endormie, nous la débarrasserions de ces matières fécales au moyen de la curette et de l'irrigateur.

Ceci fait, si le mal remontait très-haut, au-dessus du point auquel nous sommes parvenu par le toucher rectal, nous procéderions à la rectotomie linéaire, seulement comme un moyen palliatif destiné à faire cesser les douleurs dont cette femme souffre continuellement. Si, au contraire, l'extirpation de la partie malade du rectum était possible, nous la pratiquerions séance tenante. On peut toujours commencer, du reste, par la rectotomie linéaire, car pour procéder à l'extirpation dont je parle, il est absolument nécessaire d'avoir sous les yeux la face interne du rectum, faute de quoi on risque de laisser en dehors de l'opération des portions de la tumeur, surtout lorsque la lésion cancéreuse est circulaire.

HOPITAL DE LA CLINIQUE. — M. Depaul.

Mort intra-utérine, macération, séjour prolongé du fœtus dans la cavité utérine.

Nous avons là sur la table deux petits fœtus qui n'ont été expulsés de la cavité utérine que longtemps après leur mort, et cependant aucun d'eux n'avait d'odeur au moment de la naissance, ils n'en ont même pas encore ce matin. L'un d'eux, le plus âgé, est mort à six mois et demi environ et il est resté à peu près cinq semaines après sa mort dans la matrice; il ne présente aucune trace de putréfaction, il est seulement

un peu plus gris, plus blanc et sa tête est plus molle que d'habitude. Le second est un peu plus petit, il paraît âgé seulement de quatre à cinq mois de vie intra-utérine ; il est resté à peu près aussi longtemps dans la matrice après avoir succombé.

Quelle est donc la cause de la mort de ces deux petits êtres? Nous ne le savons réellement pas, tout au moins pour l'un d'eux, pour le plus petit. Quant à l'autre, sa mère aurait fait une chute il y a six semaines environ et deux ou trois jours après, premier phénomène, elle n'aurait plus senti remuer son enfant; puis quelques jours plus tard ses seins se seraient tuméfiés, et elle aurait perdu une première fois du lait. Nous reviendrons tout à l'heure sur ce phénomène. Enfin elle est accouchée quarante jours environ après cet accident, et nous avons pu constater ces jours-ci une nouvelle montée de lait. Il y a donc quelquefois chez un certain nombre de femmes deux montées de lait : l'une, qui a lieu peu de jours après la mort de l'enfant, et c'est là même un des signes caractéristiques, sinon constants, du moins assez fréquents, de cet accident; l'autre, qui se fait après l'accouchement.

Nous avons examiné le placenta de ces deux femmes et nous n'avons rien trouvé ni dans l'un ni dans l'autre qui nous explique la mort du fœtus. Dans le premier, celui qui se rapporte à la mère de l'enfant qui est le plus âgé, nous avons remarqué une certaine hypertrophie, une épaisseur plus considérable sans aucune lésion particulière, ni hémorrhagie placentaire, ni altération fibreuse, etc., etc. Cette épaisseur plus grande ne saurait être incriminée comme pouvant être la cause de la fausse couche ou de la mort de l'enfant, elle en est seulement la conséquence et se rencontre généralement quand le fœtus est mort depuis longtemps.

Nous n'avons trouvé non plus aucun antécédent chez l'une ou l'autre de ces deux femmes pouvant justifier la mort du fœtus.

Mais le fait qui prédomine dans les deux cas que nous venons de rapporter, c'est l'absence de putréfaction. C'est ainsi que des femmes peuvent garder pendant plusieurs mois dans l'utérus leur enfant mort sans que leur santé en souffre (1). Quand de pareils accidents surviennent dans la clientèle civile, il faut voir la frayeur de la famille en apprenant que le fœtus est mort depuis plusieurs jours déjà et que la mère n'accouche pas; il semble que la femme doive être empoisonnée à bref délai par le cadavre de ce petit être qui reste renfermé dans la matrice. Il faut, en ce cas, savoir faire comprendre la différence qui existe entre la macération où l'enfant reste intact, quoique mort, et la putréfaction avec tous les accidents qui l'accompagnent.

L'an dernier, cette même question a été soulevée à l'Académie de médecine par l'un de ses membres, par M. Bouley. On parlait des inoculations vaccinales faites d'après la méthode de M. Pasteur; on citait le fait d'un agneau mort dans le ventre de la brebis qui elle-même avait succombé. Aussi, disait-on, cette dernière mort n'a rien d'étonnant, elle a été consécutive à celle de l'agneau et la présence du cadavre dans la matrice en a été la cause. C'est alors que nous prîmes la parole, nous que l'on appelle les Accoucheurs de l'Académie, pour démontrer combien cette opinion était erronée. Certain membre, physiologiste de premier ordre, mais qui n'entend rien à ces faits comme praticien, soutenait la thèse contraire. Je lui fermai la bouche ainsi qu'à mes autres contradicteurs en leur apportant, dans la séance suivante, un fœtus conservé mort pendant deux mois dans le ventre de sa mère. Et pour qu'il n'y eût aucun doute, je ne voulus ouvrir l'œuf qui le contenait qu'à la tribune de l'Académie. Mais chacun, en présence de cette petite opération, de se fermer le nez. Je leur dis : Ne bouchez rien. On approche toujours avec quelque méfiance, mais on finit par reconnaître que ce fœtus, tout aplati par son séjour prolongé dans la cavité utérine, ne sentait absolument rien.

La discussion fut close, personne ne demanda son reste. Était-on convaincu? Je n'oserais pas l'affirmer.

S'agit-il, au contraire, de cas de putréfaction : oh! alors la scène change complètement, le ventre de la mère se tuméfie, se tend, se ballonne par les gaz. De plus, ces gaz et les liquides s'infiltrent dans les membres et les diverses cavités de l'enfant qui deviennent alors les uns et les autres monstrueux, et rendent par là l'extraction du fœtus d'autant plus difficile que son augmentation de volume est plus considérable. C'est là un fait très-important au point de vue de l'accouchement.

Quant aux preuves de la mort du fœtus, je ne reviendrai pas aujourd'hui sur ce que je vous ai déjà dit à plusieurs reprises relativement aux signes fournis par l'auscultation. Mais il est un autre caractère important sur lequel je veux appeler votre attention.

Je suppose une femme enceinte de six ou sept mois dont l'enfant vient de mourir. Que va-t-il se passer? Rien ou peu de chose, c'est-à-dire que tout d'abord la femme ne sentira plus remuer son enfant, et cependant il arrive parfois encore que, dans certains changements de position, elle peut ressentir des mouvements passifs du fœtus mort. Effrayée, cette femme viendra vous consulter en hâte, mais ne vous pressez pas encore de vous prononcer si à l'auscultation vous ne percevez plus aucun battement du cœur de l'enfant, si la femme vous certifie ne plus sentir remuer depuis un jour ou deux, attendez encore deux ou trois jours et vous verrez bientôt cette même femme revenir vous entretenir, cette fois, des phénomènes qu'elle éprouve du côté des seins, devenus turgescents, durs et laissant écouler du lait. En effet, elles ont presque toutes, la plupart du temps, une montée de lait comme si elles étaient récemment accouchées. C'est là un caractère des plus importants et dont il faut savoir tenir grand compte au point de vue du diagnostic de la mort intra-utérine du fœtus. Je ne vous parlerai pas des modifications qui peuvent survenir du côté du ventre, ce serait un chapitre beaucoup trop long pour aujourd'hui et dont j'ai déjà maintes fois parlé. Je me borne aux faits que je viens de vous indiquer; et, pour en revenir aux deux femmes qui ont fait le sujet de cette leçon, j'ajouterai que toutes deux ont éprouvé cette double montée de lait, l'une au moment de la mort de l'enfant, l'autre après l'accouchement. Quant aux suites des couches, elles ont été naturelles et bonnes jusqu'à ce jour.

(1) Voir la *Gazette des hôpitaux* du 9 mai 1882, page 427.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 octobre 1882. — Présidence de M. Hardy.

M. le Président annonce que Mme veuve Woillez, conformément au désir exprimé par son mari, a fait don à l'Académie du portrait de Louis.

M. Bergeron présente de la part de M. le docteur Vallin un

volume intitulé : *Traité des désinfectants et de la désinfection.*

M. **ROCHARD** présente, au nom de MM. Delrieu et Moursou, médecins de la marine, des rapports sur les vaccinations pratiquées en Cochinchine en 1881 et 1882.

RAPPORTS

Remèdes secrets. — M. **RICHE**, au nom de la Commission des remèdes secrets et nouveaux, lit une série de rapports officiels dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

Eaux minérales. — M. **CONSTANTIN PAUL**, au nom de la Commission des Eaux minérales, lit un rapport sur des demandes en autorisation d'exploiter dans le département du Puy-de-Dôme des sources d'eaux minérales pour l'usage médical.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées sans discussion.

LECTURES

M. **WEBER**, en son nom et au nom de M. Thomas, lit une note sur l'étoupe pour pansements purifiée et rendue antiseptique (commiss. : MM. Gosselin, Rochard et Labbé).

Inoculation préventive de la péripneumonie contagieuse par injection intraveineuse. — M. **BOULEY** analyse un travail adressé à l'Académie par MM. Thiernesse, membre correspondant étranger, et Degive, sur l'inoculation préventive de la pleuropneumonie contagieuse par injection intraveineuse.

Résumant les expériences qu'ils ont faites, ces Messieurs constatent :

1° Que le virus péripneumonique a été injecté, à la dose de 2 grammes, dans le système veineux de quatre bêtes bovines ; 2° que cette injection n'a produit chez trois sujets qu'une légère réaction fébrile de courte durée ; 3° que chez le quatrième sujet l'inoculation a déterminé une inflammation exsudative assez prononcée et a produit une fièvre de réaction assez intense ; 4° qu'une première inoculation critère faite avec le même liquide sur les quatre premiers sujets dans le tissu cellulaire d'une région défendue sous peine de mort, le poison n'a déterminé chez tous qu'une inflammation très-peu prononcée ; 5° qu'une seconde inoculation du même genre, opérée sur les mêmes sujets, a produit chez l'un un œdème inflammatoire très-peu marqué, chez les trois autres un engorgement plus prononcé, sans aucune gravité ; 6° que l'insertion du même virus pratiquée dans la même région défendue chez deux jeunes bêtes qui n'avaient subi aucune inoculation préalable, a provoqué chez l'une et l'autre l'évolution d'une inflammation grave à marche progressive promptement mortelle.

Ces expériences démontrent : *a*. Que l'injection intraveineuse du virus de la pleuropneumonie à la dose de 2 grammes est complètement inoffensive, si l'on prend la précaution qu'une seule goutte de liquide ne tombe dans le tissu cellulaire ;

b. Que cette injection jouit de la même propriété que l'inoculation caudale préconisée par M. le docteur Willems, c'est-à-dire qu'elle investit l'organisme d'une immunité réelle, démontrée par l'inoculation répétée deux fois dans une région défendue sous peine de mort ;

c. Que l'immunité peut être parfaitement acquise comme l'a signalé M. Bouley, sans qu'il soit nécessaire que l'infection de l'économie se traduise par les symptômes et les lésions qui caractérisent la maladie naturelle ou spontanée.

Dans de nouvelles expériences, MM. Thiernesse et Degive se proposent de chercher un procédé opératoire d'une exécution assez simple et facile pour entrer dans le domaine de la pratique usuelle.

Dangers du pèlerinage de la Mecque pour la propagation du choléra en Europe. — M. **PROUST**, que l'Académie a bien voulu désigner pour la représenter au Congrès international d'hygiène de Genève, rend compte de la communication qu'il y a faite sur les dangers du pèlerinage de la Mecque pour la propagation du choléra en Europe et sur la situation sanitaire actuelle de l'Égypte à ce point de vue.

Voici en quels termes M. Proust résume cette communication :

Malgré la présence du choléra dans diverses parties de l'extrême Orient, le véritable danger pour nous, à l'heure actuelle, c'est le pèlerinage de la Mecque, pèlerinage qui doit avoir lieu dans le cours de ce mois.

Le choléra peut s'y montrer et il faut que le retour des pèlerins, à la fin d'octobre ou dans les premiers jours de novembre, soit entouré d'un ensemble de mesures de surveillance dont l'objectif sera la protection de l'Égypte.

L'Égypte préservée nous défend contre l'importation du choléra ; si elle est envahie, nous n'avons plus de barrière qui puisse arrêter le fléau arrivant en Europe. Or, dans la situation politique actuelle, la protection de l'Égypte dépend uniquement du bon vouloir de l'autorité anglaise. Mais nous avons l'espoir que notre gouvernement arrivera, à cet égard, à une entente avec le gouvernement britannique.

L'objet principal de la présente note est d'éclairer l'Académie sur la situation sanitaire actuelle, en rectifiant les renseignements erronés publiés par des journaux jouissant d'une grande autorité, qui, par conséquent, ont pu égarer l'opinion publique sur le caractère et le but des précautions que nous recommandons en vue d'éviter à l'Europe une nouvelle épidémie de choléra.

Sur la proposition de M. le Président, l'Académie vote l'envoi du travail de M. Proust aux ministres compétents.

DISCUSSION SUR L'ALLAITEMENT ARTIFICIEL

M. **DEVILLIERS** félicite d'abord MM. Parrot et Tarnier des essais heureux qu'ils ont faits à la Maternité et aux Enfants-Assistés, de l'allaitement artificiel appliqué dans des conditions difficiles et particulièrement délicates. Mais le problème restreint aux conditions dans lesquelles ils se sont placés, n'implique nullement la possibilité d'étendre l'allaitement artificiel dans les hôpitaux au delà des limites dans lesquelles ils viennent de les renfermer.

Mais, dit M. Devilliers, nous voilà assez loin de la proposition faite, il y a quelques années, au directeur de l'Assistance publique. Les précautions si minutieusement prises par nos collègues démontrent déjà quelles difficultés on rencontre pour faire une application un peu fructueuse de l'allaitement artificiel dans les hôpitaux.

Abordant la dernière communication de M. Tarnier, M. Devilliers déclare partager complètement l'opinion de son collègue et pense, comme lui, qu'il faudrait encourager, par tous les moyens possibles, l'allaitement maternel.

Quant à l'allaitement mixte, il est incontestable pour lui que son usage rend de réels services chez les femmes dont le lait devient insuffisant pour la nourriture de l'enfant.

M. Devilliers, après avoir examiné les qualités respectives des divers laits proposés pour l'allaitement artificiel, se résume en ces termes :

Ainsi, dans le choix du lait, on se trouve encore obligé de faire de l'éclectisme et de se servir de celui que l'on peut se procurer le plus aisément dans tel ou tel pays ; le point important est de modifier plus ou moins la composition et l'usage de ce lait selon les aptitudes de l'enfant qu'il faut étudier avec attention.

M. Tarnier ayant critiqué les termes de l'article 2 inséré par la Commission de l'hygiène de l'enfance dans les conseils élémentaires aux mères et aux nourrices, M. Devilliers répond à cette critique en expliquant pourquoi on a laissé dans cette rédaction un certain vague, qui s'explique par la qualité variable de tel ou tel lait que l'on peut se procurer, et par la diversité de force ou de faiblesse des facultés digestives chez chaque enfant.

Relativement à la proposition de M. Tarnier de créer une étable et une crèche d'essai, sans la repousser d'une manière absolue, M. Devilliers se demande si réellement une expérimentation semblable nous en apprendra plus que celle qui vient d'être faite par

M. Parrot aux Enfants-Assistés, et par M. Tarnier à la Maternité. Il termine son argumentation en ces termes :

Les travaux antérieurs ont déjà fourni un contingent assez respectable de faits, pour que l'on puisse se prononcer sur la valeur de la méthode dans telle ou telle situation donnée. Il reste quelques détails de régime à mieux connaître, mais ce qui domine tout dans l'allaitement artificiel des enfants, et ce que rend incontestable le résultat des faits acquis, c'est l'active surveillance, la propreté constante, l'observation journalière de la santé de l'enfant, que des parents intelligents, une mère surtout, sont seuls capables d'apporter, avec le médecin, dans la nourriture de l'enfant.

Sur l'emploi nouveau, en thérapeutique électrique, de la terre glaise. — M. **APOSTOLI** lit sous ce titre un travail qui peut se résumer ainsi :

Je conseille l'introduction, dans la pratique de l'électrothérapie, de l'usage d'un nouvel électrode, la terre glaise, destiné à remplacer dans bien des cas les électrodes rigides presque uniquement employés jusqu'à ce jour. Cliniquement, elle offre en effet des avantages incontestables, dont voici l'exposé sommaire :

1° Elle facilite et complète certaines applications de galvanocaustique chimique, c'est-à-dire de cautérisation positive ou négative appliquée au traitement des ulcères et des plaies de mauvaise nature.

Mieux que tout autre électrode, elle limite et termine sûrement toute action électrolytique, cautérisant tout ce qu'il faut cautériser, sans dépasser les limites tracées d'avance.

2° Elle assure une plus grande constance au courant.

Un peu plus résistante que les tampons ordinaires, elle se dessèche moins vite et conserve beaucoup plus longtemps un même degré de conductibilité; elle humecte bien l'épiderme et s'applique uniformément sur lui.

3° Elle facilite les applications de longue durée.

Elle est assez visqueuse, en effet, pour adhérer spontanément à la peau; elle supprime ainsi le concours d'un aide.

4° Elle permet de varier à volonté l'étendue, la forme des électrodes, leur surface d'application, et est destinée à vulgariser la pratique de la galvanisation; car c'est un électrode mou, facile à trouver partout, qui ne s'use pas, prend la forme qu'on désire, se modèle sur la peau et baigne une étendue de surface facultative.

5° Elle permet de limiter, de localiser l'action totale du courant en réduisant au minimum l'influence fâcheuse de sa diffusion ou de sa dérivation.

On peut, en effet, fermer le circuit sur lui-même grâce à deux pôles concentriques, augmenter ainsi sans danger l'intensité du courant et rendre l'opération plus complète et plus rapide. Les applications de galvano-caustique chimique à la tête et la cure des anévrysmes de l'aorte devront y puiser une large contribution.

6° Elle diminue la douleur des applications de galvano-caustique chimique en rendant la peau plus conductrice grâce à une humectation plus complète, elle diminue la résistance à son passage et par suite les effets calorifiques du courant dont la douleur est la conséquence directe.

La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours de l'internat des hôpitaux de Paris s'est ouvert lundi soir. Le jury se compose de MM. Hervieux, Potain, d'Heilly, Felizet, Raymond, Polaillon et Reclus.

— *Épidémies.* — Une dépêche officielle de Manille annonce que le choléra fait de trente à quarante victimes par jour dans Manille et de dix à douze dans les faubourgs. Dans certaines provinces, le nombre des victimes est en pleine décroissance; dans d'autres, au contraire, il augmente.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le docteur Routier, prosecteur, assisté d'aides d'anatomie, fera, à partir du vendredi 20 octobre 1882, une série de démonstrations opératoires suivies d'exercices pratiques à l'École pratique, sous la direction de M. le docteur Farabeuf, agrégé, chef des travaux anatomiques.

Ce cours, qui ne pourra comprendre plus de douze séries d'élèves, est spécialement destiné aux étudiants que les circonstances obligent à passer prochainement leur examen pratique de médecine opératoire.

MM. les étudiants qui désirent suivre ce cours devront se présenter le plus tôt possible à l'École pratique, de une heure à quatre heures, au bureau du chef du matériel, qui leur donnera les renseignements nécessaires relativement au paiement des droits réglementaires, etc.

— Les exercices de dissection, pour l'année scolaire 1882-1883, auront lieu à l'École pratique, sous la direction de M. le docteur Farabeuf, agrégé, chef des travaux anatomiques.

Les démonstrations d'ostéologie commenceront le lundi 23 octobre prochain. Les élèves de seconde année qui n'ont pas encore disséqué, sont tenus de subir l'examen préalable d'ostéologie. Ils sont invités à se faire inscrire dans le plus bref délai à l'École pratique, 2, rue Vauquelin, au bureau du chef du matériel, tous les jours, de midi à quatre heures.

Les pavillons de dissection seront ouverts, à partir du vendredi 3 novembre, tous les jours, de midi à quatre heures. Les prosecteurs et les aides d'anatomie dirigeront et surveilleront les travaux des élèves. Ils feront une démonstration quotidienne, à une heure précise, dans chaque pavillon.

A. Les étudiants de première année ne prennent pas part aux travaux anatomiques.

B. Les exercices de dissection sont obligatoires pour tous les étudiants de deuxième et troisième année : les inscriptions ne leur sont point accordées sans certificat de dissection, et ils ne peuvent être admis à subir le deuxième examen de doctorat (anatomie) s'ils n'ont disséqué pendant deux semestres d'hiver complets.

C. Les exercices de dissection sont facultatifs pour les autres étudiants et les docteurs en médecine. Les uns et les autres, s'ils désirent prendre part aux travaux pratiques d'anatomie, devront se munir d'une autorisation du doyen de la Faculté.

La mise en séries sera faite dans l'ordre suivant : 1° élèves obligés de deuxième et de troisième année, suivant la date de leur inscription à l'École pratique; 2° élèves non obligés et docteurs en médecine, également suivant la date de leur inscription.

NOTA. — Nul ne peut être admis à l'École pratique d'anatomie s'il ne s'est fait préalablement inscrire au bureau du chef du matériel, 2, rue Vauquelin. Ce bureau sera ouvert tous les jours, de midi à quatre heures, jusqu'au 18 novembre. Pour recevoir une carte d'entrée, chaque étudiant devra présenter : 1° sa feuille d'inscription mise à jour par le secrétariat de la Faculté; 2° la quittance constatant le paiement des droits. Passé le 18 novembre, nul ne pourra être admis à l'École pratique d'anatomie sans une décision spéciale.

— Une session d'examen pour l'admission des aspirantes élèves sages-femmes à la Clinique d'accouchements de la Faculté, aura lieu le lundi 23 octobre 1882, à neuf heures précises du matin. Les inscriptions seront reçues au secrétariat de la Faculté jusqu'au jeudi 19 octobre, tous les jours, de midi à trois heures.

— *Avis.* — Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 13465.

N° 119. — SAMEDI 14 OCTOBRE 1882. 55e ANNÉE. SAMEDI 14 OCTOBRE 1882. — N° 119.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

La fièvre typhoïde.

S'occuper des éventualités d'une nouvelle importation du choléra en Europe et, le danger signalé, se mettre en mesure de le conjurer, c'est très-bien; et nous avons applaudi, mardi dernier, avec l'Académie tout entière, à la communication de M. Proust. Mais pendant qu'on propose et qu'on met en œuvre de sages mesures déjà consacrées par l'expérience pour prévenir un fléau qui n'est qu'imminent, que fait-on pour empêcher la propagation de cet autre fléau trop réel, la fièvre typhoïde, qui, grossissant tous les jours, s'en va prélever incessamment sous nos yeux le plus lourd tribut sur la jeunesse?

Le dernier rapport sur les maladies régnantes fait à la Société médicale des hôpitaux par le nouveau rapporteur de la commission, M. Du Castel, nous apprenait que la fièvre typhoïde, loin d'avoir subi la rémission printanière habituelle, avait présenté une exacerbation marquée pendant le mois de juin; il signalait, pour cette époque qui est habituellement celle de l'hypogée de l'endémie typhoïde, un nombre croissant d'admissions dans les hôpitaux qui en élevait le chiffre à plus du double de celui du mois de juin de l'année précédente. Le chiffre des décès de la ville s'élevait dans la même proportion.

Les choses n'ont fait que s'empirer depuis.

Si nous jetons un coup d'œil rétrospectif sur les Bulletins de la municipalité, à partir de cette époque, que voyons-nous?

La 1re semaine de juillet (27e semaine de la statistique) accuse une légère diminution sur les derniers jours de juin, suivie de quelques oscillations; puis, à dater de la 31e semaine, du 28 au 3 août, nous voyons le chiffre des admissions et celui des décès s'élever rapidement. Du 28 juillet au 3 août, le chiffre des admissions dans les hôpitaux est de 124; du 4 au 10 août, de 208; du 11 au 17, de 338; du 18 au 24 et du 25 au 31, de 251; du 1er au 7 septembre, de 197; du 8 au 14 septembre, de 175; du 15 au 21, de 233; du 22 au 28, de 213, et du 29 septembre au 8 octobre, de 536. A ce dernier chiffre considérable correspond, pour la mortalité, le chiffre énorme de 134 décès; la moyenne des décès, dans chacune des 9 semaines précédentes, ayant été de 65.

Aussi, on le voit, dans ces dernières semaines et notamment dans la 40e (celle du dernier Bulletin), la fièvre typhoïde a pris à Paris un développement vraiment extraordinaire : 536 admissions dans les hôpitaux et 134 décès, c'est-à-dire plus de 1/8 de l'ensemble des décès par toutes causes réunies.

Quant à la gravité relative de la maladie, assez bénigne en général à l'époque de la recrudescence épidémique dès la 2e semaine de juillet, elle est devenue de plus en plus sérieuse depuis le commencement de septembre. Le prochain rapport de la commission des maladies régnantes nous fera connaître sans doute les caractères principaux et les particularités de l'épidémie actuelle. Mais, en attendant des renseignements que nous ne manquerons pas d'utiliser, nous pouvons en esquisser quelques traits d'après nos observations personnelles, recueillies tant dans les hôpitaux que dans la pratique de la ville.

L'un des principaux caractères de l'épidémie actuelle est de sévir dans une assez grande proportion sur les enfants. Les personnes d'un âge un peu avancé n'en sont cependant pas entièrement exemptes; nous avons vu, dans les hôpitaux, plusieurs malades approchant de la quarantaine.

Ce qu'il y a de plus remarquable peut-être et de plus constant, relativement aux formes et aux symptômes, est l'extrême rareté de la forme abdominale et la très-grande discrétion des éruptions lenticulaires ou autres, qui manquent même complètement chez quelques malades. Les diarrhées sont rares; il est beaucoup plus fréquent, au contraire, de trouver de la constipation. Les formes que l'on observe le plus fréquemment sont les formes thoraciques (bronchites, congestion pulmonaire, pleuro-pneumonie), avec des localisations secondaires variées, dans le pharynx ou dans le larynx, comme nous en avons vu plusieurs exemples; les formes gastriques et surtout — et ce sont les plus graves — les formes ataxo-adynamiques, avec des phénomènes méningitiques. Ces dernières formes sont surtout observées à l'hôpital des Enfants, tandis que, par un contraste difficile à expliquer, les formes seraient au contraire généralement bénignes à l'hôpital Trousseau, d'après ce qui nous a été rapporté.

Une observation qui a été faite par l'un de nous, c'est que

chez les femmes et les jeunes filles, au début de l'affection, il y a retour ou avance presque constante des règles.

Parmi les agents de la médication, ceux qui nous ont paru être en général les plus utiles sont les évacuants, les bains tièdes, les lavements phéniqués et une légère alimentation. Nous saurons plus tard quels résultats on aura obtenus des différents agents thérapeutiques actuellement en expérimentation.

On verra plus tard aussi quels renseignements pourront ressortir de l'étude de cette épidémie au point de vue de la question si discutée et encore si obscure de l'étiologie. Mais ce qu'il y aurait de plus urgent en ce moment, en présence des incertitudes et des hésitations de la thérapeutique et devant cette grande inconnue étiologique qui nous laisse encore dans l'ignorance sur la vraie prophylaxie à mettre en œuvre, ce serait de faire appel à toutes les mesures hygiéniques propres à enrayer ou du moins à ralentir la propagation évidente de la maladie par voie de contagion ou d'infection. Que fait à cet égard l'Académie de médecine? que fait le Comité d'hygiène, le Conseil de salubrité? Que fait la jeune et vaillante Société de médecine publique, qui, si elle n'a aucun droit d'initiative, a du moins le droit de conseil dont elle a déjà usé plusieurs fois d'une manière utile et profitable? — L'Académie, nous ne le voyons que trop, garde le silence. Si le Comité d'hygiène et le Conseil de salubrité s'en occupent, nous ne voyons pas encore les effets de leurs délibérations. Quant à la Société de médecine publique, comme la Société médicale des hôpitaux, elle est encore en vacances... Et cependant il y aurait quelque chose à faire et immédiatement. On connaît les mesures de police prophylactique mises en usage dans quelques pays voisins, notamment en Belgique, pour s'opposer à la propagation des maladies contagieuses. Quelques propositions utiles ont été faites tout récemment au Congrès d'hygiène de Genève, sur la prophylaxie de la fièvre typhoïde et en particulier sur les procédés de désinfection des chambres de malades. Que l'autorité, dans ce qui incombe à sa compétence, que tous nos confrères, dans leur pratique, s'inspirent de l'urgence et des ressources que l'expérience met à leur disposition pour conjurer le danger.

Nous extrairons, dans le numéro prochain, du résumé que nous nous proposons de publier prochainement des séances du Congrès international d'hygiène de Genève, ce qui concerne particulièrement la prophylaxie de la fièvre typhoïde.

Des myélites syphilitiques.

En rapportant dans la dernière Revue un fait intéressant, mais encore incomplet, de paraplégie syphilitique, — le malade étant en traitement, — nous nous sommes engagé à reprendre, d'une manière générale, la question des myélites syphilitiques, de laquelle il relève naturellement. Nous avons été servi à point en trouvant sur notre bureau une très-intéressante étude sur ce sujet, faite par M. le docteur Paul Savard, ancien interne des hôpitaux (1).

Ayant eu l'occasion, pendant son internat, d'observer quelques cas de myélites syphilitiques, M. Paul Savard s'est livré, sur ce point, à des recherches dont il a consigné les résultats dans le travail dont il s'agit.

La première question qu'il s'est proposé d'élucider est celle de l'existence même, existence contestée, de myélites spécifiques systématisées; puis vient celle de savoir si les lésions de la syphilis médullaire ont des caractères spéciaux capables de les faire reconnaître; enfin la symptomatologie et le traitement.

Pour admettre l'existence des myélites syphilitiques, M. Savard se fonde sur les preuves tirées de la nature même de l'infection syphilitique, qui, ainsi que toutes les maladies générales, impressionne plus ou moins profondément tous les organes. La myélite syphilitique doit être admise au même titre que les myélites rhumatismales, goutteuses, saturnines, diphthéritiques, etc. Jusque-là c'est une présomption, mais rien de plus.

Les preuves tirées de la coïncidence des myélites avec diverses manifestations syphilitiques sont du même ordre; elles ne donnent également qu'une présomption.

Celles qui sont tirées de la marche des myélites syphilitiques sont-elles plus valables? Les oscillations, les alternatives d'amélioration et d'aggravation constatées dans les observations, en un mot la mobilité dans la marche des phénomènes, pas plus que la fréquence des récidives, ne nous paraissent constituer des preuves en faveur de cette détermination, ces oscillations et cette mobilité se retrouvant dans presque tous les troubles nerveux, quelle qu'en soit la cause.

Nous aurions fait fond avec beaucoup plus de confiance peut-être, *à priori*, sur l'influence du traitement spécifique, justement considéré dans tant d'autres circonstances analogues comme une véritable pierre de touche. Mais malheureusement, à côté de faits en apparence très-probants à cet égard, où des paraplégies présumées d'origine syphilitique, ayant résisté à tous les moyens de traitement commun, ont cédé rapidement sous l'influence d'une médication spéciale antisyphilitique, s'en trouvent d'autres dans lesquels le traitement spécifique n'a eu aucune prise sur la paraplégie présumée diathésique.

La considération de l'époque de la syphilis à laquelle apparaissent les accidents médullaires, nous a paru mériter, à ce point de vue, d'être mise en ligne de compte. Les auteurs assignent à cette époque les limites les plus larges. M. Savard a fait un relevé de 74 cas, sur lesquels il en a trouvé 26 où le début a été observé entre 6 et 8 mois, et 48 entre 1 an et 25 ans. Ces derniers se répartissent comme il suit :

9 entre la première et la deuxième année ;
16 entre 2 et 5 ans ;
5 de 10 à 15 ans ;
9 de 15 à 25 ans.

D'où il résulterait que le maximum de fréquence pourrait être fixé entre la deuxième et la huitième année, après le début de l'infection, et d'une façon plus précise vers la quatrième ou la cinquième année. Cette époque d'apparition des troubles médullaires serait en accord avec celle qui a été indiquée par M. Fournier pour la syphilis cérébrale.

Une autre question qui n'était pas moins importante, était la recherche de l'époque de la diathèse à laquelle surviennent les myélites spécifiques. Le résultat des recherches faites sur ce point montre que c'est surtout dans la période tertiaire que se montrent le plus grand nombre de myélites.

Quelle est l'influence des formes de la syphilis? L'étude de ce point très-obscur de la question et sur lequel les opinions les plus contradictoires ont été formulées, a conduit M. Savard à cette conclusion : Ce ne sont pas, comme l'ont

(1) *Étude sur les myélites syphilitiques*, par le docteur Paul Savard. Broch. in-8°. 1882. Chez Delahaye et Lecrosnier.

soutenu quelques syphiliographes, les syphilis à manifestations légères qui déterminent le plus d'accidents médullaires, mais principalement celles qui ont une intensité moyenne, celles qui ont paru au début assez sérieuses et assez tenaces.

Le traitement spécifique a-t-il une influence sur la localisation spinale de la syphilis ? On sait que cette opinion a été soutenue, que la médication mercurielle n'était pas sans influence sur la production des accidents médullaires. Pour M. Savard, le traitement mercuriel n'a aucune part dans ces accidents.

Les excès vénériens et l'alcoolisme ont une influence beaucoup plus manifeste sur ces localisations.

Quelles sont les formes sous lesquelles se manifestent le plus souvent les myélites syphilitiques ? D'après M. Savard, les lésions de la moelle, déterminées par la syphilis, sont surtout des lésions chroniques diffuses, se manifestant dans l'immense majorité des cas sous forme de myélites transverses. Les formes subaiguës, moins fréquentes, surviennent habituellement comme manifestations précoces de la syphilis avec les accidents secondaires.

La syphilis peut-elle produire des myélites systématisées ? Nous voici arrivé à la question la plus actuelle, la plus discutée depuis quelque temps, celle de l'origine syphilitique de l'ataxie locomotrice ou *tabes dorsalis*. L'année dernière, à peu près à la même époque, dans notre Revue du 19 novembre, nous avons émis sur ce point d'étiologie des doutes appuyés sur des faits qui nous paraissaient contraires à la nouvelle doctrine. Cette doctrine, nous ne saurions le dissimuler, a fait un grand pas depuis. De nombreuses adhésions sont venues se grouper autour de la thèse brillamment soutenue par M. Fournier dans des leçons récemment publiées. Nous croyons prudent de réserver encore notre appréciation à cet égard, jusqu'à plus ample informé et après une étude et une analyse attentive des faits invoqués. En attendant, nous donnons l'appréciation de M. Savard sur ce sujet. Voici, après une assez longue discussion, en quels termes il la résume : « Les cas d'ataxie syphilitique ne sont pas prouvés ou sont excessivement rares ; dans les cas où le *tabes dorsalis* reconnaît pour cause la syphilis, on doit observer une certaine diffusion des lésions et une tendance à l'envahissement des systèmes médullaires voisins ; enfin, dans certaines circonstances, on pourrait expliquer les phénomènes d'ataxie par une dégénérescence des cordons postérieurs, produite par une lésion syphilitique. »

Dans tous les cas l'ataxie spécifique, si elle était démontrée, n'aurait qu'une part tout à fait exceptionnelle dans les myélites syphilitiques.

Ajoutons que quelques-unes des objections faites dans ce travail contre l'admission en clinique de l'ataxie locomotrice syphilitique, pourraient aussi bien s'appliquer à un assez grand nombre des cas rapportés sous l'étiquette générale de myélites syphilitiques.

En effet, tout en reconnaissant le soin et l'attention que M. Savard a apportés à l'élucidation des termes de ce difficile problème, nous ne pouvons nous empêcher de trouver que cette élucidation n'est pas encore complète, que beaucoup de points sont à reprendre. Ainsi que le disait M. Hardy dans une leçon reproduite dans l'un de nos derniers numéros (numéro du 10 octobre) : « Il faut, pour que la relation de cause à effet soit légitime, que la maladie présente quelques-uns des caractères spéciaux à la syphilis ; c'est dans ce cas seulement que les antécédents pourront être de quelque utilité pratique, car en général l'antécédent est ce qui donne le moins de preuves certaines. » Aussi est-ce sous toutes réserves que nous reproduirons les conclusions de ce travail d'ailleurs très-méritant.

Il existe certainement des myélites causées par la syphilis, mais les affections médullaires qui peuvent survenir chez un syphilitique ne sont pas toujours spécifiques.

Le traitement n'est pas une pierre de touche certaine : c'est le plus souvent à une époque tardive de la syphilis, vers la quatrième ou cinquième année, que se montrent les accidents du côté de la moelle. Les myélites syphilitiques précoces, apparaissant avec les accidents secondaires, sont rares ; cependant on ne saurait le nier.

Les troubles médullaires spécifiques se rencontrent habituellement dans le cours de la syphilis à manifestations multiples et sérieuses.

Le trait spécifique n'est jamais la cause de la localisation spinale de la syphilis : c'est plutôt l'absence de traitement qu'il faut incriminer.

Les lésions de la moelle déterminées par la vérole sont des lésions chroniques ; les formes aiguës sont rares. Ce sont toujours des altérations diffuses, non systématisées.

Les gommes de la moelle ou des méninges sont exceptionnelles.

Les lésions de la syphilis médullaire, très-analogues aux lésions cérébrales de même nature, répondent au processus scléreux ; celui-ci atteint les méninges, la névroglie et surtout les vaisseaux. Ces altérations vasculaires, constituées par l'artérite et la périartérite avec infiltration et épaississement de la tunique externe et de la gaine lymphatique, sont assez spéciales à la syphilis.

Il n'y a pas de signes particuliers aux myélites spécifiques ; elles se caractérisent par l'irrégularité, la diffusion de leurs symptômes et par la fréquence des rechutes et des récidives.

L'impuissance, la paralysie de la vessie et du rectum, sont les premiers phénomènes qui apparaissent ; ils précèdent souvent de beaucoup les troubles de la motilité. Dans bien des cas, la sensibilité n'est pas intéressée ou l'est peu.

La marche de ces myélites est lente, rarement elles prennent la forme aiguë. La guérison est fréquemment incomplète.

Le traitement doit être énergique ; il faut employer la médication mercurielle et iodurée et avoir recours aux révulsifs puissants.

Nouveau perfectionnement dans l'application chirurgicale du galvano-cautère.

Nous avons vu tout dernièrement dans le service de M. Verneuil, suppléé par M. Terrillon, une curieuse application de la machine Gramme au galvano-cautère. On sait que jusqu'ici on se servait, pour porter au rouge les fils et les couteaux du galvano-cautère, de la pile au bichromate. Cette pratique était, il faut le dire, assez incommode. M. Terrillon s'est servi d'une petite machine Gramme obligeamment mise à sa disposition, machine qu'un seul homme suffit à manœuvrer. Des fils de diverses grosseurs, des couteaux de formes variées ont été successivement portés à l'incandescence, et enfin M. Terrillon, voulant compléter l'expérience, a successivement cautérisé un étroit trajet in-

travaginal et débridé, puis cautérisé, les trajets multiples d'un abcès tuberculeux : ces deux opérations ont été parfaitement satisfaisantes. Si cette pratique devait entrer dans l'usage journalier, elle rendrait certainement des services ; une petite machine Gramme serait une source constante d'électricité toujours à la disposition des chirurgiens : on sait qu'il n'en est pas de même avec le fil au bichromate. Nous appelons sur ce point l'attention des chirurgiens et des médecins.

Empyème chronique ; opération thoracoplastique (résection partielle des côtes) ; guérison.

En assistant, un de ces jours derniers, à la visite de M. Bouilly, suppléant M. Trélat pour le service de la clinique chirurgicale à l'hôpital Necker, nous avons vu un jeune malade ou plutôt un jeune convalescent, auquel M. Bouilly a pratiqué une opération, la première de ce genre, croyons-nous, qui ait été faite en France, pour remédier à un empyème qui, depuis plusieurs années, résistait à tous les moyens mis en usage.

Il s'agit d'un jeune homme de vingt-trois ans qui, atteint, il y a cinq ans, d'une pleurésie suppurée dont le foyer s'était fait jour au dehors, portait depuis lors, sur la paroi thoracique gauche, des fistules par lesquelles s'écoulait incessamment le pus. Plusieurs de ces fistules (il y en avait eu jusqu'à sept) s'étaient successivement fermées, mais il en restait une par laquelle il s'écoulait tous les jours de trois à quatre cuillerées de pus. Les lavages et les injections iodées, répétées à satiété, restaient depuis longtemps absolument inefficaces.

En présence de cette résistance et ayant eu connaissance d'opérations pratiquées avec succès dans des circonstances semblables par Estlander, lesquelles avaient consisté à réséquer plusieurs côtes de manière à pouvoir appliquer directement sur la plèvre la paroi thoracique, ainsi désossée (qu'on nous passe l'expression) et assouplie, et oblitérer ainsi la cavité suppurante, M. Bouilly a pratiqué une opération semblable chez ce malade. Il a réséqué, des septième et huitième côtes, deux fragments ayant l'un environ 5 centimètres de long et l'autre de 3 centimètres et demi à 4 centimètres. Les parois de la poitrine ainsi amollies ont été appliquées sur la plèvre. Les plaies ont été promptement guéries, la suppuration tarie, la fistule oblitérée ; et aujourd'hui on entend, à travers ces parois, la respiration normale rétablie.

Nous réservons les détails de cette intéressante opération pour plus tard, M. Bouilly se proposant d'en faire prochainement le sujet d'une communication à la Société de chirurgie.

HOPITAL NECKER. — M. Trélat.

I. Plaie de la main par arme à feu. — II. Rupture des fibres du muscle droit de l'abdomen.

I. Je dois vous dire, en commençant, quelques mots de ce malade que nous venons de voir ensemble, lequel s'est accidentellement blessé à la main gauche par un coup de revolver parti inopinément. Nous avons exploré la blessure dans tous les sens tout à l'heure encore devant vous, sans rencontrer aucune trace de la balle ; mais nous avons senti quelques corps durs qui ne sont nullement des fragments dudit projectile, car l'extrémité de porcelaine de notre stylet ne porte pas l'empreinte noirâtre caractéristique d'une balle de plomb, empreinte qui permit autrefois à Nélaton de reconnaître la présence, longtemps contestée par un certain nombre de chirurgiens, d'une balle dans la blessure reçue à cette époque par Garibaldi.

Ici les instruments avec lesquels nous avons sondé la plaie nous ont donné la sensation du contour d'un métacarpien dénudé. Quant à la balle, n'étant pas sortie, il est probable qu'elle s'est logée dans la profondeur des parties molles où il ne nous a pas été donné de la reconnaître. En pareils cas, devons-nous poursuivre nos explorations à la recherche de ce projectile ?

Autrefois, craignant les dangers résultant de la présence d'un corps étranger dans les tissus blessés par une arme à feu, on en poursuivait quand même la recherche dans les parties profondes : je ne parle pas ici du danger résultant du trajet suivi par le projectile qui reste toujours le même, danger d'ailleurs à peu près analogue à celui d'une blessure faite par une arme blanche. Mais depuis 1870 il s'est fait un mouvement très-caractéristique en sens contraire, comme le témoignent les discussions qui ont eu lieu à plusieurs reprises à la Société de chirurgie, mouvement, selon moi, un peu exagéré. Toujours est-il que d'aucuns ne se préoccupent que médiocrement du séjour d'une balle dans nos tissus. Pour moi, je fais certaines restrictions à cette manière de voir, et pourvu que l'on puisse aisément reconnaître le point où le projectile est logé, pourvu que l'on puisse l'extraire sans trop de difficultés, je considère qu'il y a avantage à retirer le projectile, quelle que soit la vive amitié que le plomb professe pour l'homme. Donc, n'allant pas aussi loin que mes collègues, du moment que l'extraction d'un corps étranger ne doit pas entraîner à trop de délabrements, je cherche à le retirer de la blessure dans laquelle il se trouve engagé.

Au contraire, sommes-nous en présence de grandes difficultés pour reconnaître sa situation dans les parties profondes, comme chez le malade que nous avons vu ensemble tout à l'heure, en présence d'une opération qui nécessiterait une large incision, la mise à nu du deuxième métacarpien fracturé et probablement l'extraction d'une portion de cet os, les délabrements seraient vraiment trop considérables pour le résultat à obtenir. C'est pourquoi je traiterai notre malade comme porteur d'une plaie simple, la faisant irriguer et appliquant le pansement de Lister de façon à éviter le développement de quelque phlegmon profond.

II. Au n° 31 de la salle des hommes, nous avons un garçon de vingt-six ans, badigeonneur, qui n'avait pas très-bonne mine quand il est entré dans le service. Son visage présente un vice de conformation caractérisé, à gauche, par une gueule de loup. Il a été opéré d'un bec-de-lièvre, étant enfant, mais les résultats en ont été des plus médiocres et la division palato-staphylienne persiste dans toute son étendue. Je lui ai offert de lui restaurer le palais, mais avec quelque hésitation, il est vrai ; car le succès ne me paraît pas très-certain : en tous cas, j'aurais pu réparer la difformité de son bec-de-lièvre, j'aurais certainement pu lui faire une lèvre plus honnête. Il n'en veut pas, il est bossu, impotent, et se trouve très-bien comme cela, charmant même, disons le mot, avec sa scoliose, à courbure principale gauche. De plus, à la partie inférieure du ventre il porte une tumeur grosse, ronde, indolore, flottante, qui n'est autre chose qu'un rein. Enfin, à part ces difformités multiples, il est très-bien de sa

personne; du reste, ce n'est point pour cela qu'il est venu à l'hôpital le 5 de ce mois.

Ce garçon, qui n'a jamais eu aucune maladie grave, qui n'a pas eu la syphilis, travaillait le mois dernier sur un échafaudage lorsqu'il fut pris tout à coup d'une vive douleur dans les parois abdominales, douleur telle qu'il fut forcé de cesser tout travail, douleur qui s'accompagnait bientôt d'une certaine tuméfaction. Quelques jours plus tard, il entrait à l'hôpital.

En l'examinant, nous avons trouvé, sur le trajet d'une ligne commençant un peu au-dessus de la vésicule du fiel et se terminant en dedans et un peu au-dessus de l'ombilic, une tumeur assez ferme, sans changement de coloration de la peau, longue de 5 à 6 centimètres sur 4 à 5 de largeur, plus sensible que réellement douloureuse à la pression, facilement explorable, paraissant adhérer aux parois abdominales dans l'épaisseur desquelles elle semble logée.

Tout d'abord nous pouvons donc éliminer, dans notre diagnostic, la pensée de toute tumeur hépatique, pancréatique et abdominale profonde. Cette tumeur n'a déterminé aucun accident particulier; il n'a pas eu de jaunisse, il n'a rien présenté de spécial du côté de l'intestin.

Dans ces conditions, nous nous sommes bornés, pour tout traitement, à recouvrir la partie douloureuse de laudanum, de ouate et à mettre un bandage de corps. Depuis lors, la douleur et la tuméfaction ont notablement diminué et la tumeur est en voie de régression.

De tous ces faits que devons-nous conclure? Nous mettons de côté, bien entendu, la scoliose et les autres infirmités qui agrémentent notre malade. Nous avons une tumeur de la paroi abdominale, datant actuellement de cinq semaines environ, à début brusque et guérissant sans autre traitement que le repos et le laudanum; donc tumeur à caractères inflammatoires. Mais cette tumeur ne correspond à aucun trouble fonctionnel: l'intestin, l'estomac et le foie sont donc absolument en dehors, et elle est bien dans les parois du ventre puisque nous pouvons la saisir entre les mains, mais où et dans quelle couche s'est-elle développée?

Si l'on fait contracter les muscles de l'abdomen, et en tenant compte de l'irrégularité normale du ventre de notre malade, on voit la tumeur suivre complètement toutes les contractions du muscle droit; il s'ensuit donc que celle-ci a son siège dans la gaine de ce muscle à sa partie supérieure.

Dans ces conditions, le diagnostic devient facile; nous sommes en présence d'une rupture partielle, peu étendue, des fibres du muscle droit de l'abdomen, rupture qui a dû déterminer un petit épanchement de sang en même temps qu'elle amenait une douleur vive dans la région où elle s'était produite. C'est ainsi que nous pouvons expliquer aussi l'amélioration notable obtenue, sinon même une guérison très-prochaine, par le repos et quelques applications laudanisées.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Traitement de l'amygdalite au début. — M. le docteur Morell Mackenzie traite l'amygdalite au début par le gayac sous la forme de pastilles ainsi composées :

Résine de gayac	70 grammes.
Gomme adragante	43 —
Sucre raffiné	17 —
Pâte de groseilles rouges	Q. S.

Mêlez les ingrédients secs, puis ajoutez la pâte de groseilles rouges jusqu'à ce que toute la masse pèse une livre. Divisez en 350 tablettes de 1g,20 chacune, faites-les sécher dans un four à chaux.

Il est rare que la maladie ne soit pas arrêtée à son début par une de ces pastilles, contenant 20 centigrammes de résine, administrée toutes les deux heures; mais ce traitement ne peut agir qu'au début. (*France médicale.*)

Solution contre le muguet. — Chez les sujets atteints de muguet, on a recours à la solution suivante :

Benzoate de soude	3 grammes.
Eau distillée	25 —

Faites dissoudre.

On enveloppe le doigt indicateur d'un morceau de linge trempé dans cette solution et on frictionne les parois de la cavité buccale, de manière à enlever la plus grande partie du muguet. On recommence le lendemain, si le champignon s'est reproduit. Toutes les deux heures, on promène, sur la langue, sur les gencives et sur la muqueuse qui revêt la face interne des joues, un pinceau trempé dans la même solution. Dans le cas où le parasite a envahi le pharynx et l'œsophage, on prescrit le benzoate de soude à l'intérieur, à la dose de 3 à 5 grammes. On s'efforce en outre d'améliorer l'état général du sujet par tous les moyens possibles. (*Union médicale.*)

Potion contre le rhumatisme.

Acétate de potasse	60 grammes.
Acide salicylique	15 —
Hydrolat de menthe poivrée	120 —
Sirop de limons	60 —

Dissolvez l'acétate de potasse dans l'eau de menthe et ajoutez graduellement l'acide salicylique, jusqu'à ce qu'il soit complètement dissous.

La dose est de une cuillerée, toutes les deux, trois ou quatre heures, suivant l'intensité des symptômes. Cette cuillerée renferme environ 1g,20 d'acide salicylique et 4g,80 d'acétate de potasse. L'acide salicylique est bien dissous dans cette potion, dont la saveur n'est pas trop désagréable et qui, selon l'auteur, ne trouble pas la digestion. (*Union médicale.*)

Traitement de la scarlatine. — Le docteur Lewis recommande de prescrire la digitale (infusion de feuilles) et d'en continuer l'emploi jusque dans le cours de la troisième semaine. En combinant cette médication avec les onctions d'huile sur tout le corps, répétées deux fois par jour jusqu'à cessation de la desquamation, et avec le régime lacté, il n'a pas perdu un seul des 150 malades qu'il a soumis à ce traitement.

De plus, dans le but de prévenir le développement de l'angine diphthéritique, il recommande de faire prendre aux malades la potion suivante :

Chlorate de potasse	4 grammes.
Teinture de perchlorure de fer	8 —
Glycérine	30 —
Eau distillée	250 —

par cuillerées à café toutes les demi-heures. (*Rev. de thérap. médico-chirurg.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 octobre 1882. — Présidence de M. L. Labbé.

COMMUNICATIONS

Tétanos. — **M. Nicaise**, à l'occasion de la discussion sur le tétanos et son traitement, communique l'observation d'un homme de trente-sept ans, qui a été blessé le 31 août. Il s'agissait d'un

écrasement du troisième orteil du pied gauche. Environ trois semaines après, il fut pris de tétanos. Il entra le 21 septembre dans le service de M. Nicaise, présentant de la dysphagie, du trismus et bientôt après de l'opisthotonos. La plaie de l'orteil était presque complètement cicatrisée. Ce malade présentait parfois des secousses qui amenaient alors une tétanisation plus générale. Il se plaignait d'une légère douleur dans la jambe et l'orteil malade. Un bain de vapeur, l'opium pendant trois jours n'amenant aucun résultat, il lui fut donné 4 grammes de chloral en trois doses, puis 6 grammes le lendemain. Il y eut alors une excitation extrême, mais en même temps une résolution presque complète. Le 3 octobre, sous l'influence d'un léger refroidissement, il y eut une notable aggravation qui nécessita 7 grammes de chloral. Le lendemain le malade présenta tous les phénomènes de l'intoxication chloralée, y compris le coma. Le chloral fut cessé, le malade sortit de son sommeil et se réveilla dans la résolution complète. Il est aujourd'hui complètement guéri. Cette observation montre que le chloral, même à des doses modérées, peut amener facilement des accidents d'intoxication. Il est donc prudent, même dans le tétanos, de ne pas le donner d'emblée à des doses massives.

Traitement des fistules anales par la ligature élastique. — **M. TERRIER** rappelle que, dans son rapport, M. Lucas-Championnière semblait dire que la ligature élastique pouvait être appliquée au traitement de toutes les fistules anales. Telle n'est pas l'opinion de M. Terrier. Les causes des fistules à l'anus, dit-il, sont diverses ; de là diverses variétés de fistules qu'il faut distinguer entre elles ; il y a, par exemple, les fistules consécutives à des abcès tuberculeux, les fistules résultant de la présence d'un corps étranger, celles, d'origine purement inflammatoire, qui se forment à la suite d'un abcès ou d'une hémorrhoïde enflammée, etc... La disposition anatomique de ces diverses fistules présente également des variétés ; il en est qui s'accompagnent de diverticules, d'autres de fongosités, etc. Ces dernières exigent des soins plus minutieux et d'une application plus difficile qu'on le croit généralement.

Quand la fistule est petite et unique, on peut, en examinant le malade, passer un fil élastique. Pour les fistules plus étendues et diverticules, la section doit en être faite avec beaucoup de lenteur. Le fil élastique peut encore être appliqué dans ces cas, mais l'écraseur tel que l'employait Chassaignac paraît préférable. Chassaignac passait d'abord un simple tube à drainage dans le but de canaliser la fistule. Au bout d'un certain temps, quand la fistule était bien établie, il substituait l'anse de l'écraseur au tube à drainage. Lorsque la fistule présente une grande dilatation et qu'il existe des végétations ou des fongosités dans l'intérieur des trajets, il faut alors recourir au thermocautère pour modifier ou détruire ces fongosités. Dans ces divers cas, les pansements des fistules opérées doivent être faits avec grand soin ; il faut placer des mèches, non pas dans le rectum, mais dans les lèvres de la plaie. Enfin, dans certains cas où il existe un grand nombre de ces fongosités, on peut aussi avoir recours au grattage avec la curette de Volkmann ; ce procédé a parfois l'inconvénient de donner lieu à des hémorrhagies en nappe ; alors il faut cautériser les points saignants avec le thermocautère. En résumé, quel que soit le procédé opératoire employé pour la section de la fistule, il importe ultérieurement d'obtenir la modification ou la destruction de ces fongosités, si l'on veut échapper définitivement à la récidive, si fréquente dans ces cas.

M. DESPRÈS fait observer qu'il est très-rare de trouver ces fongosités dans la profondeur des fistules anales, sauf chez les tuberculeux. Même dans ces grandes fistules consécutives à des phlegmons ou à des abcès pelviens, on ne trouve pas de fongosités. C'est à ces fistules que M. Després applique précisément la méthode de Chassaignac. Jamais, dit-il, je n'y ai trouvé de fongosités ni de trajets multiples. Au reste, je ne m'occupe pas de ces diverticules, quand ils existent, m'en rapportant aux vieux préceptes des anciens maîtres, Desault et Boyer, qui ont démontré qu'il suffit de réunir par une opération les deux orifices, l'orifice externe et l'orifice interne, sans s'occuper des trajets accessoires, pour obtenir la guérison de ces fistules. Si l'orifice interne se trouve au-dessus du releveur de l'anus, on peut passer un gros fil qui, trois ou quatre jours après, sert de conducteur pour passer la chaîne de l'écraseur, le malade étant soumis au chloroforme.

M. Després cite plusieurs exemples où il s'est contenté, avec la sonde cannelée et le bistouri, de sectionner le trajet principal et, dans les cas où il existait des diverticules, il les a toujours vus se cicatriser d'eux-mêmes après la section du trajet principal. Il est donc inutile d'aller fouiller et porter le thermocautère, la curette ou les ciseaux, dans tous les coins et recoins de ces trajets secondaires. Jamais, sur les 220 à 240 fistules anales qu'il a opérées, M. Després n'a été obligé de débrider les culs-de-sac voisins de la fistule. Il s'élève donc contre la proposition émise à ce sujet par M. Terrier. L'emploi de la curette n'est pas nécessaire. On a toujours la ressource, pendant la cicatrisation, s'il y a quelques bourgeons qui la retardent, de recourir à la cautérisation avec le nitrate d'argent, le chlorure de zinc ou même le fer rouge.

En résumé, pour les petites fistules, rien ne vaut le bistouri et la sonde cannelée. Pour les grandes fistules, si l'écraseur de Chassaignac n'existait pas, il faudrait l'inventer.

M. BERGER trouve que M. Després est un chirurgien singulièrement heureux s'il a pu guérir 240 fistules avec une seule opération sans jamais s'occuper des diverticules, et s'il n'a jamais eu de récidive. Moins heureux que lui, M. Berger a été obligé de pratiquer plusieurs opérations chez le même individu et de toucher le fond des trajets avec le thermocautère ou de le détruire à l'aide de la curette et des ciseaux. Mais il y a des cas où les fistules non-seulement s'accompagnent de diverticules, non-seulement se compliquent de la présence des fongosités, mais encore se trouvent dans un tissu de callosités, sur une sorte de terrain éléphantiasique tel que ces fistules sont particulièrement rebelles et qu'on n'arrive à les guérir qu'à la condition de pratiquer l'extirpation de ce tissu de callosité comme on le ferait d'une tumeur, jusqu'à ce qu'on soit arrivé dans les tissus sains. En outre, quand il s'agit de malades tuberculeux ou seulement menacés de tuberculisation, tous les traitements locaux appliqués à la fistule n'arrivent à rien si l'on n'y joint le traitement général. C'est ainsi que sur un individu, indemne de tuberculisation pulmonaire, mais ayant dans sa famille des antécédents tuberculeux, quatre opérations sont restées sans résultat et il n'a pu guérir qu'à partir du moment où il a été soumis à un traitement par l'huile de foie de morue.

M. TRÉLAT partage l'opinion de M. Berger sur la pratique de M. Després. Les fistules qui résultent de phlegmons pelvi-rectaux sont des fistules d'origine purement inflammatoire, phlegmoneuses ; de larges et longues incisions suffisent dans ces cas ; il n'y a pas de fongosités, partant pas de gravité. Ce sont des accidents à marche aiguë qui se terminent par une guérison prompte et définitive. Il est une seconde catégorie de fistules profondes, rebelles, communes, plus ou moins liées à la tuberculose pulmonaire par des rapports encore incertains, dont le fond présente des fongosités ou des callosités. Les procédés de section employés pour ces fistules importent peu ; les uns sont hémostatiques, les autres ne le sont pas, voilà en quoi ils peuvent différer ; mais ce qui importe dans le traitement de ces fistules, c'est la modification de ces parties profondes, modification que, suivant les cas, on peut obtenir à l'aide de pommades, du nitrate d'argent, des caustiques, du fer rouge, de la curette ou des ciseaux, cela importe peu. Lorsque vous vous trouverez en présence d'un trajet fistuleux dont le fond sera constitué par des tissus impropres au travail cicatriciel, modifiez-les ou détruisez-les, vous obtiendrez une plaie ramenée au neuf qui se cicatrisera. Il faudra également des pansements soignés. Le bistouri et la sonde cannelée seuls ne suffiront pas et la pratique des vieux maîtres, si chère à M. Després, est insuffisante en pareil cas.

M. DUPLAY, revenant au point de départ de la discussion, à l'emploi de la ligature élastique dans le traitement des fistules

anales, admet deux classes de fistules, les unes simples, les autres complexes. Pour ces dernières, il partage entièrement l'avis de MM. Berger et Trélat. Quant aux fistules simples, à trajet unique, ne remontant pas très-haut, la ligature élastique constitue un très-bon procédé de section, amenant une guérison facile et ayant sur les autres procédés ce grand avantage de ne pas constituer une opération, de ne pas nécessiter l'emploi du chloroforme. M. Duplay a souvent, et l'un des premiers, employé ce procédé ; il déclare qu'il peut rendre de réels services, à condition qu'on se serve d'un fil fin et qu'on exerce une constriction modérée. Le passage de ce fil est facile, la douleur est médiocre, la section se fait lentement, la cicatrisation s'opère sans qu'il soit nécessaire de faire aucun pansement.

M. DESPRÈS proteste contre cette assertion de M. Trélat que les moyens de diérèse importent peu et que ce qui importe le plus c'est de modifier le fond du trajet. Il est un principe établi par les anciens maîtres et qui reste vrai : c'est qu'il suffit d'empêcher qu'il passe des gaz et des matières par le trajet fistuleux pour en obtenir la guérison ; or ce but est obtenu par la réunion des deux orifices de la fistule. Le bistouri suffit pour les fistules simples, l'écraseur pour les fistules complexes.

M. TERRIER. Un simple tube à drainage passé dans la fistule a suffi, dans plusieurs cas, pour opérer la section et guérir cette fistule. Cependant les gaz et les matières n'avaient jamais cessé de passer par ce trajet.

M. MARC SÉE proteste contre cette assertion de M. Desprès qu'il suffit de réunir les deux orifices de la fistule pour en obtenir la guérison. Il a constaté plusieurs fois qu'au-dessus de l'orifice interne il y avait un décollement de la muqueuse qu'il fallait aussi inciser. M. Sée s'applaudit de voir l'opinion qu'il a exprimée dans la dernière séance sur la ligature élastique confirmée par M. Duplay.

M. TRÉLAT fait observer à M. Desprès qu'une fistule stercorale guérit toute seule. Ce n'est donc pas le passage des matières dans les fistules anales qui les empêche de guérir. Tous nos collègues sont d'accord sur ce point qu'il ne suffit pas de réunir les deux orifices de la fistule, mais qu'il faut en modifier le fond.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. Il est impossible d'admettre que sur 240 opérations de fistules anales, M. Desprès n'a jamais eu de récidive. Tous les chirurgiens qui ont opéré des fistules avec le bistouri ont eu parfois des ennuis par le fait de l'hémorrhagie. Il y a donc avantage à se servir d'un procédé qui n'en donne pas. M. Verneuil préfère le thermocautère, mais il a l'inconvénient d'agrandir la plaie et de nécessiter l'emploi du chloroforme. La ligature élastique, à ces deux points de vue, semble donc préférable. M. Marc Sée adopte la ligature élastique, mais il exerce une forte constriction et détermine alors assez de douleur pour nécessiter l'emploi du chloroforme. M. Trélat dit que les grandes fistules complexes ne sont pas justiciables du procédé de la ligature élastique. Je m'en suis cependant servi avec avantage dans ces cas. Il est un fait important dont on n'a pas assez tenu compte dans l'emploi du fil élastique, c'est le fait de la cicatrisation qui s'opère derrière le fil. On a objecté la douleur ; elle est évitée en grande partie si l'on se sert d'un fil petit et peu serré. Le temps pendant lequel le fil séjourne n'a pas d'inconvénients. En résumé, l'emploi de la ligature élastique dans le traitement des fistules anales a, entre autres avantages, celui de permettre la suppression de l'émission sanguine et de l'emploi du chloroforme, double avantage très-important chez des tuberculeux.

M. DESPRÈS prie instamment ceux de ses collègues qui auraient rencontré des récidives chez ses opérés de les lui signaler.

M. HUMBERT présente une malade qu'il a opérée avec succès d'un kyste tendineux à grains riziformes du dos du poignet.

La séance est levée.

M. le docteur Péan reprendra, à l'hôpital Saint-Louis, ses leçons de clinique chirurgicale le samedi 21 octobre, à neuf heures, et les continuera les samedis suivants à la même heure.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la Maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 13476.

N° 120. — MARDI 17 OCTOBRE 1882. 55e ANNÉE. MARDI 17 OCTOBRE 1882. — N° 120.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

Paris, le 16 octobre 1882.

HYGIÈNE PUBLIQUE.

Désinfection des chambres des malades à la suite des affections contagieuses.

Nous empruntons au dernier numéro de la *Revue d'hygiène et de police sanitaire* les propositions formulées par M. le docteur E. Vallin, professeur au Val-de-Grâce, devant le congrès international d'hygiène de Genève, dans sa séance du 5 septembre, sur l'invitation du comité d'organisation; propositions qui nous ont paru emprunter aux circonstances actuelles et notament à l'épidémie régnante de fièvre typhoïde dont nous avons entretenu nos lecteurs dans le numéro dernier, un caractère tout particulier d'opportunité.

Pour répondre à la question proposée, qui comportait deux parties distinctes, traitées aussi distinctement dans son préambule : la question de fait, c'est-à-dire la manière de désinfecter; et la question de principe, en même temps préjudicielle, celle de la déclaration obligatoire des cas de maladie contagieuse, M. Vallin a soumis à l'assemblée, en manière de conclusion, les propositions suivantes, qui ont été adoptées, après discussion :

1. Dans toute localité, des règlements de police devraient assurer la désinfection de la chambre et des objets contaminés par une personne atteinte d'une des maladies suivantes : variole, scarlatine, rougeole, diphthérie, fièvre typhoïde, typhus pétéchial, choléra, infection puerpérale. Cette désinfection est particulièrement nécessaire dans les hôtelleries, les garnis, les maisons communes à un grand nombre de locataires.

2. Ces dispositions impliquent la déclaration obligatoire des cas de maladie contagieuse, la création d'agents d'exécution et de surveillance, et la sanction de pénalités en cas d'infraction aux arrêtés.

3. Les arrêtés doivent être accompagnés d'instructions destinées à être mises entre les mains de toute personne habitant une maison où est survenu un cas de maladie contagieuse, partout où il y a un danger de ce genre à éviter ou des mesures à prendre.

Les instructions pourraient contenir les recommandations suivantes, qui varient suivant que le malade habite encore sa chambre ou selon qu'il l'a quittée par guérison, mort ou éloignement.

A. *Mesures avant et pendant la maladie.*

4. La chambre destinée au malade doit être choisie isolée de l'appartement, sans communication avec d'autres chambres habitées. L'occlusion des issues, à l'aide de portières ou de rideaux imprégnés d'une solution désinfectante, ne peut rendre que des services restreints; l'évacuation des chambres voisines est une mesure préférable.

5. Avant l'arrivée du malade ou dès son arrivée, on doit éloigner de la chambre tous les objets d'une imprégnation facile, qui ne sont pas d'une absolue nécessité, afin de ne pas avoir à les désinfecter ou à les détruire plus tard (rideaux, portières, tapis, meubles couverts en étoffes et rembourrés, garde-robe du malade, etc.).

6. Il faut réduire au strict nécessaire le nombre des visiteurs et des garde-malades; ces derniers devraient toujours porter pardessus leurs vêtements une sorte de robe, houppelande ou sarrau en toile facile à laver, afin de protéger leurs vêtements de toute souillure profonde. Dans le cas où ils seraient forcés de quitter momentanément la chambre, ils devraient quitter ce vêtement et le suspendre à l'intérieur. Tout visiteur devrait s'astreindre à se laver les mains avec une solution de thymol à 2 pour 1,000 ou autre.

7. Le linge de corps et de literie sali par le malade, le linge de pansement, etc., doit être plongé immédiatement dans un bassin, laissé en permanence dans la salle ou ses dépendances, et contenant une solution désinfectante : le chlorure de zinc, à la dose de 10 grammes par litre, convient très-bien à cet effet; mais ce sel lui-même devrait être additionné de quelques grammes d'acide phénique impur, pour écarter tout danger d'empoisonnement. Après quelques heures d'immersion, le linge serait exprimé et envoyé directement à la lessive. Les objets de pansement (éponges, instruments , canules, etc.) doivent être désinfectés de la même façon.

8. Les déjections des malades doivent être reçues dans des vases contenant en permanence et par avance une certaine quantité de liquide désinfectant : solution de chlorure de zinc à 2 pour 100, de sulfate de fer, de chlorure de chaux, d'acide sulfurique ou chlorhydrique à 5 pour 100.

9. Il faut relever chaque jour les poussières qui recouvrent le sol, en y projetant avant le balayage du sablon humide; dans les cas de maladie à desquamation (variole, scarlatine), il est utile de laisser en permanence sur le plancher de la chambre une mince couche de sablon maintenu humide par un sel à la fois antiseptique et hygrométrique, comme le chlorure de zinc ou le chlorure de calcium pyroligneux.

Chaque jour, les produits du balayage seront brûlés dans un foyer allumé dans la chambre même du malade.

10. L'on doit éviter de battre et de secouer fréquemment les couvertures et les matelas du malade; il est préférable de renouveler la literie de temps en temps, et d'en soumettre les pièces à une épuration sérieuse. Les sacs remplis de balle d'avoine rendent dans ce cas de grands services; ils constituent un bon couchage, et il est facile de les détruire par le feu dès qu'ils sont souillés.

11. Il est avantageux d'entretenir en permanence dans la chambre des malades un feu vif et clair, pour renouveler l'air, empêcher la diffusion des miasmes au dehors, et purifier en partie l'air souillé de l'enceinte : une ventilation continue par une ventouse ou un carreau ouvert à la partie la plus élevée de la chambre concourra à l'assainissement et à la désinfection.

12. Dans certains cas, il sera utile de projeter sur les parois et dans l'atmosphère de la chambre un nuage d'une solution désinfectante pulvérisée (solution de thymol légèrement alcoolisée, à 2 pour 1000; d'acide phénique, à 1 pour 100, etc.).

13. Les murailles devraient, au moins deux fois par semaine, être essuyées avec une éponge ou un linge humecté de la même solution.

14. L'expérience n'a pas encore démontré suffisamment l'efficacité et l'innocuité du dégagement, dans la chambre occupée par le malade, du gaz oxygène, de l'ozone, de l'éther azoteux ou azotite d'éthyle, de l'acide sulfureux et de l'acide azoteux à doses faibles et continues. Toutefois ces moyens paraissent dès à présent capables de rendre des services au point de vue de la désinfection et de la destruction des miasmes.

15. En cas de décès, le cadavre doit être lavé avec une solution forte de chlorure de zinc (5 à 10 pour 100) et enveloppé dans un drap humecté avec le même liquide. Le corps sera recouvert de sciure de bois fortement phéniquée et le cercueil hermétiquement fermé devra rester dans la chambre où s'est terminée la maladie, jusqu'au moment de la levée du corps.

B. *Mesures à prendre quand la chambre est évacuée.*

16. Toute chambre qui a été occupée par un malade atteint d'une des affections énumérées ci-dessus doit être soumise à la désinfection.

17. Les fumigations constituent la méthode de désinfection la plus pratique et la plus efficace.

18. Le dégagement rapide de grandes quantités d'acide hypoazotique (tournure de cuivre 300 grammes, acide azotique 1,500 grammes, eau 2 litres, pour 50 mètres cubes) est un moyen très-puissant, mais dangereux pour les personnes et les objets; il ne peut être employé que dans les locaux complètement nus et en cas de souillure profonde.

19. Le dégagement lent et prolongé d'oxydes nitreux et d'acide azoteux proprement dit, à l'aide des cristaux des chambres de plomb (sulfate de nitrosyle), paraît avoir de grands avantages, mais une expérience plus longue est nécessaire pour donner la preuve de son efficacité et de son innocuité.

20. Dans l'état actuel, l'acide sulfureux est encore le moyen le plus pratique, le moins infidèle, le moins offensif pour le mobilier, le plus économique, pour obtenir la désinfection des appartements contaminés.

L'opération doit se faire en dégageant dans l'air très-humide de la chambre bien close le produit de la combustion de 30 (trente) grammes de soufre par mètre cube. L'opération est terminée au bout de 24 heures.

21. Après cette fumigation, les murailles, si elles sont nues, devront être grattées et blanchies à l'eau de chaux simple, sans addition de craie ni de colle; les peintures seront lavées à l'eau seconde; les papiers de tenture seront autant que possible arrachés et remplacés.

22. La plupart des étoffes de laine et de soie supportent sans altération appréciable les fumigations d'acide sulfureux faites à la dose susdite, qui porte le titre de la dilution de l'acide dans l'air à 1 volume pour 50.

23. Ces étoffes et tissus (rideaux, vêtements, tapis) doivent rester suspendus dans la chambre, de manière à rendre facile l'accès de l'acide sulfureux. Les matelas et les couvertures seront de la même façon étalés sur des tréteaux ou des sièges; les matelas seront autant que possible défaits, la laine et le crin seront largement ouverts et soulevés.

24. Les tissus teints de toile et de coton, certaines étoffes de soie et de laine mal teintes pourraient être altérés par l'acide sulfureux. Il est alors nécessaire de faire de ces objets des paquets peu serrés, de les envelopper d'une toile pour les emporter et de les soumettre à de l'air chauffé à + 110° C.

25. Des expériences nombreuses ont montré que cette température continuée pendant 2 heures, et surtout que la vapeur à + 100° C., n'altèrent pas les tissus et détruisent la presque totalité des germes morbides. Les spores seules résistent à la température de + 130° comme aussi à l'acide sulfureux très-concentré.

26. Il est désirable qu'on introduise dans tous les grands centres de population des étuves fixes ou des lazarets de désinfection, comme il en existe plusieurs spécimens à Londres, Berlin, Bruxelles, Paris. En attendant, l'on peut improviser presque partout des étuves épuratives, suivant le modèle ingénieux qui fonctionne à Marseille, et à l'aide duquel les agents viennent à domicile désinfecter tous les objets suspects.

27. Les matelas, qui sont très-souvent le réceptacle de contages dangereux, doivent être traités par la vapeur, soit à l'air chaud et sec à + 110°, avant d'être soumis au cardage banal et à l'épuration illusoire dont on se contente trop souvent.

28. Le contenu des paillasses doit être détruit par le feu, les enveloppes doivent être lessivées à l'eau bouillante.

29. Les vêtements sans valeur ou trop profondément souillés seront également détruits par le feu; mais il est presque toujours plus avantageux, plus économique et presque aussi sûr de les exposer à la vapeur ou à la chaleur.

30. Les agents devront s'assurer qu'aucun objet ou vêtement contaminé n'a été caché ou soustrait à la désinfection.

31. Des indemnités pourront être accordées aux personnes dont les vêtements ou d'autres objets auront dû être détruits en vue de la désinfection.

32. La chambre désinfectée devra être laissée inoccupée pendant huit jours au moins; les fenêtres en seront tenues ouvertes nuit et jour pendant ce temps.

33. Les latrines de l'appartement devront être désinfectées par la projection à travers le tuyau de chute d'une solution concentrée de sulfate de fer (5 kil. pour 50 kil. d'eau), ou mieux de 5 à 25 litres d'huile lourde de houille, pour une fosse de moyenne dimension.

Les cabinets des latrines, ainsi que les tables de nuit, seront désinfectés en y faisant brûler une certaine quantité de soufre.

34. Pour assurer la désinfection, il serait désirable qu'il y eût dans les postes de police des dépôts des désinfectants les plus nécessaires, lesquels pourraient être délivrés gratuitement aux indigents en cas d'urgence.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Verneuil.

Laryngite chronique, œdème de la glotte, laryngotomie.

Je vais pratiquer une opération importante, non pas par les difficultés qu'elle présente, mais parce qu'elle est, dans certains cas, une opération d'urgence qu'il faut connaître dans ses moindres détails, car il est des circonstances où vous pouvez être forcés de la pratiquer, que vous soyez médecin ou chirurgien. Je veux parler de la laryngotomie.

Il s'agit d'une femme de vingt-quatre ans, entrée, il y a trois jours, dans d'assez mauvaises conditions. Elle est pâle, chétive, blême, et ne mange pas. Ses père et mère sont morts tuberculeux. Elle est elle-même scrofuleuse. Elle a

eu sa première grossesse il y a cinq ans, elle est devenue enceinte pour la seconde fois, il y a trois ans, et c'est à cette époque qu'elle a contracté la syphilis, contamination d'autant plus fâcheuse que, venant s'enter sur la scrofule, elle faisait avec cette dernière une association des plus funestes.

Elle tousse depuis longtemps; la syphilis s'est manifestée de très-bonne heure dans les voies aériennes sous la forme d'accidents laryngés précoces, ce qui n'est pas la règle, par suite d'une tare organique préalable prédisposante. Grâce au traitement spécifique, les phénomènes morbides se sont alors amendés.

Mais une troisième grossesse est survenue et les manifestations laryngées se sont reproduites; cette femme est accouchée le 4 août dernier. Les enfants qu'elle eut à sa seconde et à sa troisième grossesse sont venus à terme, bien qu'en pareil cas la grossesse se termine souvent par une fausse couche, mais ils sont morts dans les premiers mois de la vie. Peu après sa délivrance les accidents laryngés ont encore une fois disparu.

Aujourd'hui elle est enceinte de sept mois, et ils se sont montrés de nouveau et cette fois avec une intensité telle que, depuis peu de jours, ils s'accompagnent d'accès de suffocation, de cornage, tirage épigastrique et aphonie.

Nous avons examiné cette malade au laryngoscope et nous avons constaté, en outre d'un œdème de la glotte, que le larynx était atteint de syphilis. Nous avons vu les replis aryténo-épiglottiques tuméfiés, gros comme le manche d'un porte-plume ordinaire, laissant seulement entre eux un espace de sept à huit millimètres, à travers lequel on aperçoit les cordes vocales tuméfiées également, rouges, boursouflées et presque immobiles, séparées seulement par un intervalle de 3 à 4 millimètres au plus. La muqueuse de l'orifice du larynx présente le même aspect.

Notre diagnostic a donc été : laryngite chronique syphilitique ou tuberculeuse avec épaississement et induration des cordes vocales et œdème de la glotte en voie de formation. Or nous savons que cet œdème peut, dans certains cas, augmenter tellement d'intensité en quelques heures, voire même en quelques minutes que l'individu succombe si l'on n'y porte immédiatement remède. Voilà pourquoi je vous parlais de la laryngotomie comme étant quelquefois une opération d'urgence.

Aussi faut-il, dès que le diagnostic de l'œdème est certain, pratiquer, sans plus attendre, l'ouverture des voies aériennes. Ici nous ne devons pas tarder beaucoup non plus, car il s'agit d'une affection chronique avec récidive à chaque grossesse et mettant, réellement cette fois, les jours de la malade en danger immédiat. Peut-on avoir recours tout d'abord au traitement spécifique, aux frictions, aux révulsions. Je ne le pense pas, la suffocation me paraît trop redoutable, et le tirage épigastrique est manifeste. Il faut donc procéder à la laryngotomie.

Peut-être me direz-vous que sa grossesse peut être une contre-indication? La grossesse est un état particulier qui n'est pas aussi physiologique qu'on veut bien le dire; c'est un état constitutionnel dans lequel les lésions traumatiques sont toujours plus ou moins mal supportées, voire même quelquefois une simple ouverture d'abcès que l'on a vue parfois se terminer par la mort, soit que la plaie s'enflamme, que la température s'élève, qu'il y ait fausse couche et péritonite infectieuse, soit qu'un simple traumatisme détermine d'emblée l'avortement.

Il faut donc toujours y regarder à deux fois avant d'opérer une femme enceinte. Vous avez aussi d'autres accidents à redouter en pareils cas : c'est une hémorrhagie par la plaie, car nous savons qu'une simple perte de sang peut suffire par elle-même à déterminer une fausse couche et tout le cortège d'accidents consécutifs possibles.

Je me rappelle toujours le fait d'une jeune femme, enceinte de huit mois, le col turgide par un embonpoint naturel et aussi par l'hypertrophie du corps thyroïde qu'il fallut opérer pour une angine sérieuse. Je pratiquai la trachéotomie assisté de deux de mes collègues; nous fûmes littéralement inondés de sang, malgré la brièveté de l'opération; je n'exagère pas, cette femme perdit de 7 à 800 grammes de sang. Le soir même, elle faisait une fausse couche. Le lendemain des phénomènes infectieux se déclarèrent et le surlendemain elle était morte, non pas directement par la gorge, mais bien par les accidents puerpéraux infectieux.

Mais, si la grossesse est ainsi une contre-indication, cependant dans certains cas comme aujourd'hui par exemple, elle est au contraire une indication à plusieurs points de vue.

Cette femme est enceinte de sept mois; mais comment accouchera-t-elle? Comment pourra-t-elle se livrer aux efforts d'expulsion nécessaires avec un larynx malade comme le sien? Ne pourra-t-elle pas suffoquer pendant les douleurs? Aussi, pour prévenir semblables accidents, ne vaut-il pas mieux ouvrir dès maintenant les voies aériennes?

J'ajouterai encore ceci : d'après la théorie de l'effort telle que les physiologistes l'ont comprise depuis cinquante ans, on dit que la glotte se ferme quand on fait un effort, que l'air reste dans les voies aériennes, qu'il soutient le poumon et que les muscles thoraciques prennent leur point d'appui pour ainsi dire sur cette concentration de l'air, tandis que, la trachée ouverte, l'effort est impossible. Nous objecterons à cette théorie l'exemple pris sur les chevaux auxquels on a mis une canule dans la trachée et qui n'en tirent pas moins vigoureusement la charrette à laquelle ils sont attelés. N'avez-vous pas vu tous les jours des acrobates soulevant des poids énormes pendant plus d'une minute sans que la glotte soit fermée, mais respirant très-bien au contraire. Cette raison ne saurait donc pas être une contre-indication à l'opération.

Je vais donc faire la laryngotomie : 1° parce que cette femme est menacée d'une suffocation mortelle; 2° parce que je redoute la mort subite pendant l'accouchement; 3° parce que, en raison de l'état actuel des poumons déjà malades, je craindrais qu'en attendant il ne se fît de ce côté quelque travail morbide grave. En effet, si cette femme continue à rester longtemps sans respirer convenablement, elle est exposée à des congestions pulmonaires, à quelque pneumonie voisine de ses foyers tuberculeux. Je sais bien que la trachéotomie facilite quelquefois les bronchites, qu'elle peut parfois être suivie de pneumonie, mais, en tous cas, le danger est bien moindre.

En résumé, les indications et les contre-indications d'une opération changent aussi avec les modifications incessantes qui sont introduites dans la technique opératoire par les progrès de chaque jour. En effet, la trachéotomie peut se faire sans la moindre difficulté, sans dégât, sans hémorrhagie, quelquefois même sans donner lieu à l'écoulement d'aucune goutte de sang, grâce aux recherches de deux chirurgiens parmi lesquels je vous demande la permission de me compter.

Il y a dix ans que, pour la première fois, — c'est pour-

quoi je parle de moi en premier, — j'ai employé le galvanocautère pour faire une trachéotomie exsangue. Ce procédé, adopté par les uns, a été rejeté par les autres, tandis que quelques-uns lui restaient absolument indifférents et ne s'en sont pas occupés.

Dans vingt ans, bien certainement, on ne fera pas autrement la trachéotomie.

Le second chirurgien, dont je veux parler est M. Krishaber, qui a eu l'idée de réhabiliter certain procédé opératoire en faisant porter l'incision sur la membrane crico-thyroïdienne, démontrant que sa largeur était généralement suffisante pour le passage d'une petite canule et non d'une grosse qui n'est réellement pas nécessaire dans la plupart des cas. L'incision faite en ce point est très-avantageuse, car on opère sous les yeux, très-facilement sans rencontrer d'organes essentiels, sans crainte d'hémorrhagie la plupart du temps, et sans qu'il soit nécessaire d'opérer précipitamment. La laryngotomie est ainsi rendue très-simple, très-facile et très-innocente.

C'est donc ainsi que je vais opérer, tout en ayant soin de prévoir tout ce qui pourrait survenir comme complication.

C'est ainsi qu'il faut prévoir l'étroitesse exceptionnelle de la membrane crico-thyroïdienne par rétraction et songer alors qu'on devra inciser un peu le cartilage cricoïde pour agrandir l'ouverture, comme l'on inciserait le premier anneau de la trachée. Mais cette opération n'est praticable qu'avec un instrument spécial, la canule conductrice de M. Krishaber qui dispense de sonde et de pinces dilatatrices, en raison de sa forme en carène. L'opération est encore possible sans cette canule, mais elle est moins facile à pratiquer.

Je vais aussi anesthésier la malade, bien que ceci soit assez controversé; mais, loin de voir suffoquer le malade sous l'action du chloroforme, je vois ordinairement, en pareils cas, la respiration devenir plus facile et le spasme de la glotte cesser. Cependant, s'il y avait quelque difficulté de la respiration, je suspendrais immédiatement toute chloroformisation.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 octobre 1882. — Présidence de M. Millard.

COMMUNICATIONS

Un cas de ladrerie. — M. **RATHERY**, à l'occasion du fait communiqué dans l'une des dernières séances par M. Troisier, rapporte l'observation d'un malade qu'il a eu à traiter à l'hôpital Tenon. Cet homme est entré à l'hôpital en février pour une affection du cœur. En explorant la région précordiale, M. Rathery fut frappé par la présence d'une petite tumeur dure rappelant exactement celles qu'il avait constatées il y a deux ans chez un malade atteint de ladrerie. Il trouva, sur les autres parties du corps, quinze à dix-sept petits kystes semblables. Plusieurs de ces kystes furent ouverts et contenaient des cysticerques.

Il y a à relever, dans cette observation, les particularités suivantes :

Le petit nombre de kystes ; leur siège, comme dans le cas précédemment observé par M. Rathery, dans la partie sus-diaphragmatique du corps ; l'absence de vésicule sublinguale ; l'absence de troubles généraux et locaux, de troubles fonctionnels, le malade lui-même ne s'étant pas aperçu de la présence de ces petites tumeurs révélée à M. Rathery tout à fait par hasard ; enfin la disparition spontanée, complète des accidents, sans l'intervention d'aucun traitement. Il est à remarquer combien, d'après les observations publiées, le pronostic de la ladrerie est bénin chez l'homme tandis qu'il est presque constamment fatal chez le porc. Ce malade était atteint d'une affection cardiaque ; M. Davaine a signalé, dans plusieurs cas, la présence de kystes dans les fibres charnues du cœur. Faut-il, dans ce cas-ci, attribuer les troubles cardiaques à quelque chose d'analogue ? L'autopsie seule pourrait le démontrer.

M. **SEVESTRE**, qui a succédé à M. Rathery dans le service de l'hôpital Tenon, où se trouvait ce malade, complète l'observation en apprenant sa mort et en donnant les résultats de l'autopsie. Deux mois auparavant, ce malade a été pris subitement d'hématurie qui a persisté jusqu'au 22 septembre, jour de sa mort. L'autopsie a démontré que tous les kystes constatés par M. Rathery siégeaient dans les muscles. Il n'y en avait pas dans le cœur où l'on put constater l'existence d'un athérome de la valvule mitrale se prolongeant jusque dans l'aorte. Il n'y avait de kystes dans aucun des viscères. Dans l'intestin grêle, environ à 75 centimètres au-dessus de la valvule iléo-cœcale, on trouva un tænia dont la tête était à crochets.

M. **LE PRÉSIDENT** annonce la mort de MM. Woillez et Hillairet; il invite M. le secrétaire général à donner lecture des discours qu'il a prononcés sur leurs tombes, au nom de la Société. Cette lecture est accueillie par de nombreuses marques d'approbation.

L'Assistance publique et la fièvre typhoïde. — M. **MARTINEAU.** Une commission d'hygiène hospitalière, composée de trois membres de la Société, a été instituée auprès de l'administration de l'Assistance publique. M. Martineau profite de la présence de l'un de ces membres, M. Besnier, pour lui soumettre le fait suivant : L'Administration fait installer, dans les jardins de l'hôpital de Lourcine, des baraquements destinés à recevoir soixante malades. En présence de l'épidémie actuelle de fièvres typhoïdes, il y a tout lieu de penser que ces malades seront des typhoïdiques. Or n'y a-t-il pas inconvénient, danger même, à créer ainsi dans un hôpital spécial un foyer épidémique au milieu d'une population de jeunes femmes de quinze à trente-cinq ans ? La commission d'hygiène hospitalière a-t-elle eu à se prononcer sur ce fait ?

M. **BESNIER** répond que la commission dont il s'agit, ne jouissant d'ailleurs d'aucune initiative, n'ayant que voix consultative, n'a été en aucune façon saisie de ce fait. Est-il convenable d'introduire brusquement, dans un hôpital spécialement destiné à un certain genre d'affections, spécialement organisé comme personnel et comme matériel dans ce but, un grand nombre de malades quelconques ? Non, cela n'est pas convenable. Si ces malades doivent être des typhoïdiques, cela devient alors une mauvaise action contre laquelle je protesterais énergiquement si j'étais médecin de cet hôpital.

M. **MARTINEAU** fait observer que ses collègues de Lourcine et lui n'ont même pas été consultés. Il demande que la Société tout entière appuie sa protestation ainsi que celle de M. Besnier.

M. **BUCQUOY** reçoit à Cochin tous les cas de fièvres typhoïdes qui se développent à Lourcine et à l'hôpital du Midi. Il y a déjà bien longtemps qu'il a fait observer à ses internes que les typhoïdiques les plus gravement atteints de son service étaient toujours ceux qui venaient de ces hôpitaux. Cela donne une idée de l'influence qu'exercerait, dans ces hôpitaux, la présence d'un foyer épidémique. M. Bucquoy ajoute donc sa protestation à celles de MM. Martineau et Besnier.

M. **GOUGUENHEIM** déclare que si l'Administration persiste dans son projet, il est décidé à porter le fait à la connaissance des malades de son service à Lourcine.

M. **LABBÉ** fait observer que la Société tout entière ne peut pas s'associer à ces protestations, si légitimes qu'elles soient, sans être mieux éclairée sur les faits et les projets de l'Administration.

MM. **EMPIS** et **BESNIER** demandent le comité secret.

Sur la proposition de M. le Président et de plusieurs membres, la question générale de l'épidémie actuelle de fièvres typhoïdes est mise à l'ordre du jour de la prochaine séance.

Érythème scarlatiniforme dans le cours d'un rhumatisme. — **M. HALLOPEAU** lit une note sur un cas d'érythème scarlatiniforme survenu dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu.

Il s'agit d'un homme de cinquante-sept ans, entré le 24 février 1882 à Saint-Antoine, pour des douleurs violentes qu'il éprouve depuis quelques jours dans le poignet droit et la main droite. Cet homme, dont les antécédents héréditaires sont sans importance, qui n'a eu lui-même ni scrofule ni syphilis, a été atteint, il y a quatre ans, d'un rhumatisme articulaire aigu qui dura trois semaines. Dans les derniers jours de cette affection, tout son corps devint rouge, luisant, fut le siège de vives cuissons, puis une desquamation extrêmement abondante commença et dura une quinzaine de jours. Ces accidents s'amendèrent et ce malade guérit de son rhumatisme et de son affection cutanée. Depuis cette époque, il s'est bien porté. Depuis quatre jours, il éprouve de vives douleurs dans le poignet droit, douleurs d'abord intermittentes, devenues ensuite continues et s'accompagnant de gonflement et de rougeur du poignet et de la main droite. Le coude devint également douloureux. Les phénomènes généraux sont peu marqués. Le cœur, les vaisseaux, l'appareil respiratoire, sont indemnes. La température rectale est de 38,9. Diagnostic : rhumatisme articulaire aigu. Traitement : enveloppement ouaté, 6 grammes de salicylate de soude. Le lendemain, notable amélioration. Les jours suivants, la douleur et le gonflement disparaissent. Le 1er mars, le coude, l'épaule et le poignet du côté gauche sont pris à leur tour. Réaction générale assez vive ; température, 39° ; même traitement. Le quatrième jour, les accidents commencent à disparaître, le malade paraît en voie de guérison. En somme, deux poussées de rhumatisme articulaire subaigu ; le malade est en convalescence quand déjà, le 3 mars, on remarque sur le front une légère desquamation ; les écailles sont minces, peu adhérentes, blanches, de la largeur d'une pièce de quatre sous. Le 8, malaise, léger frisson, état saburral ; il n'y a pas d'angine. La température monte brusquement à 39,6. Le lendemain, toute la surface du corps est d'une teinte rouge vif, semblable à celle de la scarlatine.

Aucune trace de vésicules. Au niveau de l'éminence thénar et du pli de flexion du poignet, on trouve de très-petites élevures. Tout le corps est le siège d'une sensation de chaleur intense et d'une cuisson très-vive. Symptômes généraux peu accentués. Les jours suivants, la teinte rouge diminue, mais la peau est d'une grande sécheresse. La température redevient normale. Le 12, nouvelle poussée exactement semblable à la première. Le 25, la peau a repris à peu près sa teinte normale et c'est alors que commence la desquamation. Elle se fait par petites plaques sur la face, avec plaques beaucoup plus grosses sur le corps où elle débute sur les membres au niveau des plis de flexion. Elle forme une véritable carapace blanchâtre, feuilletée, dont les écailles s'emboîtent et s'imbriquent de façon à couvrir toute la peau. Cette desquamation, assez peu abondante dans les premiers jours, devient ensuite extrêmement considérable. Le second jour, un léger suintement se manifeste aux jarrets et aux poignets. Le 18, sans cause appréciable, le malade est pris de courbature, de céphalalgie, d'inappétence. La température monte à 38,7. Cet état persiste les jours suivants ; la température oscille entre 38,5 et 39,5. Un peu de congestion pulmonaire et d'albuminurie. Le 23, la dyspnée, la congestion pulmonaire et l'albuminurie s'aggravent. Antipyrétiques, salicylate de soude, ventouses sèches. L'état va s'aggravant, se complique d'insomnie, de diarrhée ; la température monte à 40°. On reconnaît l'existence d'une péricardite. Le malade ne tarde pas à succomber.

L'autopsie confirme le diagnostic : les deux feuillets du péricarde sont adhérents dans toute leur étendue, la symphyse cardiaque est complète. Le cœur est hypertrophié, mais sans lésions valvulaires ; le foie est volumineux, le poumon droit est le siège d'une congestion très-accentuée. Le lobe inférieur du poumon gauche est le siège d'une hépatisation rouge.

La peau a été examinée au microscope : la seule altération est l'hypertrophie considérable de la couche cornée.

M. Hallopeau fait remarquer que, dans ce cas, la relation de l'éruption avec le rhumatisme ne saurait faire l'objet d'un doute.

M. BESNIER fait remarquer que cette observation est d'autant plus intéressante que des observations du même genre sont très-rares. A l'hôpital Saint-Louis, on n'en voit pas d'exemples, parce que ces malades, primitivement atteints de rhumatisme, vont dans les autres hôpitaux. Sans doute la relation entre le rhumatisme et cet érythème est hors de doute ; mais de quelle forme de rhumatisme s'agit-il dans ces cas, quelle est exactement cette relation, ce sont là autant de questions encore entourées de bien des obscurités. On voit, à Saint-Louis, des malades atteints de cette dermatite exfoliatrice, sans rhumatisme. Chez d'autres, on observe tantôt l'éruption, tantôt le rhumatisme. Dans le cas de M. Hallopeau, les deux ayant existé simultanément, on ne peut, comme dans les cas où ils alternent, admettre que l'un remplace l'autre. C'est là une question encore à l'étude et que des faits aussi bien observés que celui de M. Hallopeau pourront seuls éclairer.

Anévrysme de l'aorte. — **M. DU CAZAL** présente des pièces provenant d'un anévrysme de l'aorte. Bien que cet anévrysme présente le volume d'une tête de fœtus à terme, le malade, âgé de quarante-deux ans, n'a ressenti des douleurs qu'un mois avant sa mort. Il est mort, non par rupture, mais dans une crise d'asphyxie qui avait été précédée de cinq accès de suffocation apparaissant et disparaissant subitement. M. Du Cazal attribue ces crises à la compression du nerf laryngé supérieur.

Ce malade a été traité par l'iodure de potassium et l'on trouve, dans l'anévrysme, de nombreux caillots pesant jusqu'à 300 grammes.

La séance est levée.

PERCEPTION DES DROITS UNIVERSITAIRES.

Nous avons publié dans les numéros du 15 et du 29 août dernier le décret et l'arrêté relatifs aux modifications introduites dans la perception des droits universitaires.

Décret et arrêté viennent d'être affichés sur les murs de la Faculté de médecine ; ils sont suivis de la mention suivante :

« Les bureaux de M. le receveur des droits universitaires sont établis à Paris, rue Saint-Jacques, n° 55, à proximité du boulevard Saint-Germain. Les bulletins de versement dont il est fait mention en tête de l'arrêté ministériel doivent être présentés à la recette des droits universitaires, autant que possible, le jour même où ils sont délivrés. »

Nous appelons en outre l'attention des intéressés sur les documents qui suivent :

— *Instruction ministérielle relative au remboursement des consignations non employées dans les Facultés et établissements d'enseignement supérieur de Paris.* — Monsieur le Vice-Recteur, j'ai l'honneur de vous adresser, pour être déposés au secrétariat de chacune des Facultés et de l'École supérieure de pharmacie de Paris, sept exemplaires d'une circulaire adressée par M. le Ministre des finances aux trésoriers généraux concernant les formalités à remplir pour le remboursement des consignations.

J'appelle particulièrement l'attention de MM. les secrétaires sur les indications que contient cette circulaire pour la rédaction des ordres de remboursement dont la responsabilité leur incombe.

Il leur appartiendra de faire en sorte que, pour les candidats non résidant à Paris, les ordres de remboursement soient visés le jour même de l'échec par M. le receveur central, afin que ces jeunes gens ne soient pas obligés de prolonger leur séjour. En cas d'impossibilité ou de négligence du candidat, M. le secrétaire fera parvenir, dès le lendemain, l'ordre de remboursement à l'ayant droit par l'intermédiaire du maire de la localité ou de l'arrondissement ; cet envoi pourra s'effectuer sous le couvert de mon administration, dans des enveloppes préparées par M. le secrétaire, sans

autre indication que *Monsieur le Maire de....* (*département de....*) et qui seront déposées par ses soins au ministère.

« Mon collègue, en me transmettant sa circulaire, ajoute : « En ce qui concerne les rapports du receveur central avec les secrétaires des Facultés, il ne saurait y avoir de doute à cet égard. Aux termes du décret du 25 juillet, les secrétaires sont des agents purement administratifs relevant exclusivement de votre département. Les seules relations que la recette centrale peut avoir avec les secrétaires consistent donc uniquement dans la production des documents énumérés dans le décret précité, » auxquels il y a lieu d'ajouter les deux états prescrits par l'instruction du 20 septembre dernier sous les numéros 3 et 4.

Les communications de pièces et dossiers autorisées par la dépêche de mon prédécesseur en date du 24 avril 1882 sont par conséquent supprimées.

P. S. — MM. les secrétaires ne perdront pas de vue que, pour les bulletins de versement délivrés par eux, en exécution de l'article 1er de l'arrêté du 25 juillet, la série des numéros doit être suivie sans interruption et par conséquent sur un registre unique par année scolaire.

Circulaire du Ministère des finances en date du 29 septembre, jointe à l'instruction ci-dessus. — « Monsieur, ainsi qu'il est expliqué dans ma circulaire du 7 septembre courant, « les familles des étudiants qui suivent les « cours des établissements d'enseignement supérieur de Paris ont la faculté d'effectuer aux caisses des trésoriers-payeurs généraux et des receveurs particuliers le versement de tous les produits à recouvrer par le receveur des droits universitaires. » Il importe également que les receveurs des finances prêtent leur concours pour le *remboursement des consignations*, afin que les familles des étudiants qui habitent les départements puissent toucher, sans frais ni déplacement, les sommes qui leur sont restituées. Ce point de service est réglementé comme suit :

1° Aux termes de l'article 8 de l'arrêté ministériel du 25 juillet 1882, « le remboursement des consignations aura lieu à la caisse du receveur des droits universitaires, sur la production, par l'ayant droit : 1° de la quittance à souche ou du récépissé à talon justificatif de son versement; 2° d'un *ordre de remboursement* délivré par le secrétaire de la Faculté ou de l'école et énonçant les motifs de la restitution des droits consignés. »

Les receveurs des finances appelés à effectuer des remboursements de consignation pour le compte du receveur des droits universitaires devront dès lors exiger la production des deux pièces ci-dessus.

2° Les ordres de remboursement devront toujours être délivrés par le secrétaire au nom du véritable *ayant droit* ou *créancier réel*, c'est-à-dire au nom :

De l'*étudiant*, si c'est lui qui a consigné les droits à rembourser, mais à la condition qu'il soit *majeur* et apte à souscrire une quittance valable;

Du *représentant légal* de l'étudiant, si la consignation a été faite par un *mineur;*

De la *partie versante*, si les fonds ont été versés par une personne autre que l'étudiant, soit majeur, soit mineur.

3° Lorsque l'ayant droit n'habitera pas Paris, l'ordre de remboursement devra être présenté par le secrétaire de la Faculté ou de l'école à la recette centrale de la Seine, qui y apposera une mention ainsi conçue : *Vu bon à payer pour le compte du receveur des droits universitaires de Paris, par le trésorier général du département d* (ou) *par le receveur particulier de l'arrondissement d*

De leur côté, les receveurs des finances pourront faire acquitter les ordres de remboursement par les percepteurs, lorsque les ayants droit en exprimeront le désir.

4° Chaque dizaine, les ordres de remboursement acquittés dans les départements seront adressés par les trésoriers-payeurs généraux au receveur central de la Seine, avec un bordereau détaillé, et ce comptable en couvrira ses collègues en son mandat sur le Trésor.

J'invite les comptables à assurer l'exécution ponctuelle des dispositions ci-dessus. »

— *Instruction ministérielle concernant la perception des droits de travaux pratiques dans les Écoles supérieures de pharmacie.* — Monsieur le vice-recteur, des difficultés se sont élevées l'année dernière à l'École supérieure de pharmacie de Paris par suite des indications erronées qu'avaient reçues les élèves sur l'application des décrets des 14 juillet 1875, 12 juillet 1878 et 14 octobre 1879, en ce qui concerne les droits de travaux pratiques.

L'ouverture de l'année scolaire 1882-1883 coïncidant avec un nouveau mode de perception, il importe que les élèves connaissent exactement, dès la rentrée, les dispositions des décrets ci-dessus rappelés.

Les aspirants au titre de pharmacien de première ou de deuxième classe sont astreints, les uns comme les autres, à une scolarité de trois années pendant lesquelles ils sont tenus de suivre les travaux pratiques; les droits afférents à ces exercices obligatoires sont perçus, par quart, en même temps que le droit de bibliothèque afférent à chacune des inscriptions.

Lorsque, par suite d'échec à un examen, la scolarité est interrompue, la suspension des inscriptions entraîne en même temps celle des travaux pratiques se rapportant à l'année d'études, travaux qui deviendraient sans intérêt pour le candidat puisqu'ils ont pour but de préparer à des examens qu'il ne subira qu'à une époque éloignée.

Toutefois mon administration s'est préoccupée de la situation des jeunes gens qui se trouvent ainsi attardés dans leurs études, et elle a cherché les moyens de leur assurer, tout en se conformant aux prescriptions des décrets, les plus grandes facilités pour une nouvelle préparation aux épreuves qu'ils ont subies une première fois sans succès. La circulaire du 8 décembre 1879, concertée avec le ministre des finances, les admet à jouir des avantages offerts par l'article 2 du décret du 14 octobre 1879, en prenant part à telle ou telle série d'exercices pratiques moyennant le payement d'un droit fixe de 40 francs par année scolaire.

Rien ne s'oppose à ce que la mesure s'étende aux élèves qui auront échoué à l'examen de validation de stage et qui, en fait, sont des élèves en cours d'études. Il est entendu toutefois que, comme l'a stipulé la circulaire précitée, les élèves qui bénéficieront de cette faveur n'en seront pas moins astreints, lorsqu'ils reprendront le cours régulier de leurs études, à suivre dans les conditions réglementaires les travaux et exercices obligatoires correspondant à leurs nouvelles inscriptions. Ces dispositions qui sont appliquées depuis le 1er novembre 1879 à la Faculté de médecine de Paris et dans les facultés et écoles supérieures de pharmacie des départements ont produit les résultats les plus satisfaisants.

Je vous prie d'inviter M. le directeur de l'École supérieure de pharmacie à prendre des mesures pour que les élèves soient renseignés d'une manière très-précise sur ce point, et de rappeler à M. le secrétaire, qui est spécialement chargé de l'assiette des rétributions, que, dans ses bulletins de versement et dans les états trimestriels de droits acquis, il doit y avoir une concordance absolue entre les droits de bibliothèque et de travaux pratiques obligatoires et le nombre des inscriptions. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 6 octobre 1882, M. Bachon (Alexandre-Pierre-Paul), médecin principal de 2e classe de l'armée active, retraité, a été nommé au même grade dans le cadre des officiers de l'armée territoriale.

— Par décret en date du 13 octobre 1882, M. Lafforgue (Dominique), médecin-major de 1re classe de l'armée active, retraité, a été nommé au même grade dans le cadre des officiers de l'armée territoriale.

— *Liste des candidats admis à l'emploi d'élève du service de santé militaire et à l'emploi de stagiaire.* — Médecine. — *A l'emploi d'élève du service de santé : Candidats à huit inscriptions.* — 1. Aubin, Chevalier, Guillabert, Munschina, Dalphin, Romakers, Rioblan, Cherpittel, Simon, Herr.

11. Marlier, Guibal, Fargin, Lauradour, Darbouet, Alvernhe, Foubert, Douillet, Gury, Leroy.

21. Galland, Delahousse, Pelegry, Forestier, Nabona, Colle, Farrat, Chapard, Rocheblave, Lalitte.

31. Villiers, Delarocheaulion, Albert, Feuillade, Doublet, Bourdin, Thirion, Bourgeois, Pettier, Augry.

41. Vaisse, Bourlhoumieu, Martin, Adriet, Valanciau, Monphous, Lairac, Rouffignac, Descubes.

Candidats à douze inscriptions. — 1. Loison, Casaubon, Ramey, Brault, Carton, Gauthier, Quéhéry, Lejour, Barreau, Camentron.

11. Eymeri, Marignac, Drély, Pruvost, Bourdin.

Candidats à seize inscriptions. — 1. Patenostre, Murie, Girardeau, Roquancourt, Ballard, Dupard, Bosset, Folliasson, Pineau.

A l'emploi de médecin stagiaire. — 1. Salebert, Genty, Bonnery, Ricoux, Tisserant, Gaube, Bernardy, Pesme, Amiet, Mazeillé.

11. Faveret, Talayrach, Martin, Valissant, Krantz, Géhin, Guérin, Joire, Martin, Péradon.

21. Watier, Treillet, Belliard, d'Audibert-Caille-du-Bourguet, Maguin, Bernheim, Bonjean.

Pharmacie. — *A l'emploi d'élève du service de santé militaire : Candidats sans inscriptions.* — 1. Fleury, Cuminet, Charaux, Licardy, Bodard, Thubert, Lafrogne, Tardieu.

Candidat à quatre inscriptions. — Bonafous.

Candidat à huit inscriptions. — Fourmont.

A l'emploi de pharmacien stagiaire. — Cabanel, Schutz, Darrigau, Bissérié.

Les élèves du service de santé devront être rendus le 10 novembre à l'hôpital militaire qui leur sera ultérieurement assigné, et les stagiaires se présenteront, à la même date, à M. le médecin-inspecteur, directeur de l'école du Val-de-Grâce.

— Nous avons la douleur d'apprendre la mort de M. le docteur Casimir-Joseph Davaine, membre de l'Académie de médecine et de la Société de biologie, le savant auteur du *Traité des entozoaires et des maladies vermineuses de l'homme et des animaux domestiques*, et des belles recherches sur le charbon et sur les bactéridies charbonneuses, l'une des plus importantes découvertes de la pathologie moderne, à laquelle son nom restera attaché.

M. Davaine a succombé, dans sa soixante et onzième année, dans sa propriété de Garches (Seine-et-Oise). Ses obsèques auront lieu aujourd'hui mardi 17, à midi, au temple de l'Oratoire du Louvre.

On se réunira à son domicile, 3, rue Laffitte.

— Nous apprenons aussi la mort de M. le docteur Soye, député de l'Aisne, qui vient de succomber à Laon des suites d'un accident de voiture, à l'âge de cinquante-huit ans.

— M. Péan, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, reprendra ses leçons de clinique chirurgicale samedi 28 octobre (et non samedi 21), à neuf heures, et les continuera les samedis suivants à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 13502.

N° 121. — JEUDI 19 OCTOBRE 1882. 55e ANNÉE. JEUDI 19 OCTOBRE 1882. — N° 121.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

En 1879, presque en même temps, M. Potain dans une leçon clinique faite en octobre à l'hôpital Necker, M. Verneuil dans une note publiée en novembre dans la *Gazette hebdomadaire*, signalaient une lésion restée jusque-là ignorée ou du moins inédite, l'existence d'une forme particulière d'œdème ou de peloton adipeux, pseudo-lipome qu'ils rattachaient l'un et l'autre à la diathèse rhumatismale.

« La manifestation rhumatismale, disait M. Potain dans sa leçon, peut se localiser dans le tissu cellulaire, donnant lieu à des fluxions, à de l'œdème, à de l'érythème noueux. Chez certaines femmes même, atteintes de rhumatisme chronique ou d'origine héréditaire, cette fluxion se produit au niveau du creux sus-claviculaire..... »

La note que M. Verneuil publiait quelques semaines après, était consacrée à la description de la même lésion, à laquelle il donnait le nom de pseudo-lipome sus-claviculaire. Dans un préambule sous forme de lettre à M. Potain, M. Verneuil faisait appel à son collègue, attendant de lui des faits nouveaux sur ce sujet, et son opinion sur la nature anatomique de cette singulière lésion. C'est en réponse à cet appel que M. Potain est venu lire hier à l'Académie un mémoire sur l'œdème rhumatismal et le pseudo-lipome sus-claviculaire.

Comme M. Verneuil, M. Potain a constaté un assez grand nombre de fois chez des sujets rhumatisants l'existence de cet œdème particulier de la région sus-claviculaire. Mais en étendant le champ de son observation, en comparant l'affection dont il s'agit à tout ce qu'il a pu rencontrer d'analogue, en tenant compte de toutes les variétés, de toutes les localisations diverses qu'il lui a été donné de faire, il en est arrivé à reconnaître que le pseudo-lipome que M. Verneuil et lui avaient étudié d'abord comme une manifestation à part de la diathèse rhumatismale, n'est en réalité qu'un cas spécial et une localisation particulière d'une forme chronique de l'œdème rhumatismal qui avait échappé jusqu'ici à l'attention des observateurs. C'est l'étude, dans son ensemble, de cette forme spéciale d'œdème à laquelle il a donné le nom d'œdème rhumatismal, qui fait plus spécialement le sujet de ce mémoire. On en trouvera une analyse dans le compte rendu de la séance.

On trouvera aussi dans ce compte rendu la première partie d'une dissertation de M. Guéniot sur la question de l'allaitement artificiel, que le temps ne lui a pas permis de terminer.

HOPITAL DE LA CLINIQUE. — M. DEPAUL.

Lordose, luxation coxo-fémorale, tumeurs du bassin, obstacles à l'accouchement.

La lordose est la convexité de la partie antérieure de la colonne vertébrale ; elle présente deux variétés : l'une dans laquelle il y a glissement de la dernière vertèbre lombaire en avant, de telle sorte que celle-ci surplombant la cavité pelvienne (je ne parle ici que des déformations du rachis qui peuvent avoir quelque influence sur l'accouchement), l'accouchement est rendu très-difficile. Cette déformation est le résultat d'un mal de Pott qui a atteint surtout la masse apophysaire, d'une carie ou d'une affection tuberculeuse qui l'ont détruite, respectant seulement le corps de la vertèbre. Dans ces conditions, les arcs vertébraux faisant défaut, le poids du corps fait glisser la vertèbre en avant du sacrum de façon que celle-ci fasse saillie en avant du détroit supérieur. Depuis vingt ans je cherche pour mes collections un bassin de ce genre sans pouvoir le trouver ; c'est assez vous dire, par suite, combien cette déformation doit être rare.

Dans la seconde variété c'est surtout le corps de la vertèbre qui est malade, et à un moment donné il se produit un véritable tassement de la colonne vertébrale en ce point, comme une sorte d'écroulement. Je raisonne toujours, bien entendu, pour la dernière vertèbre lombaire ou la première vertèbre sacrée, c'est-à-dire au point de vue des questions obstétricales qui nous occupent plus particulièrement. Dans cette variété la saillie en avant formée par la portion malade du rachis sera moindre que dans la précédente. Je ne connais que deux bassins présentant cette lésion, l'un qui appartenait à Stoltz et qui a servi à M. Hergott pour son travail sur cette question, l'autre qui fait partie de mes collections. Il y en a certainement d'autres encore, mais ils ont très-probablement passé inaperçus.

Celui que je possède m'a été donné par un confrère. Dans

ce bassin la partie postérieure de la colonne vertébrale est saine, les arcs vertébraux sont également sains et normaux; au contraire, en avant au niveau de l'articulation lombo-sacrée on aperçoit un rudiment du corps de la vertèbre qui a presque complètement disparu, qui est écrasé et réduit à une lame mince. Par suite, le bassin est un peu allongé dans son diamètre antéro-postérieur, tandis que son diamètre transverse est un peu rétréci. De plus, les os iliaques eux-mêmes ont dû être légèrement malades aussi, car ils sont très-légers, minces et poreux. Je l'ai décrit et pesé autrefois. Il ressemble beaucoup à celui que possède M. Hergott.

Du reste, ces bassins sont très-rares; et si je vous en parle, c'est pour que vous soyez au courant de tous les vices de conformation que l'on peut rencontrer dans la pratique.

Le bassin des femmes atteintes de claudication par suite de quelque lésion des articulations coxo-fémorales sont généralement peu larges. Les luxations coxo-fémorales sont de deux ordres: les unes congénitales, les autres acquises. Les luxations réellement congénitales sont peu nombreuses, je ne crois pas que l'on en ait décrit plus de quatre ou cinq exemples bien constatés chez des enfants. Du reste, qu'elles soient congénitales ou acquises, les conséquences en sont à peu près les mêmes.

La luxation peut être simple et n'atteindre qu'un seul côté; elle peut être double, c'est-à-dire comprendre les deux articulations coxo-fémorales. J'ai un bassin présentant une double luxation, que j'ai trouvé dans les collections anatomiques de la Faculté et sans aucun renseignement; je possède aussi deux bassins de femmes mortes à la Clinique présentant une luxation simple et acquise. Ces dernières sont généralement, du reste, unilatérales. Enfin j'ajouterai que tout récemment nous avons eu dans nos salles une femme qui nous a dit s'être toujours connue dans l'état où elle s'est présentée, c'est-à-dire avec une double luxation coxo-fémorale.

Les luxations doubles peuvent tenir quelquefois aux manœuvres que l'on est, dans certains cas, obligé de faire pour terminer l'accouchement, à des tractions un peu violentes. Le fait m'est arrivé il y a quelque vingt ans dans ma clientèle. Je l'ai déjà raconté à plusieurs reprises, je n'y reviendrai pas.

Le bassin des femmes atteintes de luxation coxo-fémorale est très-variable en raison même de la nature de la luxation. Lorsque celle-ci est double, elle est en haut et en dehors avec cavité cotyloïde incomplète et le bassin reste symétrique. Il peut y avoir des luxations traumatiques, des luxations en haut et en arrière, mais le plus communément la luxation est unilatérale, en haut et en dehors. Voyons maintenant l'influence des luxations en haut et en dehors sur la conformation du bassin. Toute la partie supérieure du fémur se porte en haut et en dehors, les muscles qui s'attachent au grand et au petit trochanter, le carré crural, les jumeaux, les obturateurs interne et externe, sont changés dans leur direction, les deux branches ischio-pubienne sont plus distantes l'une de l'autre, elles sont presque horizontales, l'arcade pubienne enfin est très-élargie et les crêtes iliaques, par suite de la pression exercée sur elles, sont moins évasées, mais cela n'a que peu d'importance en raison de la largeur du bassin. Quelquefois la fosse iliaque a une forme particulière résultant de l'action du muscle psoas iliaque, elle est plus plane, moins profonde. Si la luxation est unilatérale, l'une des branches ischio-pubiennes se trouve attirée en dehors, écartée, tendant à devenir horizontale, l'arcade pubienne est irrégulière, mais agrandie de telle sorte que cela n'empêche pas la tête de l'enfant de passer.

De ces considérations il résulte que la luxation coxo-fémorale n'a pas, le plus ordinairement, pour effet de donner au bassin une conformation vicieuse défavorable à l'accouchement et celui-ci conserve des dimensions suffisantes. En général, donc, il n'y a pas lieu de s'en inquiéter. J'ai bien accouché une trentaine de femmes boiteuses et sans nulle difficulté pour la sortie de l'enfant.

Mais les luxations n'ont pas toujours lieu dans le même sens et les branches pubiennes peuvent être déprimées et rapprochées au lieu d'être déjetées, de telle sorte que l'arcade pubienne se trouve rétrécie. J'ai eu l'occasion de voir il y a près de trois ans une jeune femme dont la luxation était telle que la jambe était en rotation en dedans et que le genou allait faire empreinte sur la cuisse du côté opposé. Si pareil cas n'amène pas un grand obstacle pour l'accouchement, il constitue une gêne véritable pour les rapprochements sexuels qui ne peuvent plus avoir lieu que dans une certaine position. Quant à l'accouchement, il devra se faire à l'anglaise, c'est-à-dire la femme couchée sur le côté ou à *postériori*.

Quant aux autres causes de la claudication, ankylose du genou et atrophie consécutive du membre inférieur, paralysie congénitale ou acquise du membre inférieur, amputation du pied, de la jambe ou de la cuisse, désarticulation, etc., elles n'ont qu'une très-médiocre influence sur le bassin au point de vue de l'accouchement.

Enfin nous devons mentionner les vices de conformation par inclusion décrits par Paul Dubois; les tumeurs qui peuvent apporter obstacle à l'accouchement sont très-connues, nous citerons surtout les corps fibreux, les tumeurs kystiques, osseuses, les exostoses, périostoses, etc. Nous citerons aussi les déplacements d'organes, et principalement du rein, un rein unique médian, volumineux (mais dans ce cas c'est l'organe rénal qui souffre plus de l'accouchement que l'accouchement ne souffre du rein). Ces différentes tumeurs peuvent constituer un obstacle considérable dans certains cas, tandis que dans d'autres, au contraire, ils ne gênent que fort peu l'accouchement; tout cela dépend de leur volume, de leur conformation, de leur siège, etc. C'est ainsi que j'ai accouché trois fois sans de grandes difficultés une femme ayant un kyste de l'ovaire. Par contre, on trouve dans les annales scientifiques une dizaine d'observations de tumeurs abdominales qui ont nécessité l'opération césarienne. Moi-même j'ai dû la faire une fois. Enfin, je dirai, en terminant, que la présence de certaines tumeurs a parfois exigé de provoquer l'avortement.

HOTEL-DIEU DE MARSEILLE. — M. A. Fabre.

Pouls veineux et souffles cardiaques par dilatation passagère du cœur.

I

Chez un de nos malades vient de se produire une heureuse métamorphose. Je m'en réjouis parce que les succès thérapeutiques doivent être, ne l'oublions pas, le but suprême du médecin. Je m'en félicite aussi parce que le fait nous prouve une fois de plus l'exactitude de l'enseignement qui

vous est donné sur l'importance de l'artérite dans la pathologie cardio-vasculaire, sur le rôle capital de la dilatation du cœur droit dans la cachexie cardiaque et sur l'influence de l'élément musculaire dans la production et les variations des souffles du cœur.

Vous devinez que je veux vous parler de cet homme qui occupait jusqu'à samedi dernier le n° 23 de la salle Ducros. Je ne vous referai pas son histoire entière, mais je veux insister sur les points de cette histoire qui ont pour nous un intérêt particulier.

Vous vous rappelez que cet homme, âgé de cinquante-six ans, huilier par profession, alcoolique par habitude, avait à son entrée dans nos salles cette dypsnée et cet anasarque qui annoncent l'asystolie; mais voici ce qui plus que tout le reste attira sur lui notre attention.

Pour peu qu'on approchât de ce malade, on apercevait de suite sur le côté droit de son cou un gonflement allongé que soulevaient des battements très-forts ou du moins très-apparents, dont le rhythme était celui des battements du cœur et dont l'intensité donnait l'idée d'un anévrysme.

Ce n'était pourtant pas d'un anévrysme qu'il s'agissait.

Si le siège de ces battements pouvait bien être dans les carotides primitives, il pouvait être aussi dans les jugulaires internes et tenir à un pouls veineux d'une intensité exceptionnelle dans les jugulaires préalablement dilatées.

Si on considérait non-seulement leur intensité et leur siège, mais leur étendue, on voyait qu'il remontait verticalement le long du cou, non pas dans un espace limité, mais sur tout le trajet des vaisseaux; ce qui excluait l'idée d'une poche anévrysmale et, comme il n'y a pas de dilatation uniforme de la carotide primitive portant sur tout le trajet du vaisseau, conduisait à admettre un pouls veineux.

Si on considérait leur évolution, on remarquait qu'ils ne présentaient pas un synchronisme parfait dans toute leur étendue, mais on pouvait suivre leur marche de bas en haut, de sorte que le battement des parties inférieures précédait visiblement celui des parties supérieures. Ce liquide se mouvait non pas avec la rapidité du flux artériel, mais avec la lenteur relative du reflux veineux.

Si on considérait la forme des parties distendues, on observait qu'il y avait en bas un enflement assez volumineux surmonté en haut d'un cylindre plus ou moins irrégulier; c'était la forme de la jugulaire interne avec son extrémité inférieure d'une capacité beaucoup plus grande présentant un gonflement connu sous le nom de golfe de la veine jugulaire.

Si, au lieu de se borner à l'examen du regard, on appliquait le doigt sur les parties où siégeaient les battements, on était étonné de la faiblesse de l'impulsion perçue et de la facilité avec laquelle on empêchait la distension par une compression légère. Pour qui connaît la puissance de l'impulsion anévrysmale et de la simple pulsation artérielle, il devenait évident que le système artériel n'avait rien à voir dans ces battements; c'était bien là un pouls veineux.

Enfin le stéthoscope appliqué sur les parties où siégeaient ces battements ne percevait aucun souffle ni aucun bruit de choc, mais par moments un léger bruit musical, ce qui indiquait bien qu'il n'y avait là ni dilatation artérielle ni anévrysme; j'insiste sur ces détails parce que, en présence d'un gonflement si intense et de battements si apparents, des hommes cependant très-expérimentés ont paru un moment prendre pour un anévrysme ce qui n'était qu'un pouls veineux dans une dilatation veineuse.

C'est pour achever de les convaincre que j'ai eu recours à deux petites expériences. J'ai engagé le malade à tousser; pendant l'inspiration qui précède la toux on voyait la tuméfaction du cou disparaître, mais pendant l'expiration de la toux la distension du golfe de la jugulaire et de ce vaisseau lui-même se faisait d'une manière extrêmement manifeste du bas en haut. Enfin j'ai mis le malade successivement debout, couché horizontalement et couché avec la tête dans une position déclive; il s'est trouvé que la tuméfaction du cou était beaucoup moins manifeste dans l'attitude verticale que dans l'attitude horizontale et qu'elle acquérait son summum de développement quand le malade avait la tête inclinée en bas.

Non, ce n'est pas dans ces cas qu'il est difficile de reconnaître le pouls veineux, il était chez notre malade aussi manifeste que possible; il n'avait que le tort d'être trop manifeste, c'est-à-dire d'une intensité exceptionnelle. Mais dans une période avancée des affections cardiaques, dans certaines péricardites, dans des adynamies profondes, le pouls veineux de la jugulaire interne peut passer inaperçu parce que le reflux se fait quelquefois sans que la veine soit préalablement dilatée surtout dans son golfe, et parce que le pouls veineux a le rhythme, la forme et l'étendue d'un pouls artériel considérable. Je ne vois alors qu'un moyen d'arriver à un diagnostic probable : c'est de comparer cette étendue de battements du cou avec la petitesse des bruits artériels sur les autres parties du corps. Pourquoi, dans ces cas, les carotides primitives battraient-elles avec force quand l'impulsion cardiaque est très-faible partout ailleurs? Il n'y aurait de ce contraste aucune raison plausible; la véritable raison, c'est que ces pulsations sont non pas artérielles mais veineuses, consécutives non à une impulsion exagérée du cœur gauche mais d'une dilatation passive du cœur droit.

La dilatation du cœur droit, voilà ce qu'annonce en général le pouls veineux; voilà ce qu'il annonçait en effet chez notre malade. On pouvait d'ailleurs, par un examen attentif à gauche du sternum, vers le troisième et le quatrième espace intercostal, percevoir un souffle systolique très-doux qui trahissait chez notre malade une insuffisance relative de la tricuspide, signe réel mais signe assez rare de la dilatation du cœur droit qui était encore annoncé ici par la perception nette des bruits du cœur et des battements cardiaques à droite du sternum et vers le mamelon droit; elle l'était surtout par des battements épigastriques d'une certaine intensité.

La dilatation du cœur droit avait eu pour conséquence directe l'impuissance de la valvule à obstruer pendant la systole l'orifice auriculo-ventriculaire; il y avait eu insuffisance relative de la tricuspide, c'est-à-dire que pendant les contractions du ventricule droit une partie du sang veineux refluait vers l'oreillette droite et le mouvement de recul se propageait dans le sang des gros troncs veineux. Voilà pourquoi les pulsations que nous percevions au cou se produisaient pendant la systole cardiaque, et voilà aussi pourquoi, provoquées par des contractions relativement énergiques, non de l'oreillette mais du ventricule, elles avaient une certaine intensité. La dilatation du cœur droit, telle était, par l'intermédiaire d'une insuffisance relative de la tricuspide, la cause de ce pouls veineux.

Mais la dilatation du cœur droit n'est pas elle-même un phénomène primitif. Lorsqu'elle est si considérable, elle indique, vous le savez, un obstacle à la circulation pulmonaire soit dans son trajet à travers le poumon lui-même,

soit à sa terminaison dans le cœur gauche. Il fallait, pour l'expliquer ici, trouver soit une lésion pulmonaire, soit une altération aux orifices du cœur gauche.

De lésion pulmonaire il n'y en avait pas. Notre malade n'était ni tuberculeux ni emphysémateux. On trouvait seulement aux deux bases, principalement à gauche, des râles sous-crépitants et de la submatité, indices d'une de ces congestions que produisent les maladies du cœur gauche, et encore, tandis que la dilatation du cœur droit était considérable, la congestion pulmonaire était très-modérée.

Mais la lésion du cœur gauche existait ; elle était du moins très-apparente. Si à la base du cœur on ne percevait aucun bruit anomal, en revanche à la pointe on entendait un souffle systolique très-prolongé et très-rude avec maximum au-dessous et en dehors du mamelon, mais qui se propageait dans une assez grande étendue ; c'était le souffle des lésions mitrales : rétrécissement et insuffisance réunis.

La force et la rudesse du bruit anomal devaient porter à croire que cette insuffisance mitrale était absolue et non relative. J'ai cru cependant devoir faire mes réserves à cet égard. J'ai eu, en effet, occasion de vous démontrer que dans les insuffisances absolues de la mitrale le souffle peut faire défaut, tandis que dans certaines insuffisances relatives de la même valvule le souffle peut être rude et prolongé. C'est là non pas, il s'en faut bien, une double règle, mais une double exception dont il faut tenir compte. Dans ces conditions nous devions contrôler les résultats de l'auscultation par la palpation de la pointe du cœur, afin de constater s'il y avait dilatation du cœur gauche et partant une part à faire à l'insuffisance relative. La pointe du cœur battait en effet un peu plus bas et un peu plus en dehors qu'à l'état normal, sans cependant révéler un développement bien considérable du ventricule gauche.

Absolue ou relative, cette insuffisance mitrale produisait un reflux du sang dans le système de la circulation pulmonaire, et cette stase sanguine dans le poumon avait dû amener par obstacle à l'écoulement du sang la dilatation du cœur droit. Nous avions ainsi l'explication simultanée de la congestion pulmonaire et de la dilatation du cœur droit qui existaient chez notre malade.

THÉRAPEUTIQUE

Sur un nouveau laxatif alcalin

Par le docteur Delmis.

On trouve, à chaque page des anciens livres de médecine, un mot dont le sens a été singulièrement restreint de nos jours : c'est le mot obstruction. Quand on parle aujourd'hui d'obstruction intestinale, on entend par là des affections toujours graves qui sont le plus souvent du ressort de la chirurgie. En revanche, la plupart des états que nos prédécesseurs désignaient de la sorte existent aujourd'hui comme autrefois ; leur symptôme fondamental, c'est un trouble continu et rebelle des fonctions de l'intestin. Les recherches des physiologistes modernes ont éclairé d'un jour tout nouveau la pathologie du tube digestif ; il faut l'avouer cependant, il reste encore bien des inconnues. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'une paresse habituelle de la musculature intestinale, un fonctionnement capricieux et irrégulier de l'organe est un état sérieux dont le médecin doit se préoccuper avant tout. La constipation a son retentissement du côté du système nerveux : combien de céphalalgies rebelles, de névroses de forme insolite n'ont pas d'autre cause ! On ne saurait même dire jusqu'à quel point le séjour dans l'intestin de détritus inutiles et putréfiés est compatible avec un bon état général. Les muqueuses sont des organes à la surface desquels l'absorption est énergique ; il est dangereux de les laisser en contact prolongé avec des produits essentiellement septiques. Il y a sans doute dans les idées populaires relatives à la médecine de bien grossières erreurs, des préjugés bizarres, mais il y a aussi des vérités d'expérience. La nécessité de se tenir le ventre libre en est une. Malheureusement chez beaucoup de personnes la constipation a une cause accidentelle, tenant à un mode d'alimentation qu'il serait difficile de changer, aux occupations, à quelque particularité anatomique. Le seul moyen pratique pour combattre un pareil état, c'est de s'adresser à l'intestin lui-même, de régler en quelque sorte ses sécrétions de manière à éviter les stases de toute nature. Ce qu'il faut surtout éviter ici, c'est de s'adresser aux drastiques qui ne combattent que le symptôme et nullement l'affection elle-même et qui, tout en n'étant que des palliatifs, ont l'inconvénient d'aggraver l'état inflammatoire des muqueuses et de provoquer des diarrhées séreuses et débilitantes.

Une seule classe de préparations répond, selon nous, à cette indication : ce sont les laxatifs alcalins. Qu'ils soient suffisamment actifs, que leur goût soit assez agréable pour n'engendrer ni répugnance ni satiété ; qu'ils soient d'une administration facile : telles sont les qualités que nous devons exiger d'eux. Aucune préparation ne les possède mieux que la poudre laxative de Vichy préparée par M. F. Rocher. Son activité est prouvée depuis longtemps ; quant au mode d'administration, il serait difficile d'en trouver un plus simple, puisqu'il suffit d'en donner deux cuillerées à café à un adulte dans un demi-verre d'eau.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 octobre 1882. — Présidence de M. Hardy.

COMMUNICATIONS

M. le Président annonce la mort de M. Davaine. L'Académie s'est fait représenter aux obsèques, mais, conformément à la volonté de M. Davaine, aucun discours n'y a été prononcé. M. le président exprime, en quelques mots qui provoquent les applaudissements de l'assemblée, tous les regrets que cette nouvelle perte doit provoquer de la part de ses collègues et rappelle les titres principaux qui honoreront sa mémoire.

LECTURE

Œdème rhumatismal et pseudo-lipome sus-claviculaire. — M. Potain, candidat pour la section de pathologie médicale, lit un travail ayant pour titre : *De l'Œdème rhumatismal et du Pseudo-Lipome sus-claviculaire*, réponse à M. le professeur Verneuil.

Au mois de novembre 1879, dit M. Potain, M. Verneuil publiait, dans la *Gazette hebdomadaire*, un article sur une affection singulière et non décrite, qu'il désignait sous le nom de pseudo-lipome sus-claviculaire. En même temps qu'il mettait au jour ses curieuses observations, il voulait bien indiquer les quelques mots par lesquels j'avais, de mon côté, dans une leçon à l'hôpital Necker, signalé cette singularité pathologique, en la rattachant, comme il le faisait lui-même, aux affections rhumatismales. Par surcroît, il me provoquait à faire connaître plus amplement ce que je pouvais savoir sur ce sujet et sur la nature anatomique du mal. C'est une réponse à cette provocation qui fait l'objet de cette communication.

M. Potain, désespérant d'approfondir cette question par l'anatomie pathologique, a entrepris de l'étendre, en comparant à tout ce qu'il a pu rencontrer d'analogue l'affection dont il s'agit, en tenant compte de toutes les variétés qu'il lui a été donné d'en observer, de toutes les localisations diverses dont elle lui a paru

susceptible. Il a été conduit, par là, à cette conviction que le pseudo-lipome de M. Verneuil, qu'ils avaient tout d'abord l'un et l'autre étudié comme une manifestation étrange et absolument à part de la diathèse rhumatismale, n'est réellement qu'un cas spécial et une localisation particulière d'une forme chronique de l'œdème rhumatismal jusqu'ici peu remarqué et qui n'a point été étudié dans son ensemble.

C'est le résumé de cette étude que M. Potain expose dans ce travail. Après avoir rappelé en quoi consiste le pseudo-lipome décrit par M. Verneuil, il constate que ce qu'il a observé de son côté est absolument d'accord avec la description donnée par son collègue, et il n'aurait rien à y ajouter s'il ne fallait pousser l'étude un peu plus loin pour chercher à déterminer la nature véritable des tumeurs en question.

M. Potain a pu, dans ces trois dernières années, recueillir, tant en ville qu'à l'hôpital, vingt faits de ce genre. Presque tous ses malades, comme ceux de M. Verneuil, étaient des rhumatismes et présentaient des manifestations évidentes de leur diathèse. Chez la plupart il existait une tuméfaction chronique et douloureuse d'une ou de plusieurs articulations, notamment du genou, des poignets, des doigts et même des articulations tibio-tarsiennes, etc. Plusieurs de ses malades offraient une tendance marquée à la formation de dépôts uriques ou même de gravelle véritable.

On voit qu'en général l'existence du rhumatisme était suffisamment affirmée...

M. Potain montre une tendance très-grande du pseudo-lipome à s'associer aux manifestations diverses du rhumatisme. Il montre de plus que c'est toujours à des formes chroniques qu'il se montre associé. On le voit encore se joindre à d'autres affections moins exclusivement rhumatismales, mais qui néanmoins se rattachent souvent aussi à la diathèse arthritique.

Enfin M. Potain note que chez un bon nombre de ces malades il existait un état anomal du système nerveux, tantôt sous la forme d'excitabilité vague, tantôt sous celle de l'hypochondrie, que les tumeurs pseudo-lipomateuses fussent ou non d'ailleurs l'objet de leur préoccupation.

De cette première étude bornée aux faits dans lesquels l'affection pseudo-lipomateuse se trouve circonscrite à la région où elle est le plus manifeste, la région sus-claviculaire, M. Potain passe à l'examen des cas dans lesquels cette affection déborde cette région et envahit les parties voisines, et de ceux où des tuméfactions de même aspect et de même consistance, nées simultanément et de même nature, se montrent en même temps sur d'autres points.

Voici, en un mot, le point sur lequel M. Potain a voulu surtout attirer l'attention :

Un certain nombre de malades chez lesquels on constate les pseudo-lipomes, ont en même temps de l'œdème du tissu cellulaire sous-cutané sans aucune de ses causes communément admises, sans présenter ni maladies ni faiblesses du cœur, ni gêne appréciable de la circulation pulmonaire, ni trace d'albuminurie, ni ombre d'état cachectique. Chez huit de ses vingt malades il a constaté un œdème manifeste.

M. Potain croit, par l'analyse des faits qu'il vient de faire connaître, avoir établi qu'il peut se produire un œdème dans le cours du rhumatisme chronique comme dans celui du rhumatisme aigu ou subaigu, que cet œdème se rencontre surtout dans les formes mobiles et vagues du rhumatisme chronique, dans celles où les perturbations du système nerveux semblent avoir une part prédominante, qu'il peut atteindre des proportions assez considérables, une assez grande fixité, et que, faute d'en connaître la possibilité et d'en établir le diagnostic par une élimination suffisamment attentive, il pourrait être la cause d'erreurs fâcheuses ou d'inquiétudes très-sérieuses et non justifiées.

Si maintenant on rapproche ce qui précède et qui a trait à l'œdème rhumatismal chronique des différentes formes de pseudo-lipomes dont il a été précédemment parlé, on ne peut se refuser à voir dans ces différentes manifestations morbides des affections de même famille différant par le siège et non par la nature. Sans doute, quand le pseudo-lipome a vieilli, il se peut que la prolifération du tissu cellulaire graisseux y tienne une notable place. Mais M. Potain est bien tenté de croire que cette prolifération du tissu cellulaire n'a été provoquée que par le travail fluxionnaire même d'où l'œdème est résulté.

(Le travail de M. Potain est renvoyé à la section de pathologie médicale, constituée en commission d'élection.)

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'ALLAITEMENT ARTIFICIEL.

M. GUÉNIOT. Il y a près de dix-neuf ans, en avril 1864, je fus appelé auprès d'une jeune femme de dix-neuf ans, sur le point d'accoucher et bien heureuse d'avance à la pensée d'allaiter elle-même son enfant. Quelques gerçures au sein, bientôt suivies d'un abcès, obligèrent la jeune mère à cesser l'allaitement. L'enfant avait treize jours. Je proposai de prendre une nourrice. Mais une voisine qui avait élevé sept enfants avec succès au biberon, l'emporta sur moi et décida le jeune ménage à adopter l'allaitement artificiel. Ce fut le père lui-même qui en prit en mains la direction. Il obtint un succès complet. J'en fus d'autant plus étonné que j'étais encore sous l'impression de l'opinion de Trousseau, qui déclarait n'avoir jamais vu réussir l'allaitement au biberon. Ce fait, joint à ceux de la voisine, démontrait la possibilité du succès de cet allaitement, en plein Paris, avec le lait de Paris. Depuis lors, j'ai vu un certain nombre de faits analogues ; mais à côté de ces quelques rares succès j'ai vu un tel nombre de revers, de désastres causés par l'allaitement artificiel, qu'en 1874, consulté par l'administration des hôpitaux sur l'opportunité de la chèvre nourricière, je m'efforçai de faire ressortir l'utilité de favoriser par tous les moyens possibles l'allaitement par la nourrice, et insistai sur les soins minutieux qu'exigeait l'allaitement artificiel, dans les cas où lui seul était possible. Je passai ainsi successivement en revue, dans l'étude du biberon : 1° les qualités du lait ; 2° le coupage ; 4° la température ; 4° la quantité qu'il convient de donner à l'enfant ; 5° le tirage de l'appareil, etc., etc. Enfin les variations qu'il doit présenter selon l'âge de l'enfant, ses goûts, ses aptitudes, son état de santé ou de maladie, etc., etc. J'arrivai à cette conclusion : qu'élever avec succès un enfant au biberon constitue un art véritable pour lequel les bons artistes font défaut. Quelque précision, quelques précautions qu'on apporte dans la pratique de l'allaitement artificiel, il y aura toujours, entre certaines mains, des insuccès, des désastres à déplorer, car c'est là, je le répète, un art difficile.

Il y a une importante division à établir entre l'enfant venant de naître, soumis à l'allaitement artificiel dès les premiers jours, et l'enfant qui a déjà pris le sein pendant deux ou trois mois. Les conditions ne sont plus les mêmes pour le second que pour le premier, et il n'y a aucune comparaison à faire entre les résultats que l'on obtient dans ces deux cas. Il y a donc une première division importante à signaler entre ce que j'appelle l'allaitement artificiel primitif et l'allaitement artificiel secondaire.

Il faut faire la même distinction pour l'allaitement mixte : une mère nourrit pour la première fois, son lait est insuffisant, on y supplée par un repas : c'est l'allaitement mixte primitif ; une mère allaite son enfant depuis plusieurs mois, elle se trouve fatiguée sous l'influence d'une cause quelconque, elle donne un ou deux biberons par jour : c'est l'allaitement mixte secondaire, mode d'allaitement tout à fait recommandable et qui, dans maintes circonstances, m'a rendu les plus grands services, surtout dans les cas où il n'était appliqué qu'après le sixième mois. Ces distinctions sont essentielles à établir, et je m'étonne qu'elles n'aient été faites encore par aucun des orateurs qui m'ont précédé.

M. Tarnier a dit que la cause presque unique de l'énorme mortalité des enfants élevés au biberon était l'ignorance dans laquelle nous étions des véritables règles de ce mode d'alimentation. Je suis, quant à moi, d'un avis tout à fait opposé ; nous sommes en possession des éléments du problème, nous savons ce qu'il faut savoir ; c'est l'application de ce que nous savons qui est mal faite. Ne voyons-nous pas des matrones expérimentées obtenir des succès véritablement étonnants par leur nombre ? Au cimetière de Besançon se trouve une tombe sur laquelle est cette inscription : « Ci-gît

Mme X..., qui a élevé, avec succès, plus de soixante enfants au biberon. » Un médecin de Besançon a élevé ses six enfants de la même façon et avec le même succès. Une dame de Viroflay, depuis 1878, a élevé artificiellement onze enfants, sans en perdre un seul. A l'infirmerie des Enfants-Assistés, une infirmière en a récemment élevé quatre sur cinq. Une crèche fut installée il y a peu de temps à Jouy par le docteur Gibertois (de Breuil). En quinze mois, vingt-quatre enfants y ont été élevés, parmi lesquels huit au biberon; pas un seul de ces derniers n'a succombé. Les règles qui ont guidé notre confrère ne sont autres que celles édictées par l'Académie et qui sont inscrites dans les livrets des nourrices.

Ces faits nous démontrent que nous sommes en possession d'une technique de l'allaitement artificiel, technique parfaitement capable de conduire au succès. Le tout est de savoir l'appliquer. Mais il y a, dans cette importante question, de nombreuses contradictions et des erreurs qu'il faut savoir éviter : par exemple, certains médecins de province soutiennent encore que la richesse du lait de vache n'est pas supérieure à celle du lait de femme; c'est une profonde erreur dont il faut faire justice. Le lait d'ânesse est très-bon, cela n'est pas douteux, mais il a l'inconvénient de coûter quatre francs le litre. M. Tarnier ne le conseille que jusqu'à deux mois; je me suis fort bien trouvé de le donner jusqu'à dix-huit mois. C'est un aliment plus léger que le lait de vache et qui convient parfaitement à certains enfants dont l'appareil digestif est très-délicat. On a fait également de nombreuses comparaisons entre le lait vivant et le lait mort; on préfère généralement de beaucoup le premier. Pour avoir du bon lait de vache, il faut, autant que possible, remplir les trois conditions suivantes : avoir du lait vivant, c'est-à-dire rapproché autant que possible de la traite, provenant d'une vache saine et n'ayant pas vêlé depuis trop longtemps.

Le lait doit-il être bouilli ou non? Il est préférable de l'avoir bouilli quand il doit être employé dix à douze heures après la traite. Pour les premières heures, cela est facultatif; mais il faut faire bouillir le lait âgé de plus de douze heures.

Doit-il être coupé ou pas? Il doit être coupé et ne le sera jamais trop. Le seul risque que l'on courrait en le coupant trop, ce serait de donner à l'enfant une alimentation insuffisante; mais on en serait bientôt prévenu par ses réclamations et ses cris. Il y a là certains tâtonnements que peuvent faire seules les personnes habituées à l'allaitement artificiel. Quoi qu'il en soit, je n'ai jamais vu un enfant mourir de faim; ce n'est pas de faim qu'ils meurent, c'est d'entérite, parce qu'ils sont trop nourris; ce n'est pas d'un défaut, mais d'un excès d'alimentation que meurent tous les jeunes enfants. J'insisterai tout particulièrement sur l'importance de l'alimentation dans la première semaine, dans les premiers jours de la naissance. Dans les discussions et dans les règlements antérieurs, on n'a pas assez insisté sur l'importance de cette alimentation des premiers jours.

Le choix du biberon? Tous les biberons sont bons. Ce qui importe, ce n'est pas le biberon, c'est la main qui l'entretient et le nettoie. Il ne faut pas s'effrayer outre mesure des microbes et des cryptogames constatés dans le lait des biberons; il y a microbe et microbe; s'il y en a de particulièrement malfaisants, il en est aussi d'assez accommodants et parfaitement compatibles avec une bonne santé. M. Pasteur n'en a-t-il pas trouvé dans la salive de l'homme sain?

Dans la prochaine séance, M. Guéniot étudiera les causes de l'excessive mortalité des enfants élevés au biberon.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le sujet de la composition écrite du concours de l'internat des hôpitaux de Paris a été : 1° le nerf récurrent; 2° l'anatomie pathologique, les signes et le diagnostic de l'apoplexie pulmonaire. Les autres questions qui se trouvaient dans l'urne étaient : 1° circulation veineuse hépatique et cirrhose hypertrophique; 2° le cœcum et l'occlusion intestinale.

Le concours de l'externat s'est ouvert mardi à quatre heures. Le jury se compose de MM. Barth, Danlos, Duret, Gombault, Henriet, Reynier et Tapret.

— *Création d'une Commission d'hygiène hospitalière.* — Le directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique, considérant que des questions importantes intéressant l'hygiène hospitalière, — création de services d'isolement, construction d'hôpitaux et hospices, ventilations, chauffage, éclairage, services balnéaires et hydrothérapiques, services des cabinets d'aisances, nettoyage et désinfection des bâtiments et du matériel, — s'imposent chaque jour à l'attention de l'Administration et réclament d'urgence des solutions pratiques ;

Qu'il est utile, à cet effet, de recourir aux connaissances spéciales des hommes compétents auxquels est confiée la direction des services des hôpitaux et hospices, arrête :

Art. 1er. — Une commission, prise dans le sein du corps médical des hôpitaux, est instituée pour donner son avis sur toutes les questions d'hygiène hospitalière et sur les améliorations à introduire dans les divers services des hôpitaux et des hospices.

Art. 2. — Cette commission sera présidée par le directeur de l'Administration. Elle comprendra : 1° le médecin et le chirurgien représentant au Conseil de surveillance le corps médical des hôpitaux; 2° trois médecins, dont un médecin chargé d'un service d'enfants, désignés au choix de l'Administration par les médecins des hôpitaux ; 3° deux chirurgiens désignés également au choix de l'Administration par les chirurgiens des hôpitaux ; 4° le chef du service d'accouchement de la Maternité ; 5° le directeur de la Pharmacie centrale, le secrétaire général, un inspecteur de l'Administration.

Art. 3. — La commission se réunira au chef-lieu de l'Administration.

Par un second arrêté, le directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique a nommé membres de la Commission d'hygiène hospitalière MM. les docteurs Moutard-Martin, médecin à l'Hôtel-Dieu, membre du Conseil de surveillance ; Nicaise, chirurgien de l'hôpital Laënnec, membre du Conseil de surveillance; Lailler, médecin de l'hôpital Saint-Louis ; Archambault, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades ; Trélat, professeur à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Necker; Lucas-Championnière, chirurgien de l'hôpital Tenon ; Tarnier, chirurgien en chef de la Maternité ; MM. Baudrimont, professeur à l'École de pharmacie, directeur de la Pharmacie centrale des hôpitaux ; Brelet, secrétaire général de l'Administration ; d'Échérac, inspecteur de l'Administration ; Gron, chef du bureau du personnel du service de santé.

— *Faculté de médecine de Paris.* — MM. les étudiants, inscrits à l'École pratique pour le cours d'automne de médecine opératoire, sont invités à demander immédiatement au secrétariat le bulletin de versement qui leur est nécessaire pour verser la somme de quarante francs à la caisse du receveur des droits universitaires.

MM. les étudiants de troisième année qui sont obligés de disséquer dès le commencement du semestre d'hiver, peuvent se faire inscrire à l'École pratique avant d'avoir pris leur inscription de novembre.

— *Hôpitaux de Lyon.* — Le concours de l'internat vient de se terminer par la nomination de MM. Rochet, Devic, Joubert, Vallat, Cuche, Duzéa, Perrusset, Eraud, Favre, Laurent, Chizat, Garand, Porteret et Assada.

— *Faculté des sciences.* — Les examens pour les trois licences auront lieu le lundi 30 octobre 1882. Les inscriptions seront reçues au secrétariat de la Faculté des sciences tous les jours, de dix heures à midi, du jeudi 12 octobre au samedi 21 octobre.

Les candidats devront produire en s'inscrivant leur acte de naissance et le diplôme de bachelier ès sciences.

L'ouverture de la session ordinaire du baccalauréat ès sciences

aura lieu le vendredi 3 novembre 1882. Le registre des inscriptions est ouvert tous les jours de dix heures à midi, jusqu'au samedi 21 octobre inclusivement, et ce dernier jour jusqu'à quatre heures. Les candidats doivent indiquer exactement sur leur demande : 1° la langue vivante sur laquelle ils désirent subir les épreuves; 2° l'adresse exacte à laquelle ils désirent être convoqués.

— M. le docteur Willette est nommé médecin du Bureau de bienfaisance du dix-huitième arrondissement de Paris.

— Le jury du concours pour la nomination à deux places de pharmacien des hôpitaux de Paris se composera de MM. Blondeau, Chastaing, Cornil, Jungfleisch, Lutz, Prunier et Villejean.

— Un legs vient d'être fait à l'hospice des Enfants-Assistés de Paris. M. Henry Dodd, sujet anglais, qui vient de mourir, a laissé, par testament, à cet établissement, une somme de 5,000 livres sterling, soit environ 125,000 francs.

— Un examen pour l'emploi d'expert-inspecteur au laboratoire municipal de chimie de la ville de Paris aura lieu le vendredi 3 novembre, à dix heures du matin. — S'adresser pour les renseignements au Secrétariat général de la préfecture de police.

— L'École municipale d'infirmières a ouvert ses cours professionnels le lundi 16 octobre, à huit heures du soir. L'enseignement comprendra les cours suivants :

Éléments d'anatomie : M. le docteur Duret. — Éléments de physiologie : M. le docteur P. Regnard. — Hygiène : M. le docteur Blondeau. — Pansements : M. le docteur Poirier. — Petite pharmacie : M. Yvon.

Soins à donner aux femmes enceintes : M. le docteur Budin.

Les personnes qui veulent suivre les cours professionnels doivent se faire inscrire à l'hospice de la Salpêtrière, 47, boulevard de l'Hôpital, bureau de la Direction, de huit heures du matin à midi.

— Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Gustave Puel, professeur agrégé et chargé de cours à la Faculté de médecine de Lille, décédé le 14 octobre, à Figeac, à l'âge de trente-cinq ans, et de M. A. Tulio, étudiant en médecine, né à Porto-Rico (Antilles), qui vient de succomber, à la Maison municipale de santé, aux suites d'une fièvre typhoïde contractée à l'hôpital Trousseau, où il remplissait les fonctions d'externe.

— M. le docteur Pégot, ancien interne des hôpitaux de Paris et professeur de pathologie externe à l'École de médecine de Toulouse, vient de mourir subitement à Bagnères-de-Luchon.

— Nous apprenons avec un vif regret l'accident dont vient d'être victime, de la part d'un des aliénés de l'Asile de la Ville-Évrard, M. le docteur Espiau de La Maëstre, médecin directeur de cet établissement. Un malade, atteint du délire de persécution, a essayé de crever les yeux de notre honoré confrère. L'œil droit a été le plus fortement atteint.

— M. le docteur Léon Labbé reprendra, à l'hôpital Beaujon, ses leçons de clinique chirurgicale le mardi 24 octobre, à neuf heures, et les continuera les mardis suivants.

— M. le docteur Boucheron, ancien interne des hôpitaux, commencera son cours élémentaire et complet sur les maladies des yeux et des oreilles à sa clinique, le lundi 30 octobre, à deux heures, et le continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité des désinfectants et de la désinfection par le docteur E. Vallin, médecin principal de première classe de l'armée. 1 vol. in-8 de 800 pages. — Prix : 12 francs. — Paris, G. Masson.

Les Hystériques, *état physique et état mental*, *actes insolites, délictueux et criminels*, par le docteur Legrand du Saulle, médecin de la Salpêtrière. 1 vol. in-8° de xx-625 pages. — Prix : 8 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

L'Étude et les progrès de l'hygiène en France de 1878 à 1882, par MM. les docteurs H. Napias et A.-J. Martin, avec une préface de M. le professeur Brouardel. 1 vol. in-8° avec 229 figures dans le texte. — Prix : 8 francs. — Paris, G. Masson.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 13512.

N° 122. — SAMEDI 21 OCTOBRE 1882. 55e ANNÉE. SAMEDI 21 OCTOBRE 1882. — N° 122.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50**. — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

La fièvre hémosphérinurique palustre (fièvre bilieuse hématurique).

Dans la belle page d'histoire de M. le docteur Maillot sur les fièvres continues dans les pays chauds, insérée dans le n° du 12 septembre dernier, notre savant confrère nous a reporté vers l'ancienne médecine grecque, dont il s'est montré le si habile commentateur et continuateur en Algérie. C'est à la médecine grecque moderne que nous allons emprunter aujourd'hui de nouveaux documents sur une question de pathologie connexe.

Il s'agit de recherches de M. le professeur et doyen de la Faculté de médecine d'Athènes G. Karamitsas, sur « la fièvre hémosphérinurique palustre », dénomination sous laquelle il désigne la forme palustre communément connue sous le nom de fièvre bilieuse hématurique.

D'après les recherches dont M. Karamitsas a communiqué les résultats à la Société médicale d'Athènes en janvier 1880, recherches publiées peu après dans la revue médicale « Galénos » et récemment dans un volume in-8, la cause pathogénique, en provoquant cette forme palustre, n'agit pas primitivement sur le foie ni sur les reins, mais sur le sang, amenant une destruction considérable de globules rouges et une séparation d'hémoglobine, tantôt suivies seulement d'hémosphérinurie (hémoglobinurie), tantôt, quand la destruction d'hématies est plus grande, d'hémosphérinurie et d'ictère hématogène ou hémaphéique. Ainsi, pour M. Karamitsas, la fièvre dite *bilieuse hématurique* ne représente que des degrés plus intenses de la fièvre communément appelée *hématurique* (une forme palustre véritablement hématurique n'existant pas d'après toute probabilité) et par conséquent elle ne constitue avec cette dernière qu'une seule forme qui doit être appelée plutôt *fièvre hémosphérinurique palustre*.

Pour ce qui concerne l'hémosphérinurie, comme cause principale de la couleur caractéristique de cette fièvre, l'auteur s'appuie sur ces faits : Les urines de ses malades contenaient de l'hémoglobine quand elles étaient noires, rouge noirâtre ou sanguinolentes ; et la quantité de l'hémoglobine variait proportionnellement au foncé de la couleur. Les urines de la plupart de ses malades n'avaient pas présenté la moindre trace de principes de la bile pendant toute la durée de la maladie, quoique les urines de l'un d'eux soient devenues ensuite tout à fait noires. Quant aux autres malades, pour la plupart, leurs urines présentaient précisément le moins de matière colorante de la bile, lorsqu'elles étaient rouge noirâtre ou noires. Dans la moitié des cas, les urines ne présentaient pas un seul cylindre hématique, pas un seul globule rouge à l'examen microscopique, fait avec le plus grand soin. Dans les autres cas, en dehors d'une infinité de détritus granuleux de globules, il a observé, pendant la marche ultérieure de la maladie, quelques globules rouges et des cylindres hématiques. Ainsi, M. Karamitsas ne nie pas qu'il soit possible qu'une hémosphérinurie soit accompagnée d'une hématurie réelle, mais cette hématurie, peu abondante, et provoquée le plus souvent par une congestion ayant lieu pendant le passage de l'hémoglobine par les reins, est consécutive et fortuite et peut se présenter dans toute hémosphérinurie.

L'infractus hémorrhagique aussi, qui survient quelquefois pendant la marche de la maladie, n'est que consécutif et peut provoquer une néphrorrhagie. M. Karamitsas le considère comme provenant très-probablement, dans la majorité des cas, d'embolies formées par des globules rouges détruits ou privés d'hémoglobine, comme on l'observe aussi dans l'ictère hémaphéique provoqué par l'intoxication d'hydrogène arsénieux, intoxication présentant un tableau clinique presque identique avec celui de la fièvre hémosphérinurique. Mais l'infractus des reins, n'étant qu'une lésion consécutive et s'observant aussi dans d'autres maladies et d'autres espèces d'hémosphérinurie, ne peut être considéré, dit M. Karamitsas, comme caractéristique de cette forme palustre, comme on l'a prétendu. C'est aussi par l'obstruction des vaisseaux de la substance corticale et des tubes urinifères qu'on peut expliquer l'anurie (au moins dans la plupart des cas), l'anémie de la substance corticale, ainsi que l'hyperhémie de la substance médullaire des reins.

Pour ce qui concerne l'ictère, M. Karamitsas le considère comme d'origine hématique et dû à l'hémoglobine même. Mais il accepte que, dans quelques cas autrement rares, l'ictère hémaphéique est accompagné d'un ictère par résorption, comme il l'a observé lui-même chez quelques-uns de ses malades.

Examinant les conditions dans lesquelles se développe la maladie, ainsi que ses causes occasionnelles, M. Karamitsas remarque que la maladie survient le plus souvent chez des

personnes qui avaient été affectées de fièvres intermittentes chroniques ou de cachexie paludéenne, ou même, quoique bien rarement, chez des personnes qui étaient jusqu'alors entièrement saines, mais plus fréquemment chez des personnes affectées d'une cachexie palustre relativement récente.

M. Karamitsas considère le refroidissement comme la principale cause occasionnelle de la maladie et non la malaria même qui disparaît presque entièrement ou même entièrement en hiver, époque de la plus grande fréquence de la fièvre hémosphérinurique.

D'après M. Karamitsas, dans certaines circonstances relativement rares, l'usage de la quinine peut provoquer dans des organismes déjà infectés par la maladie, soit simplement une hémosphérinurie, comme il l'a démontré le premier, soit aussi la fièvre hémosphérinurique, avec ou sans ictère suivant son intensité. Pour la démonstration de cette idée, il rapporte un cas observé chez un médecin grec et une observation expérimentale personnelle dans laquelle il a provoqué, à plusieurs reprises, de l'hémosphérinurie accompagnée de fièvre, simplement par l'administration de quinine en dehors de toute influence simultanée de la maladie ou de refroidissement. Le médecin grec dont il s'agit avait des hémosphérinuries chaque fois qu'il prenait de la quinine, tandis que, après les nombreux accès dont il avait été atteint précédemment, sans avoir pris de quinine, il ne lui était jamais arrivé de rendre des urines sanguinolentes.

Mais, d'autre part, M. Karamitsas reconnaît que dans bien des cas où la fièvre hémosphérinurique survient après des accès simples, contre lesquels on avait administré la quinine, cela doit être attribué à ce que son administration a été mauvaise ou insuffisante, l'organisme n'ayant pas absorbé la quantité nécessaire du médicament en temps opportun.

Cette courte analyse, si elle ne saurait donner une idée complète des recherches de M. Karamitsas, suffira, du moins, nous l'espérons, pour montrer le grand intérêt qu'elles présentent.

Des manifestations générales dans la blennorrhagie.

Nous recevons de M. le docteur Féréol, médecin de l'hôpital de la Charité, la lettre suivante :

« En rentrant à Paris, et parcourant quelques journaux arriérés, je trouve dans le numéro de la *Gazette* du 23 septembre dernier une Revue clinique sur les *pseudo-scarlatines blennorrhagiques.* Dans cet article, il est question d'un cas qui a fait le sujet d'une conférence clinique, professée par M. le docteur Landouzy, à l'amphithéâtre de la Charité, et d'un autre fait publié dans les *Archives de médecine* par M. Gilbert Ballet, chef de clinique à la Faculté (numéro de septembre).

« Ces deux faits, dites-vous en conclusion, viennent donner une nouvelle confirmation à cette proposition formulée par M. le professeur A. Fournier et en voie d'être généralement admise aujourd'hui : « que la blennorrhagie n'est pas « seulement une affection locale, mais bien une maladie sus« ceptible de se généraliser et de développer des détermina« tions analogues à celles des diathèses ou des états consti« tutionnels. »

« J'ignore, mon cher confrère, si cette manière de voir est, comme vous le dites, en voie d'être généralement admise aujourd'hui. J'en serais très-heureux. Je le suis déjà que vous pensiez ainsi ; je le serais encore davantage, s'il était vrai qu'elle eût rallié un adhérent aussi important que M. le professeur A. Fournier ; malheureusement j'en doute. Tel n'était pas son avis, lorsque nous avons discuté la question à la Société médicale des hôpitaux (1866 et 1867).

« Il est bien vrai que je trouve dans l'article Blennorrhagie du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* la phrase que vous avez reproduite entre guillemets. Mais si M. Fournier l'y a mise, c'est pour la combattre (voir page 258) ; et je ne crois pas qu'il ait changé d'opinion.

« Donc, mon cher confrère, si vous estimez que les faits de M. Landouzy et de M. Ballet viennent à l'appui de cette conception, que la blennorrhagie pourrait bien être, dans certains cas, une maladie constitutionnelle et infectieuse, permettez-moi de m'en féliciter, puisque c'est moi qui ai soutenu cette vue théorique contre M. Fournier et contre M. Peter ; mon opinion, tout en différant beaucoup de celle de Lorain, s'en rapprochait un peu. Du reste, je ne revendique pas pour moi tout seul la paternité de cette idée. Elle est assez vieille, ce qui n'est pas une raison pour qu'elle soit absolument mauvaise. En outre, elle avait été, dès 1861, ainsi que je l'ai dit à la Société des hôpitaux, rajeunie par Pidoux qui, même, l'avait tenue sur les fonts baptismaux, en lui donnant un nom que, pour ma part, je trouvais très-séduisant, ne fût-ce qu'au point de vue euphonique, celui de *Lues gonorrhœa.*

« Aujourd'hui, et par les microbes qui courent, je ne serais pas étonné que l'interprétation, fort peu goûtée en 1866, ne reprît faveur. Je le souhaite ; mais, en face de cette espérance, vous ne trouverez pas mauvais, mon cher confrère, que je réclame pour ceux qui ont combattu ce que je crois le bon combat. »

Nous n'aurions eu autre chose à répondre à la lettre de notre savant confrère M. le docteur Féréol, que le remercier d'avoir bien voulu nous rappeler la part qu'il a prise à la propagation d'une idée médicale que nous croyons juste, si elle ne nous imposait le devoir de nous expliquer sur l'interprétation que nous avons donnée, dans notre article, à un passage extrait de l'article Blennorrhagie, de M. A. Fournier, rappelé plus haut.

D'après notre honorable correspondant, l'opinion que nous aurions prêtée à M. Fournier ne serait pas celle qu'il professe en réalité, la proposition que nous avons citée n'ayant été énoncée que pour la réfuter aussitôt. Cela est vrai. Mais si l'on veut bien nous permettre de citer le texte même de cette réfutation, on verra que c'est moins une réfutation en réalité qu'une interprétation différente du fait exprimé par la proposition en question, cette proposition subsistant en fait dans son sens général, sinon dans son sens rigoureusement littéral.

Que dit en effet M. Fournier après avoir énoncé cette proposition, qu'il qualifie lui-même d'hypothèse séduisante, d'interprétation qui se présente naturellement à l'esprit ?

« Séduisante de prime abord, dit-il, cette hypothèse ne soutient pas l'analyse. Il est impossible, en effet, de considérer le rhumatisme blennorrhagique comme une manifestation constitutionnelle, et cela par les raisons suivantes (nous avouons n'être pas très-frappé de la justesse de ces raisons) : « Le rhumatisme est, en somme, un accident rare de la blennorrhagie. S'il dépendait d'un état général, d'une infection, il devrait se manifester, sinon dans tous les cas,

du moins d'une façon commune, habituelle ; or il n'a ni la fréquence ni la régularité d'apparition des manifestations constitutionnelles. C'est, tout au contraire, un accident de hasard, irrégulier, exceptionnel, eu égard au nombre immense des blennorrhagies dont l'évolution se fait sans déterminations articulaires, et subordonné à des prédispositions individuelles qui paraisssent jouer un rôle principal dans les conditions pathogéniques de son développement. De plus, cet accident ne s'observe qu'avec la blennorrhagie de l'urèthre, exclusivement.

« D'autre part, la clinique nous présente parfois un phénomène singulier qui doit être rapproché des accidents rhumatismaux de la blennorrhagie. C'est la production d'arthrites déterminées par le cathétérisme. Or ces arthrites, bien que différentes à certains égards du rhumatisme blennorrhagique, n'ont pas moins une analogie significative avec cette dernière affection. Elles témoignent tout au moins qu'il n'est pas besoin d'une cause générale et virulente pour que certains états morbides de l'urèthre deviennent l'occasion de fluxions articulaires...

« De là cette conclusion rationnelle : que les irritations de l'urèthre sont susceptibles d'éveiller des troubles généraux dans l'ensemble de l'organisme et de provoquer des déterminations morbides vers certains systèmes. Or la blennorrhagie n'est-elle pas une irritation de l'urèthre, et de plus une irritation spéciale ? Ne peut-elle pas, à ce titre, développer des accidents de même ordre ; ne peut-elle pas encore en modifier l'expression suivant sa modalité propre ? Dans cette manière de voir, le rhumatisme qui accompagne la blennorrhagie serait une simple variété de ces phénomènes qui se produisent à la suite des excitations pathologiques de l'urèthre ; ce serait moins un accident blennorrhagique qu'un accident uréthral. »

On le voit, il n'y a là qu'une différence d'interprétation d'un fait qui n'en est pas moins admis par M. Fournier. Au lieu d'une disposition diathésique, d'un état blennorrhagique de l'économie, ce serait un état uréthral. Il n'y aurait presque qu'un mot de changé. Dans l'un comme dans l'autre cas, soit de cet état blennorrhagique, soit de cet état uréthral, peuvent procéder des généralisations, des développements de déterminations analogues à celles des diathèses ou des états constitutionnels.

Ceci suffirait à la rigueur pour notre thèse.

Mais nous irons plus loin. L'objection que M. Fournier tire de la rareté de ces manifestations diathésiques, et qui n'en serait pas une en face d'un fait avéré, perdrait évidemment beaucoup de sa valeur si des faits semblables à ceux que nous avons rapportés venaient à se multiplier et si, comme cela est possible et comme M. Landouzy en exprimait la pensée, beaucoup des manifestations que l'on a mises jusqu'à présent sur le compte des médications copahique ou cubébique, étaient en réalité attribuables à la blennorrhagie elle-même.

Notons, en terminant, que l'article d'où nous venons d'extraire les passages qui précèdent, a été écrit et publié en 1866, c'est-à-dire à l'époque même où avait lieu à la Société médicale des hôpitaux la discussion rappelée par M. Féréol. Qui nous dit que, mieux éclairé peut-être par les faits publiés depuis cette époque et par ses observations personnelles, M. Fournier n'a pas modifié sa manière de voir sur ce sujet et qu'il ne serait pas moins éloigné aujourd'hui qu'alors de se rallier à l'opinion que nous lui avons prêtée ? Nous n'oserions assurément pas l'affirmer ; mais nous serions très-heureux et très-flatté en même temps si l'éminent professeur voulait bien nous fixer lui-même sur ce point.

Documents relatifs à l'épidémie actuelle de fièvre typhoïde.

Depuis notre article de samedi dernier sur la fièvre typhoïde régnante, il y a eu un accroissement considérable dans le chiffre des entrées et dans celui de la mortalité. Le dernier Bulletin municipal donne pour la 41e semaine un chiffre total de décès de 1,174, de beaucoup supérieur à celui des quatre semaines précédentes, et pour les décès par fièvre typhoïde le chiffre considérable de 250, celui de la semaine précédente déjà très-élevé étant de 134. Le chiffre des admissions dans les hôpitaux, qui avait été de 536 pendant la période du 25 septembre au 1er octobre, a été de 1001, du 2 au 8 octobre.

On a pu juger, par notre compte rendu de la dernière séance de la Société médicale des hôpitaux, de l'émotion causée parmi ses membres par l'encombrement qui résulte dans les services hospitaliers de cette invasion croissante et par les dangers, peut-être plus grands encore que cet encombrement lui-même, que pourraient créer quelques-unes des mesures d'urgence adoptées par l'administration de l'Assistance publique pour y obvier.

Sous la pression sans doute de la force des évènements et des plaintes réitérées qui se sont fait entendre, l'Administration vient de créer, comme on l'a vu dans notre dernier numéro, une commission d'hygiène hospitalière dont les principaux éléments sont pris dans le corps médical des hôpitaux. Mais en attendant que cette commission fonctionne et qu'elle soit à même d'émettre ses avis, il y a des mesures urgentes à prendre. Pourquoi l'administration de l'Assistance, au lieu de poursuivre la construction de baraquements dans les cours et jardins de ses établissements, dont on vient de lui signaler si énergiquement les dangers, n'élèverait-elle pas ces constructions temporaires en dehors de l'enceinte de Paris, soit dans des locaux lui appartenant, soit dans des locaux libres appartenant à la ville ou même à des particuliers, moyennant les conventions de droit?

Mais, pour rentrer dans le cercle des attributions plus spéciales de cette Revue, disons d'abord que depuis quelques jours une diminution sensible s'est heureusement produite dans les entrées des hôpitaux ; d'après des renseignements tout récents qui nous sont parvenus, cette diminution se serait accusée encore davantage ces deux jours derniers.

Ce n'est pas le moment de nous occuper des particularités plus ou moins intéressantes qui se sont passées sous nos yeux et sur lesquelles nous pourrons revenir à loisir. Les applications des mesures hygiéniques et de la thérapeutique, voilà ce qui doit surtout nous préoccuper. Nous avons satisfait de notre mieux au premier point, en mettant sous les yeux de nos lecteurs les conseils renfermés dans la communication de M. Vallin.

On nous a fait espérer des renseignements sur les délibérations qui ont eu lieu sur ce sujet au conseil d'hygiène publique et de salubrité. Nous les utiliserons avec empressement dès qu'ils auront été mis à notre disposition.

Nous satisferons au second point en signalant, au fur et à mesure qu'ils nous parviendront, les résultats des traitements mis en usage. Disons, en attendant, que l'une des médications qui nous paraissent être le plus en faveur en ce

moment est la médication quinique, non pas aux doses modérées auxquelles on administre assez journellement le sulfate de quinine aux typhoïdiques, soit à titre d'agent hypothermique ou comme modificateur et régulateur du système nerveux, mais aux doses élevées de 3 à 4 et même 5 grammes par jour. C'est surtout dans le service de M. Bouchard, à Lariboisière, et dans les services de l'Hôtel-Dieu, dont M. Joffroy est actuellement chargé, que cette médication est en usage.

Il nous a paru que les effets en ont été généralement heureux. Il y aura lieu, par la suite, de les apprécier comparativement aux résultats obtenus par les diverses autres médications mises en usage dans les autres services. Nous aurons surtout à les comparer avec les effets de la médication salicylique également en voie d'expérimentation.

Traitement de la fièvre typhoïde par les sels de cuivre.

Un de nos confrères, M. le docteur Moricourt, dont nous avons déjà inséré dans nos colonnes diverses communications relatives à l'emploi des sels de cuivre dans la fièvre typhoïde, d'après les instigations de M. le docteur Burq, nous transmet à cette occasion la note suivante :

« J'ai été surpris, en lisant le compte rendu des discussions qui ont eu lieu dernièrement à l'Académie de médecine sur le traitement de la fièvre typhoïde, de ne pas voir figurer les sels de cuivre au nombre des divers médicaments essayés contre cette maladie. Ils avaient cependant, ce me semble, quelques titres à être expérimentés.

En effet, ne sont-ce pas des antiseptiques puissants, ainsi que nos recherches l'ont démontré, et n'ont-ils point encore cet avantage, sur d'autres préparations, l'acide phénique et l'acide salicylique par exemple, d'être sans danger, aux doses où il est nécessaire de les employer, ainsi que cela résulte des expériences de M. Burq faites à l'hôpital de Lariboisière en 1868 et en 1869 conjointement avec le docteur Ducom, et de celles si remarquables faites depuis par M. le docteur Ducom? Ne remplissent-ils point cette condition que recherchait M. le professeur Vulpian, d'être solubles et de pouvoir être absorbés en nature? N'ont-ils point encore celui-ci, qui n'est point à dédaigner dans la médecine des pauvres, qu'ils ne coûtent presque rien?

C'est, fort de ces raisons, encouragé d'ailleurs par les résultats que j'ai obtenus et qui sont consignés dans les observations que j'ai publiées dans la *Gazette des hôpitaux* (n^{os} du 29 mai 1880 et du 29 novembre 1881), que je crois devoir rappeler le mode d'administration et les doses qui m'ont le mieux réussi.

Voici comment j'ai l'habitude de procéder :

Aussitôt que j'ai diagnostiqué ou même dès que je soupçonne la fièvre typhoïde, j'administre le sulfate de cuivre :

1° En potion, à la dose de 30 centigrammes par vingt-quatre heures chez l'adulte, à dose moitié moindre chez l'enfant;

2° En lavement, à la même dose, répétée deux ou trois fois par vingt-quatre heures, suivant la gravité du mal, toujours à dose moitié moindre chez l'enfant.

La formule qui m'a le mieux réussi pour la potion est la suivante :

Julep gommeux	120 grammes.
Sulfate de cuivre ammoniacal.	30 centigrammes.
Sirop de capillaires.	30 grammes.

à prendre une grande cuillerée toutes les heures, soit pure en faisant boire par-dessus, soit dans une tasse de tisane.

Pour les lavements, le véhicule qui m'a paru le mieux approprié est la décoction de lichen d'Islande. On commence par donner un grand lavement pour nettoyer l'intestin. La dose de sulfate de cuivre est ensuite administrée dans un demi-lavement que le malade devra garder. S'il était rendu immédiatement, il y aurait lieu d'en administrer un second.

La potion est d'autant mieux supportée que la maladie est plus grave. Si elle détermine des nausées ou des vomissements, on éloigne les cuillerées ou on diminue la dose du sel de cuivre contenu dans la potion. Peut-être pourrait-on, dans ce cas, lui ajouter un peu de laudanum pour la faire tolérer, ainsi que l'a fait M. le docteur Burq dans le traitement du choléra.

Voici quel a été le résultat de ce traitement, ainsi qu'on peut s'en rendre compte par la lecture de mes observations :

1° Du côté des voies digestives. La langue reste humide et l'alimentation (bouillon ou lait) continue à se faire facilement. Au bout de quelques jours, le météorisme, le gargouillement et la sensibilité du ventre diminuent; les selles, désinfectées, perdent leur odeur; elles diminuent de fréquence, puis se suppriment pendant un jour ou deux, pour être remplacées par des garde-robes moulées. Ce changement dans les garde-robes coïncide avec une amélioration des symptômes.

2° Le pouls s'est maintenu au-dessous de 120.

3° Les accidents pulmonaires ont été peu intenses, ce que je crois pouvoir attribuer en partie à l'état nauséeux provoqué par le sulfate de cuivre, qui facilite l'expectoration.

4° Malgré l'agitation et le délire, l'état des forces est resté bon. Ils n'ont pas eu de convalescence prolongée.

5° La température m'a paru proportionnée à la marche favorable des autres symptômes. (Je n'y insisterai pas, n'ayant pas été à même de la constater, jour par jour, à l'aide du thermomètre.)

Est-il besoin d'ajouter que le traitement par les sels de cuivre n'exclut pas l'emploi des différents moyens que l'expérience a consacrés contre les différentes complications qui peuvent survenir, comme les affusions froides contre l'élévation trop grande de la température, par exemple, les cataplasmes contre le météorisme, etc. Je dois dire cependant que si celui-ci était dû à de la constipation ou à une rétention des matières, il serait bon de suspendre pour un jour ou deux la médication cuprique. Cela a suffi chez une jeune malade de dix-huit ans que je soignais dernièrement, pour ramener les garde-robes et pour faire disparaître avec le météorisme exagéré des symptômes qui m'avaient un moment alarmé.

Tels sont les faits que m'a appris une expérience acquise, j'en conviens, dans un cercle restreint. A ceux qui ont l'avantage de pouvoir expérimenter sur une plus large échelle, de les contrôler, de les critiquer, de dire s'ils sont vrais ou faux. »

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 octobre 1882. — Présidence de M. L. Labbé.

RAPPORTS

Ulcérations des artères. — M. THÉOPHILE ANGER lit un rapport sur une note de M. Humbert, relative aux ulcérations des artères au contact du pus, dans des cas d'ostéomyélite. M. Humbert rapporte deux observations ; dans la seconde observation, il s'agit d'un jeune homme de vingt ans qui était atteint d'un rhumatisme articulaire aigu du genou ; dans le cours de cette affection apparut un gonflement douloureux à la partie inférieure et postérieure de la cuisse, qui fut pris pour un abcès ; une large incision fut faite qui ne donna que du sang : il s'agissait d'un épanchement de sang probablement fourni par une perforation de l'artère poplitée. Le malade guérit, ce qui soulève quelques doutes dans l'esprit de M. le rapporteur sur l'origine artérielle de l'hémorrhagie, attendu, dit-il, qu'on n'est pas habitué à voir guérir ces perforations des artères.

M. Anger rapproche de ces deux faits le fait suivant qu'il a eu récemment l'occasion d'observer dans son service, à Cochin. Il s'agit d'un jeune homme de vingt-six ans, sans antécédents héréditaires, sans syphilis ni alcoolisme, ayant joui jusqu'à présent d'une très-bonne santé. Seulement, douleurs rhumatismales vers l'âge de douze ans. Fièvre typhoïde à dix-huit ans. Depuis un mois il a, sans aucune cause appréciable, une *douleur persistante* à la partie inférieure et interne de la cuisse droite.

Il dit avoir remarqué, à ce moment, une petite boule dans le creux poplité, qui roulait sous le doigt et disparut au bout de quelques jours.

En même temps, un peu de *gonflement* de la région douloureuse de la cuisse. Le malade peut cependant continuer son travail, mais au bout d'une quinzaine de jours, la marche devient de plus en plus difficile ; le gonflement et la douleur augmentent ; le malade se décide à entrer à l'hôpital.

A son entrée à l'hôpital, on trouve, au-dessus du condyle interne, un gonflement très-marqué s'étendant jusqu'à environ 8 ou 10 centimètres au-dessus de l'articulation. La tumeur est arrondie, résistante, de consistance uniforme, sans changement de coloration de la peau. Douleur à la pression. On sent une fluctuation profonde en nappe, paraissant exister sous le périoste, et très-nette, quoique assez difficile à percevoir. Pas de battements ni de souffle.

Le malade éprouve des douleurs constantes à ce niveau et des élancements qui le réveillent parfois la nuit. La douleur est exagérée par la pression et par les mouvements de flexion et d'extension. Il ne peut pas poser le pied à terre. Rien du côté de l'articulation du genou. Pas de symptômes généraux.

Diagnostic : abcès sous-périostique.

Le 3 octobre, le malade étant endormi par le chloroforme, on incise profondément la tumeur au bistouri, sur une longueur de de 4 à 5 centimètres. Aussitôt qu'elle est ouverte, on voit jaillir un flot de sang extrêmement abondant, présentant les caractères du sang veineux, sans caillots. Pas de pus.

L'hémorrhagie cesse lorsqu'on applique le doigt à un endroit précis de la tumeur, au-dessus du condyle.

Si on enfonce l'index profondément, on pénètre dans une vaste cavité formée dans le tissu osseux sous le périoste. Cette cavité s'étend en bas jusqu'au-dessus des condyles. Supérieurement, elle mesure toute la longueur du doigt.

Les parois osseuses, rugueuses, présentent de petites aspérités.

On arrête l'hémorrhagie en bourrant la poche de charpie imbibée de liqueur de Piazza.

Pansement ouaté.

Dans la journée, le sang coule encore lentement et imbibe les pièces du pansement. Mais l'hémorrhagie ne se reproduit pas. T. 40° 4'.

On laisse le pansement en place pendant quarante-huit heures. Lorsqu'on l'enlève, le sang ne coule plus.

On introduit deux tubes à drainage dans la cavité, et on la lave à l'acide phénique.

Pansement phéniqué et ouaté.

Les jours suivants, l'hémorrhagie ne reparaît plus. Il s'écoule seulement un peu de liquide sanieux, sanguinolent, sans pus.

L'extrémité inférieure du fémur s'épaissit considérablement. Elle est un peu sensible à la pression.

Chaque jour lavage de la plaie et pansement phéniqué et ouaté.

La température redescend progressivement et oscille aux environs de 38°.

M. Anger croit devoir rapprocher ce fait de ceux qui ont été décrits par Dupuytren sous le nom de tumeurs sanguines des os ou de tumeurs érectiles. Il n'y avait cependant pas de battements ni de souffle. Dans les cas de M. Humbert, le périoste existait intact ; dans ce cas, au contraire, il était décollé sur une assez grande étendue.

M. Anger cite encore deux autres faits, dont l'un a trait à une jeune fille de dix ans, atteinte de tuberculose pulmonaire et de coxalgie avec fistules multiples par lesquelles s'échappe du pus. Cette jeune fille est morte subitement d'une hémorrhagie de la fémorale. On peut se demander si ces ulcérations des artères, au voisinage des abcès, ne sont pas de nature et d'origine tuberculeuse.

M. MONOD cite deux faits qui lui sont personnels et qui se rapprochent de ceux dont vient de parler M. Anger. L'an dernier il observa, à l'Hôtel-Dieu, un malade atteint d'un abcès par congestion qu'il draina largement à l'aide d'un tube passant derrière la gaine des vaisseaux fémoraux.

Cet enfant eut une première hémorrhagie foudroyante qui obligea M. Monod à faire la ligature de la fémorale ; l'hémorrhagie s'arrêta, mais l'enfant mourut quelques jours après des accidents inflammatoires qu'il présentait.

Le même jour, M. Monod fut appelé dans le service de M. Pozzi, également à l'Hôtel-Dieu, pour un accident semblable survenant, cette fois, au bras. Il s'agissait d'un abcès froid tuberculeux. L'hémorrhagie avait été très-abondante. En mettant l'artère à nu, M. Monod vit que le point de départ de cette hémorrhagie était une petite branche de l'artère humérale ; il en fit la ligature. Mais, le malade ayant succombé, l'autopsie démontra qu'il existait plusieurs perforations. M. Monod regrette que cette artère n'ait pas été l'objet d'un examen histologique complet, cet examen lui aurait permis de voir si les parois de l'artère ne portaient pas de lésions tuberculeuses, car il ne faut pas incriminer les tubes à drainage employés dans ces cas.

M. VERNEUIL fait observer qu'il y a deux questions dans les faits dont vient de parler M. Anger : il y a les faits de M. Humbert, relatifs à la présence du sang dans les abcès sous-périostiques. Je me rappelle, dit-il, avoir vu, à Lariboisière, un petit enfant présentant des accidents graves ; M. Richelot, alors mon interne, pensait qu'il s'agissait d'un érysipèle phlegmoneux de la jambe ; moi, je croyais à un abcès sous-périostique, datant à peine de quatre à cinq jours ; une large incision fut faite ; il s'écoula du sang ou de la sérosité extrêmement sanguinolente. Le périoste était dénudé dans toute son étendue. L'enfant a succombé un peu plus tard à ces accidents inflammatoires aigus.

La seconde question est celle qui est relative à l'hémorrhagie artérielle dans les foyers purulents. Nous avons établi, dans la thèse de M. Delbare, qu'on pouvait impunément dénuder les artères dans les opérations. Pour arriver à cette conclusion, nous avions examiné des dénudations pathologiques et nous avions vu que, s'il n'y avait pas de septicémie, les parois des artères résistaient très-bien. Si, au contraire, il y a des accidents fébriles, scarlatine, septicémie, les parois artérielles se sphacèlent, se ramollissent, finissent par céder, et il se fait des hémorrhagies dans la cavité de l'abcès. En résumé, étant donnée une dénudation traumatique ou pathologique d'une artère, s'il n'y a pas d'état général grave antérieur, l'artère tient bon et il n'y a pas d'hémorrhagies.

Quant à l'explication proposée par M. Anger et relative à la présence d'altérations tuberculeuses des parois artérielles, c'est une autre hypothèse à laquelle je suis tout prêt à me rattacher, mais qui demande une démonstration anatomique ou histologique.

M. DESPRÈS pense que, dans les observations de M. Monod, il faut incriminer les tubes à drainage comme cause de l'hémorrhagie. Quand on place un drain dans un membre, dit-il, il faut avoir soin de nouer l'anse de ce drain du côté opposé à celui où se trouvent les vaisseaux, sans quoi l'on s'expose à les couper, le drain ayant toujours de la tendance à couper les parties molles comprises dans l'anse. J'ai toujours pris cette précaution et, depuis vingt ans, je n'ai jamais eu d'hémorrhagies de ce genre. Il est dit, dans Follin, qu'un abcès ulcérant les vaisseaux est un fait extrêmement rare. Il faut tenir compte aussi de l'hémorrhagie *ex vacuo* des anciens ; si l'on ouvre tard un abcès, la différence de pression subie par les parois artérielles par suite du vide exercé dans la poche de l'abcès peut en favoriser la rupture : c'est l'hémorrhagie *ex vacuo* également très-rare.

Dans le cas de M. Anger, je crois qu'il s'agit d'un hématome sous-périostique produit par un choc ou consécutif à un état voisin du scorbut. Mais ce fait, pas plus que ceux de M. Monod, ne peuvent être étiquetés abcès froids ; les abcès froids sont extrêmement fréquents, les accidents dont il s'agit sont extrêmement rares.

M. MONOD, dans le premier cas dont il a parlé, avait, comme M. Després, incriminé le tube à drainage qui, en effet, passait derrière la gaine des vaisseaux fémoraux. Mais, dans le second fait, il n'y avait pas de drain ; on ne voyait pas une ouverture unique, il y avait plusieurs petites perforations qui devaient faire penser à une lésion spontanée de l'artère.

M. MARCHAND, remplaçant M. Le Dentu, a reçu dans son service un malade, pâle, non tuberculeux, venant d'avoir un rhumatisme, et qui portait à la partie supérieure et externe de la jambe une collection profonde, fluctuante, qu'il prit pour un abcès sous-périostique. Il incisa largement et profondément ; il sortit un sang artériel. Il fit la ligature de la fémorale à l'anneau ; il put constater, pendant l'opération, une rupture spontanée de 2 centimètres de l'artère poplitée. Il lia les deux bouts ; il dut ensuite amputer le membre ; le malade succomba ; on ne trouva pas de lésions tuberculeuses à l'autopsie.

M. LABBÉ. En 1863, Dolbeau venait d'opérer un enfant de trois ans d'un abcès sous-maxillaire. Dans la journée, hémorrhagie foudroyante, pour laquelle il m'appela à son aide ; il dut pratiquer la ligature de la carotide externe. Pendant l'opération, nous vîmes que le sang provenait d'une artériole mise à nu et qui portait de petites perforations non récentes.

M. ANGER se félicite de voir les faits qu'il a communiqués confirmés par ceux de M. Monod. A M. Després il répond que la jeune fille dont il a parlé n'avait pas de drain qui puisse être incriminé. Il admet la possibilité de la tuberculisation de la membrane artérielle elle-même, d'autant plus que cette jeune fille avait de la tuberculose pulmonaire. M. Verneuil dit que les dénudations d'artères, sans septicémie, n'entraînent jamais d'hémorrhagies. M. Anger se rappelle un cas de Nélaton dans lequel, à la suite de l'ablation partielle du maxillaire inférieur, il y eut, trois jours après, une hémorrhagie foudroyante qui emporta le malade. Il n'y avait pas de septicémie ni d'affection générale grave. Dans le cas qu'a rapporté M. Anger et qui lui est personnel, il n'y a pas de foyer de suppuration ; tout le petit triangle de la partie postérieure du fémur est dénudé ; il semble que le sang venait de l'artère de l'os elle-même. Quant à la nature de l'affection, M. Anger n'est pas édifié.

Élongation des nerfs. — M. CHAUVEL fait un rapport sur un travail de M. Vieuss, relatif à l'influence de l'élongation des nerfs sur les paralysies traumatiques.

Lésion de la partie inférieure du rachis. — M. TERRIER fait un rapport sur une observation présentée par M. Guermonprez (de Lille), dans laquelle il s'agit d'un couvreur ayant fait une chute de dix mètres. Douleur dans les deux jambes et au niveau de la quatrième vertèbre lombaire, parésie et anesthésie des membres inférieurs, taches spermatiques sur la chemise, paralysie vésicale, cependant aucune trace de traumatisme, sauf une légère crépitation au niveau de cette quatrième vertèbre ; les jours suivants douleurs très-vives, collection sanguine de la partie supérieure des lombes. L'auteur admet l'existence d'une lésion de la partie inférieure du rachis. Il fait ressortir les bons effets de la compression, de l'extension et de la contre-extension qui font cesser les douleurs.

Fistules recto-vaginales. — M. MONOD rappelle avoir déjà parlé d'une jeune femme atteinte d'une fistule recto-vaginale inférieure consécutive à un abcès, traitée sans succès par les cautérisations, opérée par lui sans succès, les fils ne pouvant repasser par le rectum et l'orifice rectal restant forcément béant. Cette fistule présentait un trajet très-oblique en haut ; l'orifice rectal était à 3 centimètres, l'orifice vaginal ou plutôt vulvaire très-bas.

M. Monod essaya de nouveau la cautérisation et en obtint un résultat déplorable. C'est pourquoi il se décida à passer dans la fistule une sonde cannelée, à inciser le tout et à pratiquer ensuite la périnéorrhaphie. Dix jours après il ôtait les fils et la malade était guérie.

La première tentative de ce genre appartient à Ricord ; il faut également citer les cas de Tillaux, de Dolbeau, de Demarquay, de Richet, de Baker Brown, ainsi que ceux de Le Dentu et Labbé.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — Les inscriptions du premier trimestre de l'année scolaire 1882-1883 seront reçues du lundi 23 octobre au samedi 18 novembre inclusivement, de midi à trois heures, dans l'ordre ci-après : 1° les inscriptions de première et de deuxième année de doctorat et de première année d'officiat, du lundi 23 octobre au jeudi 9 novembre ; 2° les inscriptions de troisième et quatrième années de doctorat, et des deuxième et troisième années d'officiat, du vendredi 10 novembre au samedi 18 du même mois.

Passé le 18 novembre, nulle inscription ne pourra être prise sans une autorisation spéciale accordée, suivant le cas, soit par M. le Recteur, soit par M. le Ministre de l'instruction publique.

Le registre d'inscriptions est ouvert exceptionnellement : 1° depuis le 16 octobre pour les jeunes gens qui, ayant contracté leur engagement pour le volontariat, sont dans l'obligation, pour obtenir un sursis de départ, de justifier qu'ils sont inscrits à la Faculté et qu'ils possèdent au moins une inscription ; 2° jusqu'à la clôture de la session de novembre, pour les candidats qui se présenteront pendant cette session devant les Facultés des lettres et des sciences, à l'effet d'obtenir les diplômes des lauréats ès lettres et ès sciences.

MM. les Étudiants qui ont commencé leurs études médicales en province et qui viennent les continuer à Paris, sont tenus de faire établir leur dossier en produisant les pièces suivantes : 1° certificat de scolarité médical ; 2° acte de naissance ; 3° diplômes de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences ; 4° consentement de leur ayant-droit (père ou tuteur), s'il y a lieu. Ils doivent en outre être accompagnés d'un correspondant autorisé.

Les élèves qui commenceront leurs études en vue du doctorat ne seront admis à prendre la première inscription qu'en présentant et déposant au secrétariat de la Faculté : 1° leurs diplômes de bachelier ès lettres et ès sciences restreint ; leur acte de naissance dûment légalisé ; 3° le consentement de leur ayant-droit (père ou tuteur) ; 4° un certificat de bonnes vie et mœurs. Ils doivent être accompagnés de leurs parents ou d'un correspondant autorisé.

Les aspirants au titre d'officier de santé produiront soit le diplôme de bachelier ès lettres, soit celui de bachelier ès sciences, soit

le certificat de grammaire obtenu conformément aux dispositions de l'article 6 de l'arrêté du 23 décembre 1854.

Les jeunes gens inscrits pour l'officiat ne pourront dans aucun cas convertir en inscriptions de doctorat, pendant la durée de leurs études, les inscriptions qu'ils auraient déjà prises. La concession d'inscription de doctorat correspondant à un certain nombre d'inscriptions d'officiat ne pourra être accordée.

Les bulletins de versement des droits de consignation pour tous les examens sont délivrés à partir de ce jour le lundi et le mardi de chaque semaine, de midi à trois heures. En ce qui concerne le premier examen de doctorat (nouveau mode) et les examens de fin d'année; les consignations seront reçues jusqu'au mardi 7 novembre inclusivement. Les étudiants inscrits pour subir leurs examens seront placés en série d'après l'ordre de leur inscription à la Faculté. Ceux d'entre eux qui, pour des motifs légitimes, demanderaient que le jour de leur examen fût avancé ou reculé, devront en adresser par écrit la demande à M. le Doyen.

Les travaux pratiques sont obligatoires ou facultatifs. Ils sont obligatoires pour tous les élèves de première, deuxième, troisième et quatrième années de doctorat. Ils sont facultatifs pour les élèves pourvus de seize inscriptions, et pour les aspirants à l'officiat.

Les droits afférents aux travaux pratiques obligatoires sont soldés par quart, en prenant l'inscription trimestrielle correspondante. Les droits concernant les travaux pratiques facultatifs sont acquittés en une seule fois, sauf pour les aspirants à l'officiat de première, de deuxième et de troisième année, auxquels est apppliqué le mode de versement établi pour les travaux pratiques obligatoires.

Sont admis à prendre part aux travaux pratiques facultatifs : 1° les étudiants ayant seize inscriptions ; 2° les aspirants à l'officiat ; 3° les docteurs français ; 4° les docteurs et les étudiants étrangers à la Faculté, à la condition d'y être autorisés par M. le Doyen, sur leur demande écrite.

L'autorisation est valable pour l'année scolaire. Des affiches feront connaître la date d'ouverture des travaux pratiques.

Les cartes d'étudiant pour l'année scolaire 1882-1883 seront délivrées au secrétariat de la Faculté aux jours et heures indiquées pour les inscriptions et les consignations.

— MM. les Élèves sont informés qu'ils pourront effectuer en une seule fois et pour l'année entière le versement des droits de bibliothèque et des travaux pratiques au moment de la première inscription de chaque année d'études ; c'est-à-dire en prenant leur première, leur cinquième, leur neuvième et leur treizième inscription. Ce mode de versement, autorisé par décision ministérielle du 16 octobre, ne dispensera pas MM. les Élèves de se présenter au secrétariat au commencement de chaque trimestre pour prendre les inscriptions intermédiaires, deuxième, troisième et quatrième, première année ; sixième, septième et huitième, deuxième année ; dixième, onzième et douzième, troisième année ; quatorzième, quinzième et seizième, quatrième année. Mais grâce aux facilités qui leur sont accordées par ledit arrêté, ils auront l'avantage d'éviter toute perte de temps ou dérangement préjudiciable à leurs études, n'ayant ainsi qu'une fois par an à se présenter à la caisse du receveur des droits universitaires.

— *Avis complémentaire.* — MM. les étudiants ont à remplir les formalités suivantes pour les inscriptions et les consignations :

1° Demande d'un bulletin de versement au secrétariat de la Faculté aux jours et heures indiqués sur les affiches ;

2° Versement, à la caisse du receveur des droits universitaires, 55, rue Saint-Jacques, de la somme indiquée au bulletin de versement.

— Voici, d'après le relevé établi par l'administration de l'Assistance publique, le nombre des malades atteints de la fièvre typhoïde et en traitement en ce moment dans les hôpitaux de Paris :

Hôtel-Dieu, 273. — Pitié, 163. — Charité, 134. — Saint-Antoine, 122. — Necker, 108. — Cochin, 98. — Beaujon, 150. — Lariboisière, 391. — Tenon, 233. — Saint-Louis, 6. — Maison municipale, 63. — Hospice de la vieillesse (femmes), 17. — Les Tournelles, 57. — Enfants-Malades, 121. — Trousseau, 129. — Enfants-Assistés, 1. — Laennec, 73.

Soit un total de 2,139 typhoïdiques.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 13524.

N° 123. — MARDI 24 OCTOBRE 1882. 55e ANNÉE. MARDI 24 OCTOBRE 1882. — N° 123.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. HARDY.

La syphilis et son traitement (1).

IV

Dans la dernière leçon j'ai traité des moyens de diagnostic de la syphilis et des circonstances qui pouvaient influer sur le pronostic. J'arrive maintenant au dernier chapitre qui doit nous occuper, c'est-à-dire au traitement.

Le traitement est spécifique comme la maladie elle-même. Néanmoins la médication à employer présente certaines modifications en rapport avec la gravité des accidents, les différences qu'ils peuvent présenter et la nature des individus atteints.

Tout d'abord nous devons savoir que la syphilis est une affection qui peut guérir spontanément avec le temps et par l'évolution naturelle du mal. Cela est incontestable pour les accidents primitifs qui disparaissent spontanément à un moment donné, quoi que l'on fasse ou que l'on ne fasse pas. Cela est également vrai pour les accidents secondaires, dont la durée est également limitée à une période de deux années. Si quelquefois ces mêmes phénomènes secondaires se manifestent de nouveau dans le cours de la seconde année, nous savons aussi qu'on ne les voit jamais réapparaître après trois ans. Quant à la troisième période, le traitement a sur elle une grande influence. N'intervient-on par aucune médication, la maladie s'éternise et les accidents auxquels elle donne lieu peuvent compromettre la vie des individus.

Ainsi la première période guérit toujours après un temps assez court, la seconde après un temps assez long, et la troisième ne guérit que par l'intervention médicale. Quelques médecins, se fondant sur ces guérisons spontanées dans la première et la seconde période, ont cru pouvoir traiter la syphilis par le mépris, comptant sur l'influence du temps et se bornant pour toute intervention à recourir à l'hygiène et à une médication purement accessoire.

A l'époque où florissaient les doctrines de Broussais, le traitement spécifique fut abandonné à cause de certains inconvénients résultant de l'abus des préparations mercurielles. On prêchait l'efficacité de la médication antiphlogistique à la seconde période de la syphilis, citant à l'appui la disparition des accidents secondaires. Si parfois l'on comptait quelques succès réels, il faut ajouter qu'à cette époque on ne faisait alors aucune distinction entre le chancre mou et le chancre syphilitique : de là les résultats heureux que l'on attribuait entièrement au traitement antiphlogistique (saignées, purgatifs et tisane de gomme). Plus tard, quand on sut différencier la nature de ces deux chancres, on reconnut que les guérisons n'appartenaient qu'aux chancres mous et non point aux autres, et l'on abandonna bien vite une méthode qui ne donnait que des résultats négatifs dans la syphilis. Néanmoins quelques médecins soutiennent encore la méthode expectante et l'hygiène, et l'un des représentants de ces idées, en partie du moins, est M. Diday (de Lyon) qui considère la syphilis *faible* comme pouvant guérir sans mercure et cite quelques faits à l'appui.

A Paris, un chirurgien de cet hôpital même, M. Després, en est le partisan plus exclusif encore ; il ne veut pas employer le traitement spécifique de la syphilis, il repousse comme nuisibles le mercure et l'iodure de potassium. La maladie doit avoir son cours, la guérison sera ainsi plus complète que si l'on intervenait. Faire disparaître les accidents présents, c'est menacer l'avenir. Il faut laisser la syphilis suivre son évolution naturelle. Toute médication ne fait que refouler le mal, celui-ci reste à l'état latent et acquiert d'autant plus de force qu'il éclate plus tard.

Je suis loin de partager cette opinion, car j'ai vu chez un grand nombre de malades abandonnés à eux-mêmes ou traités comme le préconise M. Després, soit par lui-même, soit par d'autres, les accidents avoir une longueur démesurée ou se terminer fatalement tandis que par l'intervention spécifique on obtenait, dans le premier cas, une modification rapide et considérable.

Je ne saurais donc admettre le traitement par l'expectation, par les toniques et par l'hygiène seuls ; car, si quelques malades ont guéri, je dirai que dans l'immense majorité des cas le traitement spécifique est nécessaire, surtout si la maladie est un peu sérieuse. Si par notre intervention la guérison radicale n'est pas absolument assurée dans tous les cas, néanmoins le plus souvent le mal guérit complètement ; bien plus, si le malade est traité à temps dans la deuxième période, nous avons grandes chances que la troisième ne survienne pas. Je crois donc à la nécessité du traitement spécifique, sauf peut-être lorsque la syphilis est très-légère,

(1) Fin. — Voir le numéro du 12 octobre 1882.

de très-courte durée et caractérisée par une éruption légère et superficielle.

Ceci dit, quel est donc le traitement à employer dans les différentes périodes de la maladie?

Première période.— Un individu a un chancre, accident primitif avec ses caractères propres; je le traite par des moyens locaux seulement, sans mercure, par des lotions de vin aromatique, par une pommade au minium, par un mélange à parties égales de poudre d'amidon et de sous-nitrate de bismuth; ces différents agents suffisent le plus souvent, le chancre suit son cours et la cicatrisation a lieu dans l'espace d'un mois. Si l'ulcération syphilitique persiste, au contraire, je la cautérise soit avec le crayon de nitrate d'argent, soit avec une solution de ce même caustique au cinquième ou au dixième seulement, et j'emploie quelquefois alors la pommade au calomel au soixantième. Quant à l'anémie concomitante, je la combats par une bonne hygiène, des bains, du fer et du quinquina. Si, malgré tous ces soins, le chancre persiste et s'accompagne d'une forte induration, — laquelle est regardée par certains auteurs comme un phénomène secondaire, — j'ai recours au mercure qui vient alors hâter la cicatrisation. La plupart des médecins ont recours à la médication mercurielle au début de la maladie dès qu'ils ont reconnu la nature syphilitique des chancres, pour prévenir, disent-ils, la manifestation des accidents secondaires. C'est là une erreur positive; le mercure n'empêchera point ces accidents secondaires de survenir, tout au plus les retardera-t-il, car leur manifestation est fatale, et le mercure ne parvient même pas à en diminuer la gravité. Aussi est-il bien inutile de prescrire la médication spécifique dans ce but, d'autant plus qu'elle peut avoir des inconvénients sérieux.

En résumé, dans la première période, c'est surtout à une bonne hygiène et aux toniques qu'il faut avoir recours.

Deuxième période. — Comme je vous l'ai déjà dit, elle s'annonce quelquefois par de la fièvre, par un malaise général, des douleurs rhumatoïdes, un certain degré de chloro-anémie, surtout chez la femme. Quand il en est ainsi, alors même qu'il existe déjà une éruption secondaire sur la peau ou sur les muqueuses, je conseille d'attendre encore pour recourir aux mercuriaux, surtout s'il y a de l'anémie. Celle-ci, notamment, exigera des toniques.

Mais les prodromes se sont dissipés, l'anémie a diminué: c'est alors qu'il devient utile de s'adresser aux préparations mercurielles, au mercure seul, pour combattre les accidents secondaires soit à leur début, soit pendant le cours de leur évolution. Comme préparation, vous n'aurez que l'embarras du choix; quant à moi, je préfère les mercuriaux à l'état liquide comme d'une absorption plus facile. La meilleure de toutes les préparations est encore la liqueur de Van Swiéten à à la dose de 1 à 2 cuillerées par jour dans un peu de lait ou dans de l'eau. Cependant beaucoup de médecins l'ont abandonnée parce qu'elle est irritante et qu'elle est souvent assez mal supportée par les malades. Néanmoins j'en continue l'emploi à l'hôpital parce que je suis plus certain de la voir prendre, tandis que le mercure en pilules est souvent rejeté par les malades. Beaucoup de syphilitiques éprouvent des douleurs d'estomac plus ou moins vives, une véritable gastralgie, voire même des vomissements par suite de l'emploi de la liqueur de Van Swiéten. C'est alors que je prescris les pilules de proto-iodure de mercure de $0^{gr},025$ à $0^{gr},05$ chacune, à la dose de deux à quatre par jour, soit 5 ou 10 centigrammes ainsi fractionnés dans les vingt-quatre heures. Pour en faciliter la tolérance, on leur associe l'extrait thébaïque. Ces pilules ont quelquefois l'inconvénient de déterminer de la diarrhée: aussi lorsque je ne peux pas prescrire la liqueur de Van Swiéten, je préfère les pilules de Sédillot, qui sont très-douces. C'est un excellent médicament qui a de très-bons effets, qui est très-bien supporté et qui de plus a l'avantage de ne pas laisser soupçonner au malade qu'il renferme du mercure, cet agent si redouté le plus souvent des gens du monde. Le malade, ne sachant pas ce qu'il prend, peut ignorer ainsi qu'il a la syphilis, ce qui, dans certains cas, présente de très-grands avantages. Une femme mariée, ignorant ainsi la nature de l'affection dont son mari est atteint, ne sera pas tentée de l'accuser, de plaider en séparation, etc. En somme, du reste, que doit demander un malade à son médecin? De le guérir et non de lui dire le nom de sa maladie.

En outre, il est encore d'autres préparations qui nous permettent d'employer le mercure, telles par exemple que les frictions mercurielles, surtout chez les individus dont l'estomac est très-susceptible. Mais rappelez-vous qu'au bout de huit ou dix jours les frictions entraîneront une salivation plus ou moins abondante. Aussi est-il préférable de les réserver pour les accidents tertiaires et d'employer le mercure à l'intérieur par les voies digestives.

M. Martineau a appelé l'attention de ses confrères sur la méthode des injections sous-cutanées, assez en faveur depuis un certain temps en Allemagne. Moi-même, il y a quelques années, je les ai essuyées à l'hôpital Saint-Louis; mais j'ai dû y renoncer, par suite de la gravité des accidents locaux qu'elles déterminaient. Mais M. Martineau, s'appuyant sur un assez grand nombre d'expériences et après en avoir pesé les inconvénients et les avantages, a proposé de recourir à la solution de peptone mercurique ammonique préparée de façon à pouvoir en injecter tous les jours 5 milligrammes. L'auteur de ce nouveau mode de faire a rapporté, dans ses communications à la Société médicale des hôpitaux, un grand nombre de guérisons des accidents secondaires et tertiaires.

Néanmoins la médication par la bouche me paraît moins difficile à appliquer en ville que les injections sous-cutanées qui exigent plusieurs fois par jour la présence du médecin, car il faut pour réussir, sans amener aucun accident consécutif, qu'elles soient très-bien faites, que la peau soit complètement traversée par l'instrument, que le liquide injecté soit bien porté dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Je me résume: il est nécessaire d'administrer le mercure contre les cas d'accidents secondaires, si ce n'est peut-être dans les cas extrêmement légers; les résultats en seront excellents, surtout lorsque l'éruption a déjà duré un certain temps, un mois par exemple. La guérison est alors possible dans l'espace d'une quinzaine de jours, sans qu'il soit nécessaire que le mal passe par la troisième période. Accessoirement on cautérisera les plaques muqueuses, on traitera les ulcérations de la gorge par un gargarisme détersif au chlorate de potasse ou en les cautérisant avec le nitrate d'argent. Pendant ce temps on ne négligera pas de prescrire une bonne hygiène.

Troisième période. — Notre malade, sous l'influence ou non du traitement, a vu les accidents secondaires disparaître: est-il à l'abri de tous phénomènes tertiaires? Il nous est impossible de nous prononcer à cet égard.

En tous cas, si ceux-ci apparaissent, le traitement appliqué

jusque-là se modifie; car je n'emploie pas l'iodure de potassium dans la seconde période, à moins d'accidents de céphalée. MM. Ricord et Fournier disent qu'il faut terminer toute cure syphilitique par l'iodure de potassium pour neutraliser les effets du mercure. Mais ou ce dernier est utile et il faut le laisser agir jusqu'au bout, ou il est inutile et il ne faut pas le donner. Pour moi, donc, l'iodure de potassium est inutile à la fin de la période secondaire, sauf le cas de syphilis maligne, présentant concurremment des phénomènes secondaires et tertiaires, cas où l'association des deux médicaments aura sa raison d'être.

Dans la troisième période, l'iodure de potassium est ce qu'est le mercure pour les accidents secondaires. On emploie donc concurremment les deux médicaments, soit en les prescrivant séparés, soit en les donnant associés dans une seule et même préparation comme le sirop de Gibert. C'est là une excellente préparation qui sèche quelquefois en huit jours des ulcérations qui duraient déjà depuis plusieurs mois.

Lorsqu'il se déclare des phénomènes cérébraux ou viscéraux, je donne les deux médicaments séparément, soit l'iodure de potassium par la bouche à la dose de 2 à 5 grammes par jour, et le mercure sous la forme de frictions avec 4 grammes de pommade tous les deux jours, en changeant de région, c'est-à-dire un jour le bras, un jour les membres inférieurs, un autre jour le ventre, ou bien le dos, etc., pour éviter toute irritation locale. On obtient ainsi une grande et prompte amélioration, voire même parfois la guérison des accidents. S'il survient de la salivation, on suspend le mercure pour le reprendre quelques jours plus tard, lorsque celle-ci a cessé. De plus, on traite les accidents locaux, tels que les ulcérations, par des cautérisations, et, si elles sont profondes, par l'onguent digestif, par la poudre d'iodoforme pure ou mêlée d'amidon ; on applique des bandelettes de sparadrap Vigo qu'on laisse en place pendant un jour entier pour les réappliquer vingt-quatre heures plus tard.

Enfin, pour favoriser le succès du traitement, il ne faut pas négliger l'hygiène; je ne saurais trop insister là-dessus. Point de fatigues, point de veilles, pas d'excès alcooliques ou autres, même de travail. Le repos est aussi nécessaire qu'une bonne nourriture réparatrice et sans priver le malade de vin. Pendant le cours de la période secondaire, on empêchera le malade de fumer, pipes, cigares ou cigarettes ne pouvant avoir qu'une très-fâcheuse influence sur les plaques muqueuses de la bouche, de la langue ou de la gorge, et les empêcher de guérir, les faire s'éterniser pendant trois et quatre années. Interdiction donc du tabac à tout individu syphilitique.

C'est ainsi que, par un traitement spécifique, rationnel, sagement appliqué, vous arriverez à faire cesser les accidents, à les guérir, mais sans pouvoir malheureusement faire disparaître complètement la cause organique, le poison introduit dans l'économie, le malade restant intoxiqué par un virus spécial. Aussi ne nous est-il jamais possible de prédire ce qui pourra arriver dans l'avenir.

Le meilleur moyen, néanmoins, de prévenir le développement des accidents tertiaires, c'est d'éviter tous excès de quelque nature qu'ils soient, toutes fatigues, tous chagrins sérieux, etc. ; c'est aussi de suivre une excellente hygiène, de fortifier par de bons toniques les individus atteints par la syphilis ; c'est enfin d'intervenir activement par le traitement spécifique.

C'est par là que je termine ce que j'avais à vous dire touchant la maladie que quelques-uns d'entre mes auditeurs m'avaient demandé de traiter dans cet amphithéâtre.

CLINIQUE DE RIO-DE-JANEIRO. — M. Fort.

Ablation d'un cancer de l'estomac.

Au mois d'octobre 1881, je suis consulté par Mme A..., de Rio-de-Janeiro, et supplié de lui pratiquer une opération pour la débarrasser d'une tumeur abdominale. Cette femme avait tous les symptômes fonctionnels et physiques d'un cancer de l'estomac. Elle était extrêmement maigre et la tumeur était visible à l'œil nu. On pouvait suivre les mouvements d'ascension et de descente que lui imprimait le jeu de la respiration. A travers la paroi abdominale très-mince, on mesurait facilement cette tumeur, qui avait 8 centimètres environ en travers et 6 de haut en bas.

La tumeur étant située immédiatement au-dessus de l'ombilic sur la ligne médiane et se trouvant très-éloignée du foie, j'ai supposé qu'elle siégeait sur la paroi antérieure de l'estomac et j'ai accédé au désir de la malade.

Le 9 novembre 1881, la malade étant chloroformée, je me prépare à faire l'opération dans la maison de santé de Santa-Theresa. J'incise la paroi abdominale et, la cavité abdominale ouverte, je constate que le cancer stomacal occupe une partie de l'estomac et la région pylorique.

A cette époque, je n'avais pas encore eu connaissance des opérations de cancer de l'estomac pratiquées par Billroth, Rydygier, Lausenstein, Ledderhose et Nycolaïsen. J'étais bien tenté de faire l'ablation du cancer, mais, craignant d'être taxé de témérité, je laissai la tumeur en place et fis la suture de la paroi abdominale. La plaie guérit en sept jours. Le neuvième jour la malade quittait la maison de santé. Cette *incision exploratrice* fut pratiquée en présence des docteurs Baron de Cattete, Andrade, Cunha Pinto, Alfredo Guimaraës et Poncy.

Quelques mois après, la malade me fit appeler de nouveau ; elle vomissait absolument tout ce qu'elle prenait, elle était encore plus maigre et extrêmement faible. Elle me supplia de lui faire l'opération. J'avais lu alors la description des opérations pratiquées en Allemagne pour l'ablation du cancer de l'estomac, et, enhardi par le succès de Billroth, je pratiquai l'opération le 17 avril 1882, au domicile même de la malade. Il était évident que la tumeur avait un peu augmenté de volume.

La paroi abdominale étant incisée, j'arrive sur l'estomac que j'incise circulairement à gauche de la lésion. Au moyen de pinces hémostatiques, je préviens toute hémorrhagie. J'enlève également la deuxième portion du duodénum. La tumeur cancéreuse adhérait en arrière au pancréas, à la veine-porte et aux autres organes du pédicule hépatique. La dissection en a été très-laborieuse et s'est terminée très-heureusement. Je dirai la même chose au sujet d'adhérences de la tumeur avec le colon transversé. De nombreux ganglions dégénérés, et situés aussi bien dans le petit épiploon que dans le grand épiploon, ont été enlevés avec la tumeur.

Après l'ablation de la masse cancéreuse, qui pesait 300 grammes, il s'agissait de suturer l'estomac et le duodénum divisés, c'est-à-dire une circonférence très-grande avec une autre très-petite. Pour réduire la circonférence de l'estomac divisé, j'ai enlevé à cet organe un lambeau triangulaire dont le sommet correspondait au grand bord de l'estomac et la base au point sectionné. Puis j'ai réuni les deux bords de cette solution de continuité. Il a été ensuite très-facile de rapprocher l'estomac du duodénum.

J'ai maintenu béant ce dernier organe en y introduisant un fragment de grosse canule rectale en caoutchouc. J'ai réuni la partie postérieure de la section du duodénum avec celle de l'estomac en adossant les séreuses et en faisant des points séparés. Le reste des sutures a été fait d'après le procédé de Gély.

L'adossement s'est fait parfaitement. Il n'y a pas eu d'hémorrhagie. Malheureusement l'opération a duré deux heures. J'ai déjà dit à quel degré d'affaissement était parvenue la malade ; elle a succombé peu de temps après l'opération, sans avoir pu être réveillée.

L'opération a eu lieu en présence des docteurs Andrade, Barros Henrique, Poncy, Samico et Rocha, qui ont bien voulu mettre leur savoir à ma disposition dans le cours de l'opération.

Pour moi, je déclare que l'opération du cancer de l'estomac est une opération faite à l'aveugle, parce que le chirurgien ne peut pas juger avant l'opération du nombre de ganglions dégénérés. Dans le cas actuel, ces ganglions s'étendaient si loin dans l'épaisseur des épiploons que leur ablation totale était impossible. En admettant que l'opération eût réussi, une récidive très-prochaine était certaine. Je considère les deux cas de succès de Billroth comme des cas heureux et absolument indépendants du tact chirurgical que peut déployer le chirurgien avant l'opération. Mais n'est-on pas autorisé à tenter cette seule chance d'espoir sur un malade voué à une mort certaine ?

DES CORPS ÉTRANGERS

DU CONDUIT PHARYNGO-ŒSOPHAGIEN

Par le docteur E. Paulin (de Lunéville).

Le numéro du 29 août 1882 de la *Gazette des Hôpitaux* a publié d'intéressantes observations du docteur Fourrier sur les corps étrangers arrêtés dans le conduit pharyngo-œsophagien. Voici encore une note à ajouter à cet intéressant chapitre de pathologie.

Le 14 septembre 1881, la femme B..., de Jolivet (Meurthe-et-Moselle), me présente son enfant, un petit garçon âgé de six mois, malade depuis une huitaine de jours. Il a, dit-elle, la poitrine grasse, et il est si gêné en respirant qu'il ne peut presque plus prendre de nourriture. Quand on lui donne le sein, il le quitte à chaque instant; depuis quelques jours il a beaucoup maigri. La mère ajoute qu'elle l'a fait vomir il y a quatre ou cinq jours sans améliorer la situation.

La face de l'enfant était remarquablement pâle et anxieuse. La respiration était accélérée, et je me disposai à ausculter. Comme je croyais entendre une sorte de râle trachéal, je m'attendais à trouver une grande quantité de rhonchus du haut en bas de la poitrine. Bien au contraire, aucun bruit morbide à l'auscultation. L'examen de la gorge ne donne aucun renseignement. S'agit-il d'une affection du larynx ? Mais il n'y a pas d'accès de suffocation ; il n'y a pas d'aphonie, bien que le cri soit faible. L'enfant n'a pas de fièvre.

J'étais assez embarrassé de poser un diagnostic, quand l'idée me vint d'un corps étranger du pharynx. Ce que j'avais pris pour un râle trachéal n'était peut-être qu'un raclement pharyngien. Malgré les dénégations de la mère qui prétendait que l'enfant avait été bien surveillé, j'introduisis mon doigt indicateur dans la bouche de l'enfant (ce qui était assez facile puisqu'il n'avait pas encore de dents). Or, en arrière de la base de la langue, je me sentis immédiatement piqué par un corps dur qui s'élevait et descendait avec les mouvements de déglutition. Armé d'une pince courbe à polypes, et me servant de l'indicateur gauche comme guide, je me mis en devoir d'extraire le corps étranger. L'extraction fut assez facile, et quand le corps étranger fut retiré, l'enfant rendit un peu de salive striée à peine de quelques filets de sang.

Ce corps étranger était volumineux, long et large. C'était une de ces broches dont les femmes se servent pour fixer les vêtements. Elle se composait de deux épingles articulées portant une lettre initiale, la lettre S soudée à l'une d'elles. Les aiguilles en cuivre mesuraient 4 centimètres de longueur, et la lettre initiale, en métal blanc, 23 millimètres de largeur. La broche avait pénétré du côté de l'articulation, de telle sorte que les pointes étaient dirigées en haut, en arrière de la base de la langue. Grâce à la largeur de la lettre initiale, les épingles ne pouvaient pas s'engager bien loin dans l'œsophage, et la lettre initiale était maintenue fixée dans le pharynx.

Presque aussitôt après l'extraction de la broche, la respiration reprit son rhythme normal et l'enfant se mit à boire avec avidité. Aucun accident consécutif; l'enfant s'est toujours bien porté depuis, il vit encore aujourd'hui.

Cette observation m'a semblé intéressante à un double point de vue.

Et d'abord il est remarquable de voir un corps étranger volumineux et même inégal, arrêté pendant assez longtemps sans entraîner de désordres consécutifs (perforations, hémorrhagies, etc.), d'autant plus que chez les enfants il se produit facilement des mortifications. Je ferai observer, en outre, que l'absence de commémoratifs est assez fréquente lorsqu'il s'agit d'un enfant.

C'est ce qui est arrivé dans le cas qui nous occupe ; c'est ce qui nous explique aussi, comme le confessent les auteurs, que les corps étrangers sont parfois méconnus. Le tableau clinique de mon petit malade peut être esquissé en quelques traits : de l'anxiété de la face, de l'accélération de la respiration, voilà tout ; ajoutez à cela un certain raclement pharyngien, sur la signification duquel on pouvait tout d'abord se méprendre.

Ce n'était pas assez pour affirmer la présence d'un corps étranger, c'était assez pour éveiller l'attention. Aussi je pense que lorsqu'on éprouve après l'examen d'un jeune enfant quelques incertitudes, lorsqu'on trouve une réunion bizarre de symptômes inexpliqués, on doit introduire dans le pharynx son doigt indicateur. Le résultat sera souvent négatif, mais qu'importe. On a l'habitude d'examiner la gorge des enfants; si l'on voulait éviter toute chance d'erreur, on pratiquerait quelquefois aussi le *toucher pharyngien*. Pourquoi ne pratiquerait-on pas chez l'enfant le toucher pharyngien, comme on pratique chez l'adulte le toucher rectal et le toucher vaginal ? Ce mode d'exploration ne répugne pas à l'enfant, il n'offre de difficultés sérieuses que chez les plus indociles, et je crois qu'on ferait bien d'y recourir plus souvent. On suppléerait ainsi à l'absence de commémoratifs.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 21 octobre 1882. — Présidence de M. Paul Bert.

COMMUNICATIONS

Maladie parasitaire du dauphin. — M. Mégnin présente l'estomac d'un dauphin pêché le mois dernier à Concarneau et qui renferme plusieurs milliers d'ascarides, de l'espèce *Ascaris simplex*, dont les individus sont fixés à la muqueuse par leur bouche. Il présente en même temps une portion du canal biliaire du même cétacé qui contient une foule de petits nématoïdes filiformes, fortement incrustés dans la muqueuse par leur extrémité antérieure et qui tous sont agames ; ce ne sont autre chose que les larves de la première espèce, ce qui montre où se passe la phase larvaire de ce parasite, phase inconnue jusqu'à présent aussi bien que le lieu où elle se développe.

M. Mégnin présente aussi des vers vésiculaires, ayant le volume et l'apparence d'échinocoques, et qui ont été trouvés en grande

abondance dans le tissu musculaire du même dauphin. Ces vers vésiculaires, contenus et libres dans des kystes, renferment un long ver filiforme dont une extrémité adhère à la paroi interne de la vésicule et dont l'autre libre présente invaginé un scolex de *phyllobothrium* reconnaissable à ses quatre bothridies triangulaires et foliacées portant chacune à leur extrémité une petite ventouse. C'est la deuxième fois que ce ver vésiculaire est rencontré; il avait été vu une première fois par Van Beneden, aussi chez un dauphin et aussi à Concarneau.

Respiration artificielle. — M. REGNARD présente un appareil, fort simple et très-ingénieux, destiné à pratiquer la respiration artificielle dans les laboratoires de physiologie. Cet appareil, qui fonctionne par suite de l'élévation et de la diminution successives d'une colonne d'eau, s'emplit et se vide tout seul. Il peut également, placé sur le plateau d'une balance, servir de moteur, par suite de son changement de poids, selon qu'il est vide ou plein.

M. MATHIAS-DUVAL fait observer que cet appareil pourrait servir pour aérer les aquariums.

M. FRANCK dit qu'il serait avantageux d'adapter cet appareil à une méthode qui permît de substituer, dans la respiration artificielle, l'inspiration par aspiration à l'inspiration par insufflation.

M. BROWN-SÉQUARD fait observer qu'il y a déjà longtemps qu'il a cherché à faire la respiration artificielle par une force dilatatrice appliquée à l'extérieur du thorax.

Anesthésie du larynx par l'acide carbonique. — M. BROWN-SÉQUARD rappelle avoir fait récemment à l'Académie des sciences une communication sur l'insensibilité du larynx obtenue par l'acide carbonique. Il n'est pas nécessaire, dit-il, d'employer l'acide carbonique pur; un mélange d'oxygène et d'acide carbonique produit également l'anesthésie. On peut, en agissant peu à peu sur les muqueuses buccale, pharyngienne et laryngienne, produire, sans difficultés, graduellement l'anesthésie. L'expérience ayant démontré qu'on peut, sans courir de risques, injecter des liquides dans les poumons d'animaux trachéotomisés, si l'on possède un moyen sûr de rendre le larynx insensible, on pourra, dès lors, dans des cas d'hémorrhagies pulmonaires, par exemple, injecter directement dans les poumons une solution d'ergotine, après avoir préalablement anesthésié le larynx par un courant d'acide carbonique. On arrêterait ainsi bien plus vite l'hémorrhagie que par des injections sous-cutanées d'ergotine.

L'anesthésie obtenue par l'acide carbonique, qu'elle soit locale ou générale, cesse avec une rapidité prodigieuse. Si l'on introduit deux tubes dans la trachée d'un animal, l'un dans la partie supérieure de la trachée, l'autre dans sa partie inférieure, si l'on fait passer un courant d'acide carbonique dans le tube supérieur, on arrête la respiration. L'animal qui a cessé de respirer a du sang rouge dans les veines. Il n'y a pas d'anesthésie générale. L'acide carbonique porté sur le larynx ne produit qu'une anesthésie locale. Injecté dans le sang, il produit à la fois l'anesthésie locale et l'anesthésie générale.

Un monstre double. — M. PAUL BERT a observé à Genève un monstre double de l'espèce humaine. C'est un enfant de cinq ans, du sexe masculin, qui a deux têtes, deux thorax, quatre bras, un seul abdomen et une seule paire de jambes. La fusion des deux individus se fait à l'ombilic, ou, si l'on veut, c'est un être double au-dessus de l'ombilic, simple au-dessous. Il a deux cœurs, quatre poumons, deux estomacs, probablement deux duodénums. Au-dessous, l'unité anatomique est bien nette pour l'anus, les organes génitaux et les membres inférieurs. Mais si, dans cette partie inférieure, il y a bien nettement unité anatomique, il y a dualité physiologique : chacun des deux monstres se rapporte au membre inférieur qui est de son côté; ils jouent, ils se battent à l'aide de leurs jambes qu'ils opposent l'une à l'autre.

Ces deux êtres se ressemblent par les traits du visage, ce qui permet au cornac qui les montre, d'affirmer que ce sont deux jumeaux. Ils jouissent d'une intelligence assez développée; ils parlent français, italien et allemand. Ils sont bien portants, seulement un peu anémiques par suite de la vie confinée qu'ils mènent. Ils ne peuvent marcher. Ils sont distincts, indépendants l'un de l'autre dans leurs efforts intellectuels; ils dorment et mangent alternativement et indépendamment l'un de l'autre. La sensation de la faim et de la soif est également indépendante. Si l'un mange, cela ne suffit pas à l'autre. La dualité de l'estomac entraîne la dualité de la réplétion et de la satisfaction. Ils ont été baptisés chacun séparément, sous les noms de Jean et de Jacques.

Ce monstre vivra-t-il? Il n'y a pas de raisons pour qu'il ne vive pas. Toutefois les chances de mort sont doubles, puisque la mort de l'un entraîne fatalement la mort de l'autre. Ils se sont bien portés jusqu'ici. D'après des faits antérieurs analogues, il est clair que l'un pourrait avoir la fièvre sans que l'autre fût malade. Il serait intéressant de savoir si, l'un d'eux ayant été vacciné, l'autre pourrait l'être ultérieurement avec succès.

Ils éprouvent simultanément le besoin d'uriner et le besoin de défécation.

M. Bert rapproche de ce fait celui du fou de Jacques IV d'Écosse, qui était un monstre double semblable à celui-ci; des deux êtres qui le composaient, l'un était plein d'intelligence, d'esprit et de verve; il était bon musicien et, par sa beauté aussi bien que par son esprit, charmait les dames de la cour; l'autre, au contraire, était laid, idiot et ivrogne à un tel degré qu'il a fini par tuer son frère, en mourant lui-même alcoolique. Ces deux êtres n'étaient jamais d'accord; ils se battaient et s'arrachaient la bouteille des mains, l'un pour la boire, l'autre pour la jeter. Dans ces cas, lorsque l'un des deux êtres est mortellement atteint, c'est l'autre, celui qui était resté bien portant, qui meurt le premier.

De pareils êtres soulèvent un grand nombre de problèmes intéressants : l'un devenant phthisique, que deviendrait l'autre? Les sympathies dans les parties communes sont-elles bilatérales ou unilatérales? En cas de crime commis par l'un d'eux, que serait la sanction pénale? etc., etc.

Auscultation du son du diapason. — M. GELLÉ, au cours de ses expériences sur l'auscultation du son du diapason et des modifications que font subir à l'audition les variations imprimées à l'appareil conducteur soit par des pressions douces sur le tube de caoutchouc, soit par la déglutition, le nez pincé, soit par l'épreuve de Valsalva ou par le bâillement, etc., a constaté quelques faits nouveaux, dont la clinique pourra tirer parti.

Il prend un diapason normal de dimension moyenne (9 centimètres de longueur), il le met en vibration par choc, puis en applique la tige sur *les os propres du nez*, qui, on le sait, sont des conducteurs excellents du son vers les oreilles. Le son est largement perçu.

Aussitôt, dit-il, je ferme la bouche, les dents légèrement serrées, ce qui accroît un peu la conduction osseuse; puis vivement et avec énergie, je serre les mâchoires d'un coup sec. Or le son est immédiatement éteint, c'est-à-dire pendant la courte durée de l'effort musculaire; il reparaît aussitôt que l'effort cesse. A chaque contraction nouvelle, même résultat : atténuation du son.

Si, au lieu de poser le diapason en vibration sur les os du nez, je le place sur le front (bosse frontale droite ou gauche), toujours on obtient un résultat identique : au moment de la contraction, il y a suppression nette du courant sonore.

De même, si je substitue au son solidien un son apporté par l'air, ou son par influence, la contraction des muscles masticateurs, si elle est vigoureuse, amène aussi l'extinction du son. Au même moment, on perçoit le bruit rotatoire spécial à la contraction musculaire. De plus, sous l'influence de la contraction des muscles masticateurs, on voit naître un bruissement particulier qui croît en proportion de l'effort effectué et de sa répétition. Ce bruissement reste avec la cause; cependant l'oreille en conserve l'impression assez longtemps si l'on a répété trop souvent l'épreuve.

Si l'oreille était affectée antécédemment de bourdonnement, celui-ci s'accroît d'une façon notable et persiste plus longtemps.

Telle est l'expérience. Elle montre qu'un son aérien ou solidien étant donné, sous l'influence de l'action surexcitée des muscles masticateurs (ou pendant la mastication), il se produit dans l'oreille un mouvement synergique et de même durée qui cause l'assourdissement passager et fait naître du bourdonnement.

Quel est ce mouvement? et quelle est son action sur l'audition? Comment se trouve produit le silence qui accompagne la contraction des mâchoires?

Luco a observé que si l'on ferme énergiquement les paupières, ou si l'on fait contracter avec force les peauciers de la face, tandis qu'un manomètre est placé au méat auditif externe, le niveau de la colonne liquide s'élève, et il en a conclu à un déplacement en dehors de la cloison tympanique. Or ce déplacement, Luco l'explique par la contraction du muscle de l'étrier qui relâche la membrane tendue par le muscle interne du marteau.

La cause de cette contraction du stapédius tiendrait, d'après lui, à ce que l'impulsion motrice passe aussi sur ce petit muscle quand l'innervation du facial est surexcité dans les actes de la mimique et surtout lors de la contraction des muscles orbiculaires des paupières.

J'ai démontré dans mes « études des mouvements du tympan par la méthode graphique » que l'ascension de la colonne liquide était due à la contraction plus ou moins spasmodique des muscles auriculaires. Les tracés avec leurs courbes inégales ne se forment plus, si l'on immobilise le pavillon et si l'on paralyse ainsi l'action des muscles peauciers de l'oreille.

Il faut donc chercher ailleurs; Fick a constaté et a démontré (M. Duval, art. Ouïe, *Dictionnaire médical et chirurgical*) que sous l'influence des contractions vigoureuses des muscles masticateurs on observe la contraction synergique du muscle interne du marteau.

L'auteur n'explique pas comment Fick est arrivé à cette conclusion. Si l'on s'en rapporte aux notions de l'acoustique et de la physiologie de l'audition, l'opinion de Fick semble devoir être admise. Et des expériences, que j'ai présentées plus haut, on peut conclure également que le silence observé pendant la contraction des mâchoires est causé par l'action synergique du tenseur du tympan.

On connaît, en effet, les rapports intimes qui existent entre le nerf masticateur, branche motrice du trijumeau, et le ganglion otique, d'où naît le rameau nerveux qui amène le muscle du marteau. L'excitation du nerf d'origine éveille sans doute la contraction simultanée de l'ensemble des muscles innervés par lui.

Rappelons qu'en clinique otologique il est fréquent d'observer l'augmentation des bourdonnements, de la surdité et des vertiges sous l'influence de la mastication.

Le vertige de Menière, surtout, advient souvent d'une façon subite au moment des repas.

La séance est levée.

CONSEIL D'HYGIÈNE ET DE SALUBRITE

Dans sa séance de jeudi, le Conseil d'hygiène et de salubrité a approuvé le questionnaire ci-après qui va être envoyé aux commissions d'hygiène et de salubrité de Paris et de la banlieue, ainsi qu'aux membres du corps médical :

Enquête sur les causes de la propagation et le développement de la fièvre typhoïde à Paris.

1° Considérations générales. — Quelles sont les causes générales qui ont pu influer sur l'épidémie de fièvre dans l'arrondissement? (Considérations météorologiques, telluriques, etc... encombrement, etc.). — Peut-on suivre une filiation dans les cas observés?

2° Considérations spéciales a chacun des cas. — *A.* — Examen des localités. — *État de la chambre.* — Le malade demeure-t-il en garni? — Combien de personnes couchent habituellement dans sa chambre? — Cette chambre est-elle salubre? — A quel étage se trouve-t-elle? — Est-elle en façade sur la rue?

État de la maison. — D'où provient l'eau consommée habituellement dans la maison? Cette eau est-elle filtrée? — La maison est-elle en bon état d'entretien? — Ses cours intérieures sont-elles en bon état? (amas d'immondices, résidus industriels ou autres causes d'insalubrité). — Comment se fait l'écoulement des eaux de la maison? (souterrainement ou par puisard, ou par ruisseau). — Dans quel état sont les latrines? — Quel est le système de vidange en usage? (fosses fixes, fosses mobiles, système diviseur, etc.).

État de la rue. — La rue est-elle pavée, bitumée ou macadamisée? — Quelle est sa largeur? — Est-elle pourvue d'égout? — A quelle distance la maison se trouve-t-elle des bouches d'égout? Ces bouches d'égout répandent-elles de l'odeur? — État des ruisseaux de la rue? — Exécute-t-on des terrassements importants dans la rue ou dans le voisinage? A quelle distance?

B. — Examen de l'individu. — *Examen du malade.* — Sexe, âge, état civil et profession. — Nationalité. — Lieu de naissance. — Depuis combien de temps le malade est-il à Paris? — Quelles sont les causes qui ont pu influer sur le développement de la maladie? (fatigues physiques, émotions morales, changement d'habitude et de régime, etc.).

C. — Mode de contagion. — *Recherche du mode de contagion.* — A-t-il existé précédemment dans la maison ou dans son voisinage des cas de fièvre typhoïde? Leur nombre, leur date. Préciser la date du dernier cas. — Le malade a-t-il été en contact avec un individu atteint de fièvre typhoïde? — La transmission a-t-elle pu être faite par des déjections, des linges souillés par des matières, etc.? — Le Conseil d'hygiène et de salubrité serait reconnaissant aux commissions d'hygiène et aux médecins traitants, de lui fournir tous autres renseignements qu'ils jugeraient utiles concernant l'étiologie de la fièvre typhoïde.

L'*instruction* suivante sur les précautions à prendre concernant la fièvre typhoïde est, d'autre part, approuvée par le Conseil d'hygiène, et elle va être distribuée dans les immeubles où la maladie s'est produite.

Instructions du Conseil d'hygiène sur la fièvre typhoïde. — Lorsqu'un malade est reconnu atteint de fièvre typhoïde, il convient de prendre les mesures hygiéniques suivantes :

1° *Isolement.* — Le malade doit être isolé autant que possible des autres habitants de la maison.

Si le local ne permet pas un isolement suffisant, il est préférable de transporter le malade à l'hôpital.

Si le malade reste en son domicile, les personnes nécessaires pour lui donner des soins doivent seules pénétrer dans sa chambre, dont l'entrée est sévèrement interdite aux enfants et aux jeunes gens. Les personnes soignant le malade font bien de se laver à l'eau phéniquée (10 grammes par litre d'eau).

2° *Aération de la chambre.* — La chambre doit être facile à aérer; les tentures, rideaux et tapis doivent en être retirés; le lit doit être, autant que possible, placé au milieu de la chambre.

3° *Désinfection des déjections.* — Toutes les déjections du malade, avant d'être portées de la chambre aux latrines, doivent être désinfectées au fur et à mesure par une solution de chlorure de zinc (50 grammes par litre d'eau). Cette solution sera également employée à laver largement les latrines chaque fois que des déjections y auront été jetées.

4° *Désinfection des vêtements.* — Tous les vêtements de corps, tous les linges de literie ayant servi au malade, avant d'être portés hors de sa chambre doivent être plongés dans une solution d'acide phénique (20 grammes par litre d'eau), et donnés immédiatement au blanchissage.

5° *Assainissement de la chambre.* — Lors du départ ou de la

guérison du malade, on place dans la chambre, sur un lit de sable, une terrine contenant quelques charbons allumés sur lesquels on met une quantité de soufre concassé proportionnelle à la capacité de la pièce (20 grammes par mètre cube). La chambre reste fermée vingt-quatre heures. Passé ce délai, les objets de literie et vêtements contenus dans cette chambre doivent être nettoyés avec le plus grand soin.

La chambre doit être largement lavée ou lessivée à l'eau phéniquée (20 grammes par litre d'eau).

Cette chambre ne sera réhabitée qu'après avoir été largement aérée pendant au moins une semaine.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 21 octobre 1882, M. le docteur Paul Cazeneuve, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de chimie organique et toxicologique à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon (chaire nouvelle).

— Par décision ministérielle en date du 18 octobre 1882, ont été désignés pour remplir les fonctions de directeur du service de santé de corps d'armée MM. les médecins-inspecteurs et médecins principaux de première classse dont les noms suivent :

Gouvernement militaire de Paris, M. Colin, médecin-inspecteur; 1er corps d'armée, M. Cuignet; 2e corps d'armée, M. Hamel; 3e corps d'armée, M. Weber; 4e corps d'armée, M. Leplat; 5e corps d'armée, M. Arnould; 6e corps d'armée, M. Dauvé; 7e corps d'armée, M. Morand; 8e corps d'armée, M. Haitute; 9e corps d'armée, M. Delcominète; 10e corps d'armée, M. Roudet; 11e corps d'armée, M. Lagarde; 12e corps d'armée, M. Cochu; 13e corps d'armée, M. Papillon; 14e corps d'armée et gouvernement militaire de Lyon, M. Baudoin, médecin-inspecteur; 15e corps d'armée, M. Levié; 16e corps d'armée, M. Castex; 17e corps d'armée, M. Alix; 18e corps d'armée, M. Maffre; 19e corps d'armée, M. Gaujot, médecin-inspecteur; corps d'occupation de Tunisie, M. Vedrènes.

— Une mesure dont nous ne pouvons que féliciter l'administration est celle que vient de prendre la Préfecture de police pour le transport des varioleux dans des voitures spéciales; voici, du reste, la teneur de la circulaire adressée à ce sujet le 14 courant par M. Camescasse aux commissaires de police de Paris :

« Mon administration a fait construire trois voitures spéciales destinées au transport dans les hôpitaux des malades atteints de variole.

Ces voitures sont remisées dans les dépendances de l'Hôtel-Dieu.

J'ai l'honneur de vous faire connaître quelles sont les dispositions prises par mon administration, d'accord avec celle de l'Assistance publique pour l'emploi de ces voitures.

Lorsqu'une demande de transport à l'hôpital vous sera adressée, vous vous ferez remettre un certificat médical constatant la nature de la maladie, et vous m'enverrez un télégramme mentionnant le nom et la demeure du varioleux. L'administration de l'Assistance publique m'indiquant alors à quel hôpital le malade pourra être conduit, la voiture partira immédiatement de l'Hôtel-Dieu pour aller le prendre à domicile et le transporter à l'hôpital.

Vous aurez à prévenir les intéressés qu'ils se tiennent prêts à faire monter le malade dans la voiture dès qu'elle sera rendue à destination, et vous les aviserez qu'un parent ou un ami pourra prendre place sur le siège près du cocher. »

— Un concours pour une place de prosecteur s'ouvrira le lundi 30 octobre 1882 à la Faculté de médecine de Bordeaux.

— *Épidémies.* — On télégraphie de Manille que l'épidémie cholérique qui sévissait dans cette province est en décroissance. On ne signale plus que quatre décès en moyenne par jour. Par contre, l'épidémie continue à sévir dans les îles Bissagos.

— M. le préfet de police doit proposer, dès l'ouverture de la prochaine session du Conseil municipal de Paris, de porter de 10 à 20 francs, à partir du 1er janvier 1883, pour les accouchements, les honoraires des visites du service médical de nuit. La moyenne annuelle des accouchements faits par ce service est d'environ 500 (en 1880, 445, et en 1881, 541).

— Les cours de l'École des infirmiers et infirmières institués à l'asile des aliénés de Sainte-Anne commenceront le mardi 24 octobre 1882, à huit heures du soir, dans l'amphithéâtre de l'admission et se continueront les mardis et vendredis à la même heure.

Le programme comprendra des cours d'hygiène, de pansement, de petite chirurgie et d'applications hydrothérapiques, de physiologie, d'anatomie, de petite pharmacie, etc. Ces cours auront lieu sous la direction de MM. Bouchereau, Dagonet, et Magnan, médecin en chef, et de M. Quesneville, pharmacien en chef de l'asile Sainte-Anne.

Les personnes étrangères à l'établissement qui désireraient suivre ces cours gratuits, pourront se faire inscrire tous les jours, de dix heures à quatre heures, à la direction de l'asile Sainte-Anne.

— Nous apprenons la mort du docteur Gourgeaux, médecin aide-major de première classe, qui a succombé, le 9 octobre, à l'hôpital militaire de Sousse, enlevé par la fièvre typhoïde quelques semaines après son arrivée en Tunisie.

Après les docteurs Leprieur et Hervion, Gourgeaux est le troisième médecin qui meurt à l'hôpital de Sousse dans l'espace de quelques mois, à la suite de la fièvre typhoïde contractée dans son service.

Ces morts sont l'honneur du corps de santé militaire et répondent d'une façon malheureusement trop éloquente aux accusations malveillantes portées contre lui au début de la campagne de Tunisie.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 13539.

N° 124. — JEUDI 26 OCTOBRE 1882. 55e ANNÉE. JEUDI 26 OCTOBRE 1882. — N° 124.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Il y a deux ans M. Marjolin préludait au rôle de philanthrope, qu'il devait s'attribuer plus tard dans l'Académie, par une protestation énergique contre l'abandon où on laisse s'étioler les familles indigentes dans des habitations infectes, sans jour ni air, et par un appel éloquent au bon vouloir et au zèle de tous ceux qui ont charge et devoir de réformer un aussi triste état de choses. L'épidémie de fièvre typhoïde qui sévit en ce moment à Paris lui a paru une occasion opportune, non seulement de rappeler ses adjurations d'alors en faveur d'une revision des lois et règlements qui régissent la salubrité des habitations ou tout au moins de leur plus rigoureuse application, mais encore de gourmander du haut de la tribune l'administration de l'Assistance publique pour son imprévoyance et le Conseil d'hygiène publique pour l'insuffisance ou l'inapplicabilité des mesures préventives qu'il vient d'édicter.

Il faut bien le dire, M. Marjolin, dans sa philippique mélangée de bonhomie et de vivacité, a eu sur bien des points raison. Tout ce qu'il a dit hier, comme tout ce qu'il avait dit, il y a deux ans, de l'état déplorable d'insalubrité des logements dans un trop grand nombre de quartiers de Paris et de l'insuffisance des correctifs que peut y apporter la loi actuellement en vigueur, nous le tenons pour parfaitement exact. Nul ne le sait mieux que ceux qui ont été ou sont appelés à appliquer journellement cette loi. Aussi est-ce du sein même de la Commission des logements insalubres de Paris qu'ont surgi des propositions de revision de la législation sur ce point, propositions qui ont fait le sujet des délibérations de la Société de médecine publique et dont le Parlement a été saisi, ainsi que du projet d'organisation d'une direction de la médecine publique émané de la même Société.

La question, comme on le voit, est déjà sérieusement à l'étude. Nous ne prétendons pas, par cette constatation, infirmer en quoi que ce soit ni la justesse ni l'opportunité des observations présentées par M. Marjolin. Si elles avaient pour résultat l'intervention de l'Académie et son appui auprès des pouvoirs publics en faveur des améliorations proposées, nous ne verrions qu'avantage à ce surcroît d'autorité. Nous ferons volontiers les mêmes vœux pour que l'adjuration, adressée par M. Bouley, par-dessus la tête de ses collègues, au Conseil municipal de Paris, parvienne à son adresse et surtout à son but.

Mais, bien que de la plus haute importance, la question d'assainissement des habitations qui a manifestement sa part dans la prophylaxie des épidémies, n'était ici qu'en second plan. L'objet principal de l'allocution de M. Marjolin était la critique de l'instruction du Conseil de salubrité. Tout ou presque tout dans cette instruction serait inapplicable, impossible dans le plus grand nombre, on pourrait presque dire dans la totalité des habitations de la classe ouvrière et indigente de Paris. A quoi ont répondu les défenseurs naturels de l'instruction, ceux notamment qui avaient concouru à sa rédaction : C'est pour les habitants de ces logements insalubres, insuffisants et inassainissables que sont faits les hôpitaux; l'instruction concerne les familles qui peuvent garder et soigner chez elles leurs malades ; elle n'a pas visé l'impossible.

Cette discussion sera continuée, M. le président ayant saisi cette occasion pour mettre à l'ordre du jour de l'Académie toutes les questions d'hygiène, de pathologie et de thérapeutique qui se rattachent à l'épidémie actuelle de fièvre typhoïde.

Nous nous en félicitons, d'autant plus que c'était ce que nous demandions dans nos derniers articles. Mais la plupart de ces questions ne viendront-elles pas un peu tard? Cela ne ressemblera-t-il pas un peu, au moment du déclin de l'épidémie, à la grande consultation qui se devait faire pour l'homme qui mourut hier? — Si ce n'est pour cette épidémie, ce sera pour une autre. Toute étude est toujours bonne qui peut tôt ou tard aboutir.

LA FIÈVRE TYPHOÏDE A PARIS

RAPPORT DE M. LE DIRECTEUR DE L'ADMINISTRATION DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE AU CONSEIL MUNICIPAL DE PARIS.

L'épidémie de fièvre typhoïde qui sévit actuellement dans Paris, a été l'objet de la communication suivante de M. le directeur de l'Assistance publique au Conseil municipal, dans sa séance du lundi 23 octobre :

Le 2 octobre, au matin, il existait, dans les hôpitaux de Paris, 1,166 malades de la fièvre typhoïde. Du 2 au 8, il en était entré

1,001 ; il en était sorti, après guérison, 244 ; dans le même laps de temps, 78 avaient succombé. Le total des typhiques en traitement dans les hôpitaux le 9, au matin, était donc de 1,845.

Les tableaux suivants indiquent le mouvement des fièvres typhoïdes, jour par jour, pendant les deux dernières semaines :

Dates.	Situation le matin.	Entrées.	Sorties.	Décès.	Situation le soir.
9	1,845	137	51	14	1,917
10	1,917	180	37	18	2,042
11	2,042	103	56	15	2,074
12	2,074	86	50	20	2,090
13	2,090	93	59	20	2,104
14	2,104	86	42	14	2,134
15	2,134	55	18	15	2,156
16	2,156	52	51	24	2,133
17	2,133	62	41	18	2,136
18	2,136	67	42	9	2,152
19	2,152	73	41	10	2,174
20	2,174	55	40	10	2,179
21	2,179	50	50	8	2,171
22	2,171	48	31	13	2,175

L'épidémie est donc évidemment en décroissance ; le chiffre des décès qui, heureusement, n'a jamais été bien nombreux, si on le compare au chiffre des malades, a sensiblement diminué cette semaine.

Si le nombre des malades en traitement dans les hôpitaux ne décroît pas, cela tient à ce que les typhiques doivent rester longtemps en traitement, ce qui fait que les sorties peuvent difficilement balancer les entrées. Il faut ajouter que le nombre des places mises à la disposition de l'Administration de l'Assistance publique dans les asiles de convalescence est très-restreint, et qu'il y a actuellement, dans les établissements hospitaliers, plus de 150 convalescents qui seraient beaucoup mieux à Vincennes.

Quelles étaient les ressources de nos hôpitaux au moment où la fièvre typhoïde a pris un caractère épidémique ?

Une statistique ordonnée quelque temps auparavant dans le but de rechercher s'il manquait à Paris des lits d'hospice ou des lits d'hôpital, statistique qui s'est faite le même jour dans tous les services, a donné les résultats suivants :

Il y a, dans les hôpitaux généraux (sans compter, bien entendu, les hôpitaux spéciaux, c'est-à-dire Saint-Louis, Lourcine, Midi, Maison de Santé, Maison d'Accouchement, Enfants-Malades avec Forges, Trousseau, Roche-Guyon et Berck-sur-Mer), 4,513 lits inscrits au budget, et il y avait, au moment où s'est fait le dénombrement, 5,616 lits occupés, soit plus de 1,100 lits supplémentaires ou brancards.

Sur ces 5,616 lits occupés, 2,519 l'étaient par des malades atteints d'affections aiguës, 2,270 par des malades atteints d'affections chroniques et 767 par des infirmes.

L'Administration en a tiré cette conclusion que ce qui lui faisait défaut pour les besoins du service hospitalier, c'était plutôt un hôpital-hospice qu'un hôpital proprement dit ; et, dans le budget de 1883 que j'ai eu l'honneur de vous soumettre, j'ai inscrit, comme une nécessité, un projet d'hôpital-hospice.

En attendant, il n'y avait pas assez de lits pour les sujets atteints de maladies aiguës, et c'est dans cette situation qu'il a fallu faire face à l'épidémie.

Dès la fin du mois d'août, j'ai réouvert une partie de l'annexe de l'Hôtel-Dieu (170 lits) et les salles de rechange de Tenon (192 lits). Le 6 septembre, j'ai converti en salles de malades une des salles de l'infirmerie, conformément à la déclaration même du chef de service qu'il n'en résulterait aucune gêne pour le service proprement dit de l'hospice (24 lits). Le 20 septembre, en utilisant certains emplacements laissés libres aux Incurables, j'ai pu obtenir 120 lits dans lesquels ont été transportés les infirmes qui occupaient des lits dans nos hôpitaux ; c'étaient 120 lits rendus aux maladies aiguës. Le 30 septembre, 52 lits supplémentaires ont pu, sur l'avis des chefs de service, être installés dans les diverses salles de l'hôpital Laënnec. Le 2 octobre, ouverture des dernières salles de « l'Hôtel-Dieu annexe » renfermant 68 lits. Le 6 octobre, ouverture du service supplémentaire de Cochin, soit 120 lits. Le 9 octobre, ouverture de l'hôpital supplémentaire des Tournelles, 100 lits. Ce même jour, la transformation des réfectoires de Bicêtre en salles d'infirmes, a donné 212 lits dans lesquels ont été transportés des infirmes et des chroniques qui occupaient des lits dans les hôpitaux. (Cette installation est toute provisoire et les réfectoires seront rendus à leur destination primitive le plus tôt possible. En attendant, j'ai pu procurer à nos vieillards un réfectoire provisoire.) Le 9 octobre, une partie de l'infirmerie de la Salpêtrière a été transformée en infirmerie de malades, sur l'affirmation du chef de service que cette mesure ne compromettrait point le service de nos vieillards, soit 53 lits obtenus. Le 11 octobre, j'ai fait évacuer, à l'hôpital des Enfants-Malades, les salles des teigneux qu'on a installés dans le gymnase, ce qui m'a donné 56 lits : 28 pour les garçons et 28 pour les filles. A la même date, à l'hôpital Trousseau, dans le pavillon remis à neuf, qui avait servi pendant l'épidémie de variole, sur l'assurance des médecins qu'il n'y avait aucun danger à placer les teigneux dans ces salles purifiées et assainies, j'ai fait transporter les teigneux, ce qui m'a permis d'obtenir 40 lits de malades : 20 pour les garçons et 20 pour les filles. Le 12 octobre, la transformation momentanée des réfectoires et salles de réunion de la Salpêtrière m'a donné 170 lits, dans lesquels j'ai fait transporter des infirmes et des chroniques qui occupaient des salles dans nos hôpitaux, ce qui m'a donné 190 lits. Le 15 octobre, le petit réfectoire, qui venait d'être construit pour une partie du personnel à l'hôpital de la Pitié, a été occupé par 13 lits de malades. Le 17 octobre, j'ai fait installer 29 lits dans les classes de l'hôpital Trousseau. Le 18 octobre, j'ai fait installer, à l'hôpital Laënnec dans le pavillon Simonnet, qui ne servait plus depuis plus de deux ans et qui venait d'être réparé, 56 lits.

J'ai pu ainsi, en quelques semaines, organiser 1,495 lits supplémentaires, pour faire face aux besoins de l'épidémie. Je n'ai pas eu besoin de faire appel au dévouement, au zèle, à l'activité de tout mon personnel ; il s'est montré à la hauteur de cette douloureuse circonstance.

Il y a eu, relativement, peu de cas intérieurs : 24 en tout, depuis le commencement de l'épidémie, parmi les malades. Le personnel hospitalier a payé son tribut : 11 infirmiers et infirmières, 4 religieuses, ont été atteints de la fièvre typhoïde ; ils sont tous en voie de guérison. Un élève, M. Alfonso, remplissant les fonctions d'externe provisoire à l'hôpital Trousseau, a contracté dans son service la fièvre typhoïde, et j'ai eu la douleur d'accompagner son convoi mercredi dernier.

Les maires des vingt arrondissements de Paris, présidents des Bureaux de bienfaisance, réunis dans la salle du Conseil d'Administration, m'ont annoncé qu'ils avaient recommandé aux médecins du Bureau de bienfaisance de redoubler d'assiduité auprès des malades du traitement à domicile, pendant le cours de l'épidémie.

Telles sont les mesures prises jusqu'aujourd'hui ; voici maintenant celles qui sont en cours d'exécution :

Dans les combles, vastes et aérés, qui forment le deuxième étage de l'hôpital Laënnec, des salles s'installent actuellement et seront prêtes le 27 octobre ; elles contiendront 128 lits. La galerie qui longe la terrasse de Necker sera prête, le lundi 30, à recevoir 30 lits. En l'absence du Conseil municipal et du Conseil de surveillance (qui n'est rentré en exercice que le 19 de ce mois), j'ai demandé et obtenu de M. le Préfet l'autorisation provisoire de construire : 1° dans les terrains et jardins de Saint-Louis, des baraquements pour 120 lits ; 2° dans les jardins de Lourcine, des baraquements pour 60 lits ; 3° dans les terrains de Cochin, des baraquements pour 118 lits.

C'est donc un total de 456 lits qui seront prêts le 1er novembre prochain, ce qui portera à 1,951 le nombre des lits supplémentaires que j'aurai pu mettre, dans les hôpitaux, en dehors des lits prévus au budget, à la disposition de la population parisienne.

Enfin l'hôpital Bichat sera ouvert le 1er décembre prochain, au plus tard, et fournira 180 lits nouveaux. Il va sans dire qu'on n'enverra dans les baraquements de l'hôpital de Lourcine aucune femme typhoïdique ; il ne sera pas envoyé non plus de typhoïdes dans les baraquements de Saint-Louis, et l'on n'expédiera dans ces hôpitaux que des chroniques et des infirmes.

HOTEL-DIEU. — M. Richet.

I. Séquestre du frontal. — II. Vaste suppuration du genou, fistules, ulcérations, amputation.

I. Parmi les opérations que nous avons à pratiquer aujourd'hui, nous vous parlerons tout d'abord de celle que nous allons faire pour un séquestre de l'os frontal. Il s'agit d'un malade qui se trouve dans nos salles depuis le mois de novembre dernier.

Cet homme a contracté la syphilis ; il est arrivé à l'Hôtel-Dieu avec des plaques muqueuses siégeant au pourtour d'un anus infundibuliforme, et, pour nous, il n'y a aucun doute que le mal s'est produit directement en cet endroit; il présentait aussi des plaques muqueuses dans la gorge. Mais ce n'est point pour ces accidents qu'il est venu réclamer notre intervention, mais bien pour des douleurs céphaliques extrêmement vives, accompagnées d'une tuméfaction notable de la région frontale résultant d'une périostite qui s'étendait aux deux arcades sourcilières droite et gauche.

Le mal a progressé ici pendant un mois encore ; la tuméfaction fronto-sourcilière augmentait au point que le malade ne voyait presque plus la lumière et que nous redoutions de voir le pus pénétrer dans la région rétro-oculaire. Nous avons pratiqué alors plusieurs incisions pour faciliter l'écoulement du liquide purulent. Il existait bien manifestement une ostéo-périostite syphilitique. Aucun autre traitement chirurgical n'était possible alors ; nous pouvions craindre aussi qu'il se développât quelque tumeur analogue du côté de la paroi cérébrale du crâne. Nous avons eu recours à la médication spécifique, et sous son influence les plaques muqueuses ont disparu ; bientôt après les phénomènes de tuméfaction du frontal disparaissaient à leur tour, le malade rendait du pus par le nez et par la bouche ; il restait une névrose du frontal.

Aujourd'hui nous ne dirons pas que cet homme est guéri, mais nous constatons une grande accalmie dans sa syphilis ; les phénomènes de névrose seuls ne se sont pas arrêtés, malgré l'emploi du bi-iodure de mercure pendant quarante ou cinquante jours. Ce médicament ordinairement en vient à bout dans ces conditions ; il n'en a pas été ainsi chez notre malade. Il existe actuellement un séquestre, et le stylet introduit dans la plaie sent à droite une petite portion d'os mobile, tandis que du côté gauche il y a un parfait recollement du périoste. A droite il est déjà sorti, du reste, il y a peu de temps, un petit fragment osseux. Si donc, par une opération convenable, nous enlevons aujourd'hui le séquestre qui existe du côté droit, nous pourrons obtenir la guérison de notre malade, guérison pour un temps plus ou moins long, puisque le plus grand nombre de médecins, et à leur tête M. Ricord, considèrent la syphilis comme ne pouvant pas guérir complètement. Je suis du reste aussi de cet avis.

Donc nous obtiendrons, par cette petite opération, une accalmie d'une durée plus ou moins longue. Nous ferons sortir le séquestre du frontal par une incision pratiquée au-dessous du sourcil, afin de masquer de notre mieux toute cicatrice.

II. Le second malade que nous allons opérer est un enfant âgé de six ans environ. Il est entré hier dans nos salles ; mais nous le connaissons depuis longtemps déjà, il n'a plus de mère, et son père, retenu à l'atelier où il travaille, ne peut pas s'en occuper; bref, il est confié aux soins d'une tante qui nous l'a amené plusieurs fois déjà à la consultation.

Lorsque nous l'avons vu pour la première fois, il avait le genou gauche très-tuméfié, se développant de plus en plus et envahi par la suppuration. Déjà, en 1880, M. de Saint-Germain, consulté par la tante de l'enfant, avait voulu le faire entrer dans son service et pratiquer l'opération qu'il jugeait nécessaire, mais la famille s'y opposa. L'année dernière, lorsqu'on me l'a amené, j'ai appliqué sur le genou malade dix pointes de feu, après quoi je l'ai fait placer, entouré d'un bandage ouaté, dans un appareil inamovible. Il y est resté pendant quatre mois ; tout paraissait bien aller ; je le croyais guéri ; mais il a été mal soigné chez ses parents, et quelques mois plus tard, il se faisait une nouvelle suppuration du genou, laquelle s'accompagnait d'une rétraction assez prononcée de la jambe. Enfin il est arrivé hier à l'Hôtel-Dieu.

Voici du reste l'état dans lequel il est actuellement : Suppuration de toute l'articulation du genou avec fistules ou mieux larges ulcérations tout à l'entour ; l'une d'elles, surtout profonde, siège dans le creux poplité, de telle sorte que l'amputation du membre est la seule opération qui soit praticable. L'extension pure et simple est impossible, à cause de l'ulcération poplitée où les muscles mis à nu sont, pour ainsi dire, désignés. Le fémur luxé en avant sur le tibia tend à faire issue au dehors à travers l'une des ulcérations profondes du genou. La résection est impossible faute de téguments intacts suffisants en arrière, insuffisance qui pourrait nous faire craindre quelque gangrène ; elle est impossible aussi parce qu'il nous faudrait retrancher une trop grande quantité de tissu osseux à un âge où la croissance des os est en pleine activité. Cette croissance pour le membre malade serait alors arrêtée et le but que l'on se propose dans une semblable opération serait complètement manqué en ce sens que nous n'aurions qu'un membre rudimentaire comparé au membre inférieur droit qui continuerait à croître normalement. Ce n'est guère que vers quinze ou seize ans que l'on peut tenter ces larges résections.

L'amputation de la cuisse est donc la seule opération possible. Mais c'est une affaire sérieuse, grave même, vu l'état d'émaciation de l'enfant. Cette émaciation, en effet, est extrême ; le pauvre petit n'a plus que la peau sur les os ; celle-ci paraît tellement bien accolée aux surfaces osseuses, qu'il semble vraiment que tout l'élément muscle ait disparu. Sa figure est ratatinée comme celle de certains vieillards et extrêmement souffreteuse. Tandis que tout son corps rabougri a ainsi diminué, l'intelligence, au contraire, a grandi, s'est développée, et l'enfant ressemble à un fruit mûri avant le temps.

Heureusement nous n'avons constaté aucun phénomène de résorption ; il n'y a pas de diarrhée, loin de là, il existe plutôt de la constipation, ce qui est un bon signe. Il ne tousse pas non plus, l'examen de la poitrine par la percussion et l'auscultation ne nous a fait connaître l'existence

d'aucun râle, d'aucun bruit anomal. D'autre part il n'existe aucun engorgement ganglionnaire dans l'aine. Enfin l'enfant mange bien encore.

De tous ces faits il résulte donc que l'opération pourra être pratiquée dans des conditions relativement bonnes.

THÉRAPEUTIQUE

Analyses de la Peptone Defresne

Par le docteur VERAX.

Les expériences de M. Debove, à Bicêtre, celles de M. Dujardin-Beaumetz, à Saint-Antoine, ont démontré que dans les cachexies, qu'elles soient le résultat de maladies aiguës ou chroniques, le phénomène qu'il faut combattre d'abord c'est la misère physiologique.

Les poudres de viande du docteur Debove, les peptones de M. Defresne, peuvent alors être utilisées; nous avons quelquefois employé ces dernières et nous pensons intéresser nos confrères en leur en faisant connaître la composition.

Analyses (1) *de la peptone Defresne.* — « Cette peptone est un liquide limpide acide, de couleur rougeâtre, de saveur assez voisine de celle du jus de viande rôtie, de densité de 1,14 à la température de 10° centigrades.

Desséchée à la température ordinaire dans une capsule à fond plat, en présence de l'acide sulfurique,

La peptone laisse 46,43 parties de résidu pour 100 parties.

Alcool. — 100 gr. de peptone ou 87cc,7 ont donné, à la distillation au bain saturé de sel marin (par une distillation de 5 heures et après une addition d'eau distillée), 5cc,05 d'alcool ou 5cc,75 d'alcool pour 100cc de peptone.

Sels minéraux. — L'incinération donne un poids de sels minéraux qui a varié de 2,08 à 2,12 par 100 gr. de peptone.

Acide phosphorique. — La peptone a été additionnée de 5 pour 100 de son poids de carbonate de soude pur, évaporée, carbonisée, partiellement incinérée et le résidu épuisé par l'eau aiguisée d'acide chlorhydrique.

La partie non dissoute a été incinérée et traitée de nouveau par l'eau acidulée.

100 gr. de peptone donnent 0 gr. 6863 d'acide phosphorique Ph. O^5.

100 gr. de peptone donnent 0 gr. 6952 d'acide phosphorique Ph. O^5.

Moyenne : 0,69075 d'acide phosphorique pour 100 parties de peptone.

Le dosage a été fait à l'état de pyrophosphate d'Urane, méthode des pesées.

En résumé :

Acide phosphorique.	0,69075	2,08 »
Chlorure de sodium.	0,67625	
Potasse, chaux, fer, acide sulfurique.	0,7131	

Ni le sulfate d'ammoniaque, ni le sulfate de magnésie même après une addition d'acide, ne précipitent la peptone Defresne : *c'est la preuve que ce liquide ne contient ni albumine, ni fibrine dissoute, ni aucun produit analogue ou sérum du sang qui n'ait été transformé en peptone.*

(1) Ces analyses ont été résumées dans le *Bulletin de thérapeutique* du 15 mars 1881 et dans la *Tribune médicale*, du 20 mars de la même année.

Elles ont été répétées par le Dr D. Freire, professeur à la Faculté de médecine de Rio-de-Janeiro, et elles se trouvent insérées dans le compte rendu annuel des travaux de cette Faculté.

La recherche de la glycose n'a donné que des résultats négatifs.

Azote. — L'azote existe en deux états principaux dans ce produit : 1° comme élément organique de la peptone ; 2° à l'état de sel ammoniacal de très-facile décomposition, et, dans ce dernier cas, en très-minime quantité.

Pour se convaincre de ce dernier état de l'azote, il suffit de placer dans un flacon quelques grammes de peptone, puis 1 gr. environ de cristaux de carbonate de soude pur, et de plonger dans le flacon à froid un papier de tournesol rougi : ce papier bleuit rapidement et l'odeur de l'ammoniaque est manifeste. L'azote de la peptone a été dosé par la méthode de Will et Warentrapp (pesée du chlorhydro-platinate de potassium sec et incinération du sel platinique); j'ai obtenu 0 gr. 391 — 0 gr. 385 — 0 gr. 4008 d'azote pour 1 gr. de peptone liquide. Ce poids d'azote ne représente que celui qui appartient à la peptone et non les traces d'azote qui font partie des sels ammoniacaux mis en évidence par l'essai précédent.

Les nombres précédents indiquent 25 *pour* 100 *de peptone sèche et pure dans la peptone liquide de M. Defresne.*

L'alcool absolu, agissant sur la peptone en consistance très-épaisse, donne 27 *parties* 4266 de peptone sèche, mais le liquide alcoolique retient de la peptone unie à la glycérine ajoutée à ce produit dans un but de conservation. Malgré de nombreux essais, je n'ai pu éviter la dissolution partielle de la peptone par le liquide alcoolique et par conséquent séparer strictement la glycérine de la peptone, même après une addition d'éther. Mes résultats indiquent à peu près 15 à 16 gr. de glycérine desséchée à froid en présence de l'acide sulfurique.

D'autre part, en déduisant 2 gr. de sels minéraux de 27 gr. 4 indiqués par l'expérience précédente, il resterait 25 gr. 4 de peptone pure; ce chiffre est très-voisin de la vérité.

Résumé de l'analyse.

4 gr. azote, ou peptone sèche.	25 gr.	100
Acide phosphorique	0 gr. 69075	
Chlorure de sodium	0 gr. 67625	
Potasse, chaux, fer, acide sulfurique	0 gr. 71310	
Alcool	5 gr. 75	
Glycérine	15 gr. »	
Eau	51 gr. 83	

Analyse du docteur Domingues Freire, professeur à la Faculté de médecine de Rio-de-Janeiro. — La peptone Defresne est de couleur rouge-fauve, son odeur est agréable, son arome se rapproche de celui de la viande rôtie.

Elle marque 16° à l'aréomètre de Baumé, elle ne se trouble ni par la chaleur ni par l'acide nitrique ; l'alun, le ferro-cyanure de potassium, ne la précipitent pas. Le réactif de Milon donne une coloration rouge au précipité ; l'alcool fort y détermine un précipité qui se redissout dans l'eau.

Le sulfate de cuivre alcalinisé y donne la réaction propre aux peptones, c'est-à-dire la succession des couleurs roses, rouges et violacées. La peptone Defresne est constituée par une solution de peptone contenant un peu de chlorure de sodium formé pendant la préparation; nous n'y avons trouvé aucune trace de gélatine, nous nous en sommes assuré au moyen du sulfate de magnésie avec lequel nous avons saturé cette préparation; essayé ainsi, elle n'a donné aucune espèce de précipité. Nous avons confirmé ce résultat en employant l'acide valérianique, réactif découvert par nous-même pour caractériser la gélatine. En effet, une solution de gélatine forme avec l'acide valérianique une émulsion blanche et laiteuse, tandis qu'une solution de peptone ne donne pas naissance à ce phénomène.

Cette peptone laisse 28 pour 100 de résidu à l'étuve à 120° et contient 2 gr. 20 pour 100 de sels minéraux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 octobre 1882. — Présidence de M. Hardy.

CORRESPONDANCES

1° M. le docteur Challan, de Belval, adresse un rapport sur la situation sanitaire de la ville de Perpignan ; 2° M. le docteur Reeb, médecin principal de première classe, adresse un rapport sur le service médical de l'hôpital thermal de Bourbonne pendant l'année 1881 ; 3° M. le docteur Peschwind, médecin-major, transmet la relation d'une épidémie de scarlatine dans le 6e bataillon de chasseurs, à Romorantin ; 4° M. le docteur Sorel, médecin-major à Sétif, envoie une note intitulée : « Recherches de la glycosurie chez les paludiques ; 5° M. le docteur Souloumac (du Jura) adresse une note sur une épidémie de fièvre typhoïde observée dans la commune de Maynal ; 6° M. le docteur Bernies, de Bournonville, envoie un travail manuscrit sur le traitement de la métrite par le chalumeau-cautère ; 7° M. de Saint-Martin adresse un travail sur une forme spéciale de gazomètres propre à divers usages médicaux et physiologiques ; 7° M. Alliot envoie un pli cacheté. (Accepté.)

COMMUNICATIONS

M. Villemin communique, au nom de M. le docteur Véron (de Philippeville), la relation d'un cas de vaste abcès de foie traité par une large incision qui a donné issue à deux litres et demi de pus. Le malade a succombé, en quarante-huit heures, à une péritonite suraiguë consécutive.

M. Rochard remercie M. Villemin de sa communication, qui lui paraît combler une lacune qu'il avait signalée dans la communication qu'il a faite il y a deux ans sur le traitement des abcès du foie par une large incision. Il se demandait, en effet, comment il se faisait que, dans ces cas, le grand vide établi entre le foie et les parois abdominales ne permettait pas le passage du pus dans le péritoine. L'observation présentée par M. Villemin comporte un enseignement précieux et prouve qu'il ne faut pas se hâter d'ouvrir ces abcès et qu'il faut attendre, avant d'ouvrir, qu'il se soit établi des adhérences.

M. Maurice Perrin présente, au nom de M. Jacob, médecin principal, un appareil destiné à insuffler des gaz et à injecter des liquides dans l'oreille moyenne, par la trompe d'Eustache. Cet appareil permet d'injecter alternativement de l'air, des gaz ou des liquides, avec une pression très-modérée.

M. Dujardin-Beaumetz présente, au nom de M. Maurice Dupont, un appareil d'aérothérapie.

L'épidémie de fièvre typhoïde. — M. Marjolin, rappelant ce qu'il disait il y a deux ans sur l'influence désastreuse que les logements insalubres exercent sur la population des grandes villes, appelle de nouveau l'attention de l'Académie sur la situation déplorable dans laquelle se trouvent beaucoup de ménages d'ouvriers, situation mauvaise sous tous les rapports et qu'il faut tâcher de faire cesser au plus tôt dans l'intérêt de tous. Sans méconnaître les efforts et les intentions louables du Conseil d'hygiène et des commissions locales, il constate que ces efforts sont paralysés par l'impuissance de la loi. L'épidémie de fièvre typhoïde qui sévit actuellement sur Paris est une occasion de demander que la loi sur les logements insalubres ne reste pas lettre morte.

N'est-ce pas aussi le moment d'exposer combien sont insuffisantes les ressources dont dispose l'Assistance publique lorsqu'une épidémie se manifeste au milieu d'une population comme celle de Paris ?

Enfin les mesures prescrites dans la circonstance actuelle sont-elles d'une application possible ?

Ce sont ces trois points que M. Marjolin se propose d'examiner.

Pour ce qui est de l'insalubrité des logements, malgré les plus louables efforts des commissions locales, les choses sont restées à peu près dans le même état, et M. Marjolin cite à l'appui ce qu'il a été à même de constater dans plusieurs visites qu'il a faites récemment dans divers quartiers d'ouvriers.

Nous trouvant ainsi désarmés en face de l'ennemi, ne serait-ce pas le moment, ajoute-t-il, de réclamer, dans l'intérêt public, des mesures d'urgence et des inspections, non pas seulement dans les maisons où il y a eu des malades ou des décès, mais dans toutes celles signalées pour leur malpropreté et leur mauvaise tenue ?

Quant à l'Assistance publique, M. Marjolin se borne à dire qu'il est regrettable que, depuis le temps où l'on a signalé les dangers de l'encombrement et de l'occupation prolongée des salles, elle n'ait pas mis à profit ce que l'expérience avait démontré dans les hôpitaux militaires, et qu'elle n'ait pas également adopté le système de l'alternance, en consacrant dans chaque hôpital une ou deux salles pour cet usage.

Arrivant aux instructions qui viennent d'être publiées au nom du Conseil d'hygiène : Ces prescriptions, fort sages du reste, dit-il, ne peuvent réellement être mises en pratique que dans les ménages aisés, et je crois qu'il sera facile de le démontrer en examinant successivement chacun des paragraphes de l'instruction.

Dans cette discussion, M. Marjolin montre que l'application de la plupart de ces articles est matériellement impossible dans les logements dont il vient de parler. Comment, en effet, isoler le malade dans une famille de six à huit personnes couchant toutes dans la même chambre? Comment exiger son transport à l'hôpital dans les cas où l'isolement n'est pas possible? Comment aérer des chambres sans air et sans jour? Comment placer le lit au milieu d'une chambre dans laquelle on peut à peine se retourner? Et la désinfection des injections? Et la désinfection des vêtements? Et l'assainissement de la chambre tel que l'entend le Conseil d'hygiène? Tout cela est d'une application extrêmement difficile, pour ne pas dire impossible, dans la plupart des logements occupés par les classes pauvres. Il y a donc beaucoup à faire et la première chose à faire, indispensable, urgente, est d'exiger l'application de la loi sur les logements insalubres, loi restée jusqu'ici lettre morte. C'est aux médecins, conclut M. Marjolin, qu'il appartient d'obtenir les réformes nécessaires, le médecin ayant le plus de compétence et d'influence en pareille matière.

M. Larrey fait observer que le Conseil d'hygiène ne s'est pas dissimulé les difficultés, les impossibilités même, dans certains cas, de l'application des règles qu'il a formulées. Aussi, en présence de ces difficultés, M. Larrey a-t-il particulièrement insisté, au sein du Conseil, pour que la loi sur les logements insalubres fût exécutée. L'autorité a été saisie de ces faits; elle s'en est émue et cherchera d'autant plus vite à y remédier qu'un mouvement général s'est produit précisément en raison de l'épidémie actuelle.

M. Lagneau, l'un des premiers, a demandé une enquête sur l'étiologie de cette épidémie. Sur son avis, le Conseil d'hygiène a pensé qu'il était nécessaire de donner des instructions pour la fièvre typhoïde comme pour la variole. Sans doute il est regrettable que la loi sur les logements insalubres ne soit pas exécutée; les commissions locales d'hygiène n'ont aucune autorité et ne peuvent agir. Tout cela est d'autant plus regrettable que depuis quelque temps il y a eu une immigration considérable à Paris. On a remarqué que c'est le plus habituellement dans les hôtels garnis de bas étage que se développent le plus facilement ces sortes d'épidémies. On a institué des commissions d'architectes-inspecteurs pour ces hôtels. Les mesures indiquées par le Conseil d'hygiène, dans l'instruction relative à la fièvre typhoïde, sont, au moins en grande partie, applicables à ces logements garnis. Quant à l'Assistance publique, il est bien évident qu'elle se trouve dans une insuffisance complète dans les circonstances comme celle où nous nous trouvons. Aussi a-t-on, depuis longtemps déjà, demandé la construction d'hôpitaux spéciaux, de voitures spéciales pour le transport des varioleux.

Relativement à la désinfection des locaux, l'administration doit fournir gratuitement, autant que possible, les moyens désinfectants. M. Marjolin a signalé avec raison le manque d'eau dans les logements dont il a parlé; c'est là encore un mal à réparer promptement. Enfin M. Lagneau signale l'encombrement de l'hôpital du

Gros-Caillou, qui, paraît-il, reçoit un très-grand nombre de fiévreux typhoïdiques provenant des casernes Dupleix ou de l'École militaire. Il serait donc également urgent de procéder à la désinfection de ces casernes.

M. BOULEY fait observer que la Ville de Paris a commis une grosse faute en démolissant des quartiers entiers où se trouvaient des logements relativement assez sains, abordables pour les populations ouvrières et en obligeant ainsi ces populations à refluer vers la périphérie où elle se trouve actuellement confinée dans des conditions hygiéniques déplorables. Il fallait donc, en même temps qu'on détruisait ces quartiers, faire bâtir des cités entières convenablement et sainement aménagées, où ces populations auraient pu se réfugier. C'est véritablement une honte pour une ville, comme Paris, de laisser ainsi grouiller autour d'elle une semblable vermine humaine et de n'être pas encore arrivée à résoudre ce problème de la plus haute importance et déjà si heureusement résolu à Mulhouse, au Havre et dans bien d'autres villes.

M. Bouley propose donc que l'Académie émette le vœu que le Conseil municipal soit saisi aussitôt que possible de cette importante question et s'applique à y porter promptement remède, fût-ce par un emprunt.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ. M. Marjolin accorde aux médecins une influence qu'ils n'ont pas : ils ne peuvent pas, en effet, prendre sur eux de faire démolir une maison ou d'en chasser les habitants. Relativement aux malades atteints de fièvre typhoïde, on a fortement combattu leur transport à l'hôpital, le bruit étant considéré comme dangereux pour eux. Mais un malade atteint de fièvre typhoïde se présente à nous sous deux aspects : il faut l'envisager pour lui-même et pour les autres, comme agent de contage. C'est à ce second point de vue que son transport à l'hôpital peut être considéré comme nécessaire. On a incriminé l'encombrement comme cause de l'épidémie actuelle; mais les conditions matérielles étaient les mêmes il y a six mois ou un an. On ne saurait donc admettre l'encombrement comme cause unique. M. Alphand, consulté sur ce qu'il pensait relativement à l'étiologie de l'épidémie actuelle, a répondu que, selon lui, les nombreuses constructions que l'on fait en ce moment à Paris, les grands remuements de terre doivent y être pour quelque chose. Quoi qu'il en soit, il est bien évident que les logements insalubres ne sauraient être seuls incriminés dans l'origine de l'épidémie que nous traversons.

M. MAURICE PERRIN. M. Lagneau pensait que la fièvre typhoïde avait pu trouver un élément de contagion dans l'encombrement et l'infection des casernes Dupleix et de l'École militaire. La situation, en ce qui concerne ces casernes, est plus satisfaisante que ne le croit M. Lagneau. La caserne Dupleix n'a, pour ainsi dire, pas de malades atteints de fièvre typhoïde; l'École militaire en a très peu. S'il y a là une influence épidémique, elle est aussi modérée que possible et l'on pourrait aussi bien retourner la question et dire que c'est la population civile qui a infecté l'armée; mais ni l'une ni l'autre ne seraient l'expression de la vérité. Quant à l'encombrement de l'hôpital du Gros-Caillou, il est incontestable, mais il en est ainsi de tout temps et il n'y a malheureusement pas plus de moyens, actuellement, d'éviter l'encombrement des hôpitaux militaires que celui des hôpitaux civils.

M. PROUST. Il y a deux points dans la communication de M. Marjolin : l'un relatif à l'étiologie, l'autre à la prophylaxie de la fièvre typhoïde. Pour les moyens prophylactiques, on n'a pas assez insisté sur l'importance de la désinfection des matières et des fosses d'aisance. Quant à l'étiologie, elle est impossible à étudier sur une étendue comme celle de Paris. Mais il est une question dominante dans la communication de M. Marjolin, c'est celle des logements insalubres. C'est là une question d'hygiène publique et il est à regretter qu'en France il n'y ait pas une direction de l'hygiène publique. M. Proust demande la parole sur ce sujet pour une des prochaines séances.

M. MARJOLIN fait observer qu'il ne s'agit pas seulement de l'épidémie actuelle, mais qu'il est, dans cette discussion, un fait qui domine tous les autres et sur lequel, dit-il, nous sommes tous d'accord : c'est l'importance, l'urgence de l'application de la loi sur les logements insalubres. Il est des cas où, comme le disait M. Dufaure, il faut faire une saine agitation. Il en est ainsi de l'importante question qui nous occupe. Il faut agir de suite et énergiquement. Il y a une loi qui n'est pas exécutée; il faut en exiger l'exécution.

M. LE PRÉSIDENT propose de mettre à l'ordre du jour la question de l'épidémie actuelle de fièvre typhoïde.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Sur la demande de M. le docteur Bourneville, M. le directeur de l'Assistance publique a promis d'envoyer tous les jours au bureau du Conseil municipal le mouvement statistique des hôpitaux.

Voici les indications du premier bulletin :

Existants le 23 octobre au matin. . . .	2.175
Entrées.	50
Sortis par guérison	75
Décès	9
Existants le 24 au matin.	2.144

— La première épreuve — épreuve orale — du concours de l'externat a commencé le 12 de ce mois. Les questions données jusqu'à ce jour sont : 1° os maxillaire inférieur ; 2° articulation scapulo-humérale ; 3° symptômes et diagnostic de la pneumonie aiguë franche.

— Le concours pour la nomination à deux places de pharmaciens des hôpitaux de Paris vient de s'ouvrir. Les questions données pour l'épreuve écrite ont été : 1° *pharmacie :* essai des vins et leur emploi en pharmacie ; *chimie :* composés hydrogénés et organiques du soufre ; *histoire naturelle :* organes reproducteurs des acotylédones.

— Une plaque, portant le nom de M. Alfonso, mort victime de son dévouement en remplissant provisoirement les fonctions d'externe, vient d'être placée à l'hôpital Trousseau où cet élève a contracté la fièvre typhoïde qui l'a emporté.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. le docteur Taguet est chargé du cours complémentaire de clinique des maladies mentales, en remplacement de M. Lagardelle, décédé.

— La fièvre typhoïde vient de sévir dans la ville d'Auxerre, avec une certaine gravité. Le nombre des malades s'est élevé à 2,000 environ, soit à un huitième de la population. Quant aux décès, il a atteint le chiffre de 100.

— L'Association des médecins de la Gironde tient, chaque année, une session générale dans une des villes du département et cette décision a les meilleures conséquences, provoque de nombreuses adhésions et tend à maintenir l'union dans la famille médicale dont tous les membres voisins peuvent ainsi se rencontrer, se connaître et s'apprécier. La réunion de 1882 a eu lieu, le 15 octobre, à Pauillac, avec un éclat tout particulier.

La municipalité avait fait préparer, à l'Hôtel de Ville, la salle des séances et celle du banquet. La fanfare locale a reçu, le matin, les médecins à la gare et a joué son meilleur répertoire pendant toute la journée. Les grands propriétaires du Médoc avaient, seuls, fourni les vins du repas avec une générosité qui se chiffrait par trois mille francs des premiers crus du pays.

Aussi les toasts portés par MM. les docteurs Denucé, président de l'Association, Hameau (d'Arcachon), Vergely (de Bordeaux) et Berchon (de Pauillac), à M. le maire Périer, aux organisateurs de la fête et surtout à la santé des généreux donataires, ont-ils été salués d'acclamations chaleureuses et répétées.

MM. Périer, Legendre et Rabère ont répondu en buvant à la prospérité des Associations médicales et de celle de la Gironde, ainsi qu'au bureau de l'Association. Quelques chansons ont terminé le repas admirablement servi, du reste, par M. Fontètes, de Soulac-les-Bains. Et cette fête, qu'il serait certainement impossible de reproduire ailleurs, si l'on tient compte de la profusion, de la qualité et de l'authenticité des vins, a fait passer rapidement la journée dont les dernières heures ont été consacrées à la visite du Lazaret de Pauillac, complètement réorganisé, maintenant, d'après les données scientifiques les plus modernes. M. Berchon, directeur de la Santé, faisait les honneurs de l'établissement qui peut être aujourd'hui cité comme un modèle du genre, par ses bonnes dispositions sanitaires, son étendue, l'isolement de ses infirmeries et le confortable dont l'absence avait soulevé si longtemps de justes réclamations.

— M. le professeur Cornil commencera le mardi 7 novembre, à dix heures du matin, à l'hôpital de la Pitié, des conférences pratiques d'anatomie pathologique qu'il continuera les vendredis et mardis suivants.

La leçon consistera essentiellement en une autopsie accompagnée de présentation de pièces.

Les élèves qui se feront inscrire par M. Babinski, interne du service, seront exercés à pratiquer eux-mêmes des autopsies, sous la direction du professeur.

— *École d'anthropologie.* — L'ouverture des cours de l'année scolaire 1882-1883 aura lieu le samedi 4 novembre, à deux heures.

M. le docteur Paul Topinard, directeur-adjoint des laboratoires d'anthropologie de l'École des hautes études, commencera son cours d'anthropologie générale le samedi 4 novembre, à deux heures, et le continuera les mardis et les samedis suivants à la même heure. Il traitera cette année : 1° de l'historique de l'anthropologie ; 2° de l'anthropométrie.

M. le docteur Mathias-Duval, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, commencera son cours d'anthropologie zoologique le mercredi 11 novembre, à cinq heures, et le continuera les mercredis suivants à la même heure. Le programme de son cours est : anthropogénie et embryologie comparée des vertébrés ; première partie, le darwisnisme ; deuxième partie, les circonvolutions cérébrales.

M. le docteur Dally commencera son cours d'ethnologie le jeudi 9 novembre, à deux heures, et le continuera les jeudis suivants à la même heure. Il s'ocupera cette année de la description des races humaines, de leur répartition géographique, des croisements, dégénérescence, filiation, évolution, etc.

M. le docteur A. Bordier commencera son cours de géographie médicale le samedi 11 novembre, à quatre heures, et le continuera les samedis suivants à la même heure. Il traitera de l'influence comparée du milieu social sur la production, la marche et la répétition des maladies.

M. le docteur Bertillon, chef de la statistique municipale de Paris, sera suppléé par M. Jacques Bertillon, qui commencera son cours de démographie le vendredi 10 novembre, à quatre heures, et le continuera les vendredis suivants à la même heure. Le programme du cours comprendra l'étude de la statistique du mariage, des naissances et des décès dans les différents pays de l'Europe.

M. Gabriel de Mortillet commencera son cours d'anthropologie préhistorique le lundi 6 novembre, à quatre heures, et le continuera les lundis suivants à la même heure. Il traitera du protohistorique en insistant sur la religiosité au point de vue ethnique, etc.

Les Hystériques, *état physique et état mental, actes insolites, délictueux et criminels,* par le docteur Legrand du Saulle, médecin de la Salpêtrière. 1 vol. in-8° de xx-625 pages. — Prix : 8 francs. Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 13548.

N° 125. — SAMEDI 28 OCTOBRE 1882. 55e ANNÉE. SAMEDI 28 OCTOBRE 1882. — N° 125.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

La stéatose hépatique dans ses rapports avec le traumatisme.

Nous avons déjà plusieurs fois appelé l'attention de nos lecteurs sur l'immense intérêt que la clinique chirurgicale emprunte à l'étude de l'influence réciproque qu'exercent les uns sur les autres les désordres viscéraux, les états constitutionnels de l'économie et les traumatismes. De ce vaste champ d'étude dans lequel M. Verneuil a tracé un profond sillon, ses élèves recueillent tous les jours et propagent les observations nouvelles qui confirment les vues de l'éminent professeur et enrichissent d'autant la pathologie générale.

L'un d'entre eux, M. le docteur A. Gauchas, pendant la durée de son internat dans le service de la clinique chirurgicale de la Pitié, a porté plus particulièrement son attention sur la relation des affections chirurgicales avec les lésions du foie et notamment la stéatose de cet organe.

On sait que la stéatose hépatique, l'une des lésions viscérales que l'on rencontre le plus fréquemment dans les services de chirurgie, se voient surtout dans la septicémie soit lente, soit aiguë, à la suite de suppurations prolongées, dans les affections consomptives, enfin à la suite des hémorrhagies abondantes et réitérées. C'est particulièrement sur les stéatoses résultant de la septicémie aiguë et des pertes sanguines que M. Gauchas a fait porter son étude.

Un premier fait, parmi ceux qu'il rapporte, montre l'altération graisseuse généralisée des cellules hépatiques à la suite d'une septicémie de très-courte durée. Il s'agit d'un homme de trente ans, vigoureux, bien constitué, d'une excellente santé, d'habitudes sobres, n'ayant jamais fait d'excès alcooliques, entré dans le service de M. Verneuil à la Pitié en décembre 1881, pour une énorme tumeur (enchondro-sarcome) de la région axillaire, développée depuis six mois. La tumeur enlevée à la suite d'une opération très-laborieuse et qui avait entraîné de grands délabrements, l'opéré fut pris dès le lendemain des symptômes d'une septicémie aiguë qui entraîna la mort en trois jours.

A l'autopsie, on constate des lésions pulmonaires, double pleurésie récente avec épanchement, dont on avait constaté les signes pendant les derniers jours, plus une altération du foie, de volume normal, pâle, offrant, sur quelques points de sa surface, des taches jaune clair, légèrement gras, mou et friable, présentant, à l'examen histologique, une tuméfaction trouble des cellules hépatiques en voie de dégénérescence graisseuse, une congestion intense des lobules et une infiltration de leucocytes dans les espaces-portes.

M. Gauchas a recueilli les observations de trois malades atteintes de polype utérin, entrées presque en même temps dans le service. Elles ont succombé assez rapidement, l'une à la suite d'une péritonite aiguë généralisée; les deux autres sont mortes de septicémie.

La première malade, âgée de quarante-trois ans, habituellement bien portante, avait été prise, huit jours avant son entrée à l'hôpital, d'une hémorrhagie interne assez abondante pour la mettre en danger de mort. Elle portait un énorme polype utérin descendu dans le vagin. Le polype opéré par torsion, tout allait bien les deux jours suivants, lorsque le troisième jour il survint un frisson, suivi d'une élévation de température (40°) et de tous les symptômes d'une péritonite généralisée. La malade ayant succombé, l'examen du foie montra qu'elle était atteinte d'une dégénérescence graisseuse complète de ce viscère.

La deuxième, atteinte d'un fibrome utérin, avait depuis quatre ans des hémorrhagies. Elle offrait déjà quelques symptômes de septicémie, elle avait eu quelques frissons et des vomissements. La tumeur fut extraite par morcellement, elle était déjà en grande partie mortifiée. Malgré le soin avec lequel on désinfecta le vagin et la cavité utérine, la malade fut enlevée le neuvième jour par la septicémie. Le foie était volumineux, jaune brun, très-mou et très-friable. Toutes les cellules hépatiques étaient très-altérées et remplies de fines granulations graisseuses.

Dans le troisième fait, il s'agit d'une femme de trente-neuf ans, entrée à la Pitié pour un polype utérin ayant donné lieu à des hémorrhagies abondantes, chez laquelle la stéatose hépatique s'est établie lentement à la suite de ces pertes répétées. La tumeur polypeuse ayant été sectionnée à l'aide de l'écraseur, la malade fut prise les jours suivants d'accidents septicémiques auxquels elle ne tarda pas à suc-

comber. A l'autopsie, le foie fut trouvé le siège d'une infiltration graisseuse diffuse, étendue à tous les lobules, d'une congestion intense et d'une sclérose intercellulaire. Les reins étaient également sclérosés.

Ces exemples auxquels M. Gauchas en ajoute d'autres analogues empruntés à d'autres séries de faits, viendraient donc à l'appui de cette proposition formulée par M. Verneuil : que la septicémie aiguë, même de très-courte durée, peut produire une altération graisseuse rapide des cellules hépatiques, et que, après le phosphore, le poison septique est de tous les poisons celui qui amène le plus vite la dégénérescence graisseuse du foie.

Quels sont les symptômes principaux par lesquels se révèle cette stéatose hépatique, les modifications imprimées par cette lésion viscérale à la marche de la blessure? Quels sont, d'autre part, les effets du traumatisme sur la lésion viscérale antérieure? C'est ce que nous examinerons dans un autre article.

Paraplégie syphilitique; accidents spinaux précoces; guérison.

A l'occasion du fait de paraplégie syphilitique du service de M. le docteur Joffroy, que nous avons rapporté dans notre Revue du 7 octobre et de notre article sur les myélites syphilitiques du 14, M. le docteur Gallois, professeur suppléant à l'École de médecine de Grenoble, nous transmet la relation d'un fait de sa pratique qu'il a consigné dans le *Journal de la Société de médecine et de pharmacie de l'Isère*. Nous résumons cette intéressante observation qui peut se passer de commentaire.

X..., âgé de vingt ans, sans antécédents morbides, avait contracté en mai 1880 un chancre induré; deux mois et demi après, il était survenu une roséole, puis des plaques muqueuses des amygdales avec de l'adénite cervicale. On le mit alors à l'usage du bi-iodure de mercure et de l'iodure de potassium pendant trois semaines seulement. En septembre 1880, ce jeune homme avait éprouvé une très-vive frayeur en mer pendant un orage. Ce n'est qu'au mois de janvier suivant, c'est-à-dire un peu plus de cinq mois après l'apparition de la roséole, que M. Gallois vit pour la première fois ce malade. Il se plaignait alors d'une névralgie sus-orbitaire très-vive et de lassitude dans les jambes. La névralgie, combattue par l'azotate d'aconitine, à la dose de 3/4 de milligramme en trois fois dans la journée, ayant disparu le troisième jour, les jambes continuaient toujours à rester faibles. Enfin, quelques jours après (le 24 janvier), le malade dut garder le lit; voici quel fut à ce moment le résultat de l'examen auquel se livra M. Gallois.

On ne trouvait pas d'autres troubles fonctionnels que la lenteur des mouvements réflexes et un certain degré d'anesthésie des téguments. Le facies était celui d'un homme bien portant. Un peu de diarrhée. Langue blanchâtre; parole lente; mais perception et raisonnement intacts. La température axillaire marquait 36°,6 le matin et 36°,8 le soir.

Le lendemain (25 janvier), l'affaiblissement était plus marqué, le malade pouvait à peine mouvoir ses jambes dans son lit; les mouvements réflexes étaient absolument abolis. Tous les mouvements volontaires persistaient, seulement extrêmement affaiblis aux membres inférieurs; point de contracture; conservation de tous les sens. On prescrit les frictions stimulantes le long de la colonne vertébrale et l'opium à doses excitantes.

Le 27 janvier, la paraplégie est complète; anesthésie plantaire; constipation absolue. — Lavement purgatif, frictions toniques. — A ce moment M. Gallois, songeant à l'influence possible de la syphilis, prescrit : une injection sous-cutanée, matin et soir, de 7 milligrammes de bichlorure de mercure, et 1 gramme 50 centigrammes d'iodure de potassium. Lavement purgatif.

Le 29 janvier, douleurs spontanées dans les membres, plaques d'hyperesthésie en certains points, d'anesthésie en d'autres. Impuissance musculaire absolue dans les membres inférieurs et dans le membre supérieur droit. Salivation abondante sans gingivite. On supprime les toniques et les frictions.

La médication mercurielle et iodique combinée est continuée; la dose du bichlorure de mercure en injection est augmentée graduellement, jusqu'à 15 et 20 milligrammes. Quelques symptômes de surexcitation intercurrents sont combattus par le bromure de potassium. Nous passons sur quelques autres symptômes incidents, tels qu'une paralysie du voile du palais, de l'anesthésie du globe oculaire, muguet, etc., pour arriver au 5 février, jour où l'on constate un premier ensemble de signes d'amélioration sensible; tels que le retour de la sensibilité plantaire et la cessation du phénomène des sensations retardées qui avait été constaté jusque-là. Un certain degré d'hyperesthésie cutanée rendant les piqûres très-douloureuses, on supprime les injections qui sont remplacées par des pilules de bichlorure de mercure et de chlorhydrate d'ammoniaque (1 centigramme de chacun, 2 pilules par jour).

Les jours suivants, l'amélioration se continue lentement. Le 20 février, la motilité qui avait été complètement réintégré depuis quelque temps aux bras, revient également aux membres inférieurs. Le 1er mars, le malade peut se lever et même marcher avec une canne.

Le 15 mars, tout traitement est supprimé, sauf l'usage de l'iodure de potassium qui est continué encore pendant deux mois.

M. Gallois a eu l'occasion de constater, depuis, le retour de ce malade à un état de santé parfaite. Les fourmillements qui avaient persisté un mois après le retour de la motilité, avaient cessé à leur tour. L'embonpoint qui avait été perdu était revenu; tout, en un mot, était rentré dans l'ordre et la santé de cet homme était aussi bonne qu'auparavant. « Ce malade, nous dit notre confrère dans sa lettre d'envoi, est aujourd'hui un chasseur adroit et vigoureux. »

L'épidémie de fièvre typhoïde.

Le mouvement de décroissance de l'épidémie se maintient, mais sans s'accuser davantage; il paraît être, pour ces derniers jours, à peu près stationnaire. On a pu voir, par l'important document administratif que nous avons publié dans notre dernier numéro, la situation actuelle des hôpitaux de Paris et l'ensemble des mesures prises par l'Administration de l'Assistance publique, pour parer à ce que la situation a de plus pressé et de plus impérieux. Nous n'avons pas à y insister, ni même à nous y arrêter pour le moment, si ce n'est pour constater la satisfaction au moins partielle donnée par l'Administration à quelques-uns des *desiderata* formulés dans notre dernière Revue.

— Un mot sur quelques-unes des particularités pathologiques qui ont fixé notre attention dans le cours de la semaine dernière.

Deux cas de mort par péritonite suraiguë.

Deux cas de mort par fièvre typhoïde ont eu lieu dans le service de la clinique de la Charité, dans des conditions qui nous ont paru dignes d'être signalées. Voici en quels termes ces deux faits ont été rapportés par M. Landouzy, dans l'une de ses dernières conférences :

Dans le premier cas, il s'agit d'un jeune homme entré à l'hôpital de la Charité au huitième jour de la fièvre, présentant l'ensemble de tous les symptômes caractéristiques de l'affection typhoïde, mais à un degré moyen. Il était arrivé au dix-septième jour sans que rien parût de nature à justifier un pronostic grave; la température s'était maintenue à une moyenne de 37° et quelques dixièmes, grâce probablement au sulfate de quinine dont il avait été fait usage jusque-là, lorsque tout à coup, du matin au soir, survinrent les accidents les plus graves. Tandis que, dans la matinée du lundi, la température n'était qu'à 37°,4 et tous les autres symptômes à l'avenant, le soir on le trouva dans un état de prostration absolue, mourant, le ventre météorisé et avec une température de 41°,6.

L'autopsie montra tout l'appareil d'une péritonite suraiguë dont le point de départ était une perforation intestinale. Toute la fosse iliaque était remplie d'un liquide identiquement semblable à celui que contenait encore en partie l'intestin. Celui-ci présentait une perte de substance par érosion au niveau d'une des rares plaques de Peyer ulcérées, qu'on y trouvait.

Quelques jours auparavant, un jeune homme, dont l'état typhoïde paraissait également très-simple et chez lequel tout portait vers un pronostic favorable, avait succombé aussi rapidement à un accident de même nature. On a trouvé, à l'autopsie, une péritonite généralisée, mais sans épanchement. Ici il n'y avait pas eu perforation, mais péritonite par contiguité, l'iléon présentant tous les caractères d'une vive inflammation dans une étendue de plusieurs centimètres au-dessus de la valvule iléo-cœcale. L'un des follicules ulcérés était sur le point de se perforer.

On voit par ces faits, qui ne manquent d'ailleurs pas de précédents dans la science, quelle doit être la réserve du pronostic et combien on doit redoubler de surveillance et de prudence, soit dans le régime, soit dans les explorations des malades, dans cette période de la maladie où se fait la transition de la période ulcérative des plaques de Peyer à la période de réparation.

HOTEL-DIEU DE MARSEILLE. — M. A. Fabre.

Pouls veineux et souffles cardiaques par dilatation passagère du cœur (1).

II

Cette explication était incomplète et défectueuse. Remarquez que l'insuffisance mitrale devait amener la dilatation du cœur droit par l'intermédiaire d'une congestion du poumon; or il se trouvait que chez notre malade la dilatation du cœur droit était considérable et que, par contre, la congestion pulmonaire était limitée ; l'effort était donc hors de proportion avec sa cause prochaine ; une autre cause avait dû intervenir pour contribuer à produire cette dilatation cardiaque.

Cette autre cause, l'examen de l'arbre artériel devait nous la révéler.

Si un obstacle considérable et permanent se présente à la circulation artérielle, le cœur gauche s'en ressent immédiatement et il éprouve une dilatation hypertrophique ; mais, à cause des liens étroits qui unissent les deux cœurs, des fibres communes qui les enserrent dans un même sac, tout surcroît de travail pour le cœur gauche devient une cause de fatigue pour le cœur droit, et de la fatigue au relâchement il n'y a qu'un pas.

Des causes de fatigue pour le cœur, l'arbre artériel chez notre malade en présentait plusieurs.

Si nous auscultions les sous-clavières des deux côtés, nous y trouvions un bruit de souffle, tandis qu'il n'y avait aucun souffle à la base du cœur; donc des athéromes existaient entre le cœur et les sous-clavières pour rétrécir les canaux artériels sur un ou plusieurs points.

Si nous palpions les radiales, nous trouvions un pouls très-petit, et cependant le pouls des humérales était relativement fort ; donc la petitesse du pouls tenait non pas à la faiblesse de l'impulsion cardiaque ou de l'ondée sanguine, mais à des obstacles, c'est-à-dire à des plaques athéromateuses placées à la partie inférieure de l'humérale ou supérieure des radiales. Ces obstacles existaient surtout vers la radiale gauche dont les pulsations étaient plus faibles que celles de la radiale droite et paraissaient même un peu retardées.

Cette altération artérielle, on faisait mieux que la deviner, on la palpait aux crurales, toutes deux volumineuses, indurées, à impulsion forte. Cette impulsion était beaucoup plus forte à la crurale droite qu'à la gauche. De plus, il y avait dans les crurales, surtout à droite, des irrégularités, des pulsations supprimées, des arrêts qui ne correspondaient pas à des irrégularités et à des arrêts du cœur, qui, par conséquent, avaient leur cause dans des obstacles à la circulation artérielle. Enfin, si on appliquait le stéthoscope sur chaque crurale, on y trouvait un souffle rude, râpeux, beaucoup plus rude et plus râpeux du côté droit que du côté gauche; encore un signe important d'artérite, prouvant bien que le souffle tenait non à des conditions générales de la circulation, mais à des conditions locales propres à certaines artères, à des alternatives de rétrécissement et de dilatation dans les canaux artériels.

Il y avait donc chez notre malade une artérite généralisée produite par l'alcoolisme, et cette artérite avait singulièrement aggravé les conséquences de la lésion mitrale, en contribuant à produire la dilatation du cœur droit avec insuffisance tricuspide ; elle avait encore sinon déterminé, du moins augmenté la lésion mitrale elle-même en ajoutant, par dilatation du cœur gauche, une insuffisance relative à l'insuffisance absolue.

Cette double dilatation du cœur pouvait bien être non pas une altération définitive, mais un relâchement momentané. A l'intoxication alcoolique, cause première, pouvait bien s'être jointe une cause occasionnelle, une fatigue professionnelle. Le malade avait une artérite parce qu'il était

(1) Fin. — Voir le numéro du 19 octobre 1882.

alcoolique, mais il pouvait avoir, de plus, un accès d'asystolie, parce qu'il était ouvrier.

S'il en était ainsi, si la fatigue et le relâchement du cœur jouaient un rôle important dans les phénomènes que nous constations; si sur un cœur luttant contre des obstacles multiples à la circulation artérielle s'était produite une atteinte passagère d'asystolie, le repos, quelques évacuants, de petites doses de digitale devaient amener en même temps et la diminution du pouls veineux et la diminution des souffles cardiaques. Nous avons donc prescrit à notre malade l'infusion de digitale, l'eau-de-vie allemande, le café, le lait, le bon vin et le repos absolu. Le résultat a dépassé nos espérances. Au bout de quelques jours, ce pouls veineux si intense avait disparu ; nous ne trouvions plus de souffle à gauche du sternum; le souffle de la pointe était devenu très-difficile à constater ; cependant quelques faux pas du cœur trahissaient l'existence d'une lésion mitrale. Mais le malade éprouvait un tel bien-être qu'il a voulu nous quitter en nous remerciant de l'avoir si bien guéri.

L'évènement a donc ici confirmé notre diagnostic. Il s'agissait bien d'un alcoolisme qui avait produit une artérite disséminée compliquée d'une endocardite limitée à la mitrale qui n'était que légèrement altérée.

Sous l'influence principale de la lésion artérielle, accessoire de la lésion mitrale, causes pathologiques auxquelles étaient venues se joindre quelques fatigues professionnelles, le cœur avait été momentanément forcé, une crise d'asystolie s'était produite, il y avait eu dilatation passive des deux cœurs.

La dilatation du cœur gauche a doublé l'insuffisance absolue de la mitrale d'une insuffisance relative, d'où l'augmentation remarquable du souffle de la pointe rendu plus fort parce que l'insuffisance est devenue plus complète, je ne dis pas plus large, car dans les insuffisances très-larges le souffle s'affaiblit.

La dilatation du cœur droit a déterminé une insuffisance relative de la tricuspide produisant un souffle léger et doux parce que le sang était lancé par un ventricule peu énergique et traversait un orifice sain. Mais ce sang refluait vers les gros troncs veineux sous l'influence de l'impulsion ventriculaire; de là le pouls veineux que nous avons observé.

Plus tard, par le repos et le traitement, le cœur a repris ses forces premières; la dilatation de fatigue a disparu ; les éléments accessoires ajoutés à la maladie primitive se sont effacés ; l'insuffisance relative de la tricuspide a disparu avec son pouls veineux et son souffle léger; l'insuffisance relative de la mitrale a disparu et avec elle l'intensité du souffle de la pointe ; de sorte qu'en définitive le malade est resté avec sa maladie primitive : artérite disséminée compliquée d'une légère altération mitrale.

Ce fait prouve une fois de plus ces vérités sur lesquelles je ne cesse d'insister devant vous. La maladie du cœur proprement dite, c'est-à-dire la lésion des orifices du cœur gauche, est loin de jouer un rôle exclusif dans le tableau classique des maladies du cœur. L'artérite peut y jouer un rôle important comme cause première de l'asystolie. La dilatation atonique du cœur droit peut y jouer un rôle important comme cause prochaine des signes de l'asystolie, du pouls veineux en particulier. L'élément musculaire peut contribuer puissamment, avec l'élément valvulaire, à produire ou à modifier les bruits de souffle.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 octobre 1882. — Présidence de M. L. Labbé.

COMMUNICATIONS

De la perforation des artères dans les foyers purulents. — M. **Monod** rappelle que, dans la dernière séance, on a contesté la possibilité de la perforation des artères dans les foyers purulents. Il a, depuis, fait des recherches sur ce sujet. Ce sont les résultats de ces recherches qu'il communique aujourd'hui. Il a relevé un assez grand nombre de cas dans lesquels il y a eu perforation spontanée d'une artère, hémorrhagie foudroyante, sans aucune intervention chirurgicale. Par exemple :

Dans les amygdalites primitives : Un homme sujet à des amygdalites suppurées répétées eut une ouverture spontanée de la carotide interne et mourut d'une hémorrhagie foudroyante. Lefort, Caetan, ont cité des faits semblables. Hermann a fait un travail sur les ulcérations de la carotide interne dans les amygdalites suppurées.

Dans les parotidites et les adénites cervicales : Le fils d'un confrère, à la suite d'une scarlatine, eut une parotidite suppurée qui détermina une ulcération de la carotide externe et, par suite, une hémorrhagie mortelle.

M. Monod cite, de même, un cas d'adénite cervicale avec perforation artérielle et hémorrhagie sans intervention chirurgicale ; un cas d'ulcération de l'aorte par abcès du médiastin, pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde (Brechet). C'est donc avec raison que, dans la dernière séance, M. Verneuil disait que ces sortes d'hémorrhagie ne pouvaient guère se rencontrer que dans le cours de fièvres graves ou de la septicémie. Dauvé, en 1870, Liston, citent des cas de tumeurs du cou ou d'adénites cervicales suppurées s'étant mises en communication avec la carotide et ayant également entraîné des hémorrhagies mortelles sans intervention chirurgicale. Savory a vu, dans un cas d'adénite inguinale, datant de neuf mois, l'ouverture spontanée de l'iliaque et la mort par hémorrhagie foudroyante. Enfin, dans des suppurations diverses, il faut citer le cas de Dolbeau, rappelé par M. Labbé dans la dernière séance ; un autre fait semblable de Mackenzie, un cas analogue de M. Trélat ; un cas d'hémorrhagie par perforation de l'artère intercostale à la suite d'un phlegmon sous-pectoral (Mackenzie).

Bien que ces cas semblent assez nombreux, il n'en reste pas moins acquis que les hémorrhagies artérielles dans les phlegmons sont extrêmement rares.

Elles sont plus fréquentes dans les abcès par congestion ou d'origine osseuse. On en trouve neuf cas pour l'artère poplitée. M. Monod rappelle ici les faits de MM. Anger, Humbert et Bouilly. Il a relevé un assez grand nombre de cas où la perforation a été causée par un séquestre : entre autres, un cas d'ostéomyélite datant de dix ans (Périer). Une discussion qui a eu lieu en Allemagne en 1880, sur les abcès par congestion du pli de l'aine, en a révélé plusieurs exemples. Il faut citer aussi une observation de M. Tillaux, en 1873 ; un cas d'anévrysme diffus de la cuisse, ligature de la fémorale ; un cas de perforation dans une ostéite chronique du fémur ; deux cas de perforation de l'humérale ; deux cas de nécrose de maxillaire inférieur, sans intervention chirurgicale; un fait de carie vertébrale, enfin plusieurs exemples de carie du rocher.

Il résulte de l'examen de ces différentes observations que le fait de la perforation des artères dans les foyers purulents existe incontestablement. L'interprétation de ces faits est difficile. La cause mécanique invoquée par M. Desprès, par le fait du drain, ne saurait expliquer tous ces cas, puisque, dans un grand nombre, il n'y a pas eu de drain. Quant aux causes générales, très-évidentes dans plusieurs de ces observations, elles ne sauraient non plus fournir l'explication de tous les faits ; il faut donc, également à ce sujet, émettre de grandes réserves. Quoi qu'il en soit de ces causes, on ne peut contester que, dans des cas rares, les artères peuvent être perforées au voisinage des abcès.

Fracture compliquée de la voûte du crâne. — M. CHAUVEL fait un rapport sur une observation de M. Schwartz, relative à un cas de fracture compliquée de la voûte du crâne. Il s'agit d'un homme de vingt-cinq ans qui, le 13 mars 1882, reçoit un corps très-lourd sur la partie supérieure de la tête; mais bientôt l'hémorrhagie s'arrête, le blessé revient à lui et ne présente plus de troubles bien appréciables. Arrivé à l'hôpital, on constate une fracture de la voûte cranienne avec déchirure des méninges et hernie du cerveau. Les troubles fonctionnels sont très-légers, à peine un peu de faiblesse de la puissance musculaire du côté droit et un peu d'hyperesthésie de la région thoracique. M. Schwartz, devant ces troubles insignifiants, ne juge pas à propos d'intervenir et se contente de faire des lavages phéniqués. Le 19 mars, la température monte à 39°,3; il y a de la fièvre; on constate une hémiplégie droite complète. Devant le développement de l'encéphalite, M. Schwartz se décide à trépaner; il enlève deux esquilles volumineuses. Une hémorrhagie assez considérable l'oblige à laisser une pince en place pendant trois jours. Quelques jours après, les phénomènes s'amendent, la paralysie disparaît, la plaie est en voie de cicatrisation. Le malade semble guéri, lorsqu'il reçoit un nouveau coup sur la tête : nouveaux accidents, développement d'un abcès cérébral, encéphalo-méningite, mort.

M. le rapporteur approuve la conduite tenue, dans ce cas, par M. Schwartz, et croit que, lorsqu'il y a plaie avec hernie du cerveau, il est indiqué de trépaner.

Kyste tendineux à grains riziformes. — M. NICAISE fait un rapport sur une observation présentée par M. Humbert et qui a trait à un kyste tendineux à grains riziformes, guéri par l'incision et l'application de la méthode antiseptique. La guérison a été obtenue sans suppuration. Celle-ci n'est donc pas nécessaire pour mettre sûrement à l'abri de la récidive.

M. DESPRÈS demande qu'on attende un an avant de se prononcer sur la guérison définitive de ce malade.

Tuberculisation des synoviales tendineuses. — M. TERRIER fait une communication tendant à prouver l'existence de la tuberculisation des synoviales tendineuses. Les faits de tuberculose synoviale sont rares, mais les cas de MM. Lancereaux, Debove, Bouilly et Terrier lui-même ne sauraient mettre en doute l'existence de cette affection.

Anévrysme de la fémorale, ligature de l'iliaque externe, guérison. — M. BERGER présente un malade chez lequel il a pratiqué, il y a quatre mois, la ligature de l'iliaque externe pour un anévrysme de la partie supérieure de la fémorale. C'est un charcutier, jeune encore, robuste, obèse, qui, il y a trois ans, a eu un anévrysme au creux poplité, traité et heureusement guéri par la compression digitale au pli de l'aine. Mais quinze jours après la guérison de cet anévrysme apparut, au niveau du point comprimé, à la racine de la cuisse, une nouvelle tumeur anévrysmale. Le malade a eu des troubles trophiques, poussées d'ecthyma, sclérodermie, indiquant une altération notable dans la nutrition du membre. L'anévrysme remontait au-dessus de l'arcade de Fallope. M. Berger l'opéra en juillet 1882; il fit d'abord une incision parallèle au ligament de Fallope et fut obligé de prolonger obliquement cette incision en la dirigeant vers l'ombilic, la tumeur remontant bien au-dessus de l'arcade de Fallope.

Il arriva ainsi sur l'artère iliaque externe, tout près de sa jonction avec l'iliaque interne. Il fit la ligature avec deux fils de catgut qu'il coupa au ras. Les suites furent des plus simples; l'anévrysme durcit, devint indolent et finit par disparaître presque complètement. La plaie superficielle suppurait. Mais il n'y eut pas de suppuration profonde. Le malade put se lever quatre semaines après l'opération. Depuis qu'il marche, il s'est produit de l'œdème de la jambe. M. Berger lui fera porter un bas, une genouillère et un cuissard élastiques, ainsi qu'un bandage à pelote abdominale pour prévenir la hernie ventrale cicatricielle si fréquente à la suite de ces opérations.

Résection de l'humérus, désarticulation de l'épaule. — M. NICAISE montre une pièce anatomique provenant d'un malade qu'il a présenté il y a dix ans à la Société, et chez lequel il avait pratiqué une résection sous-périostée de 13 à 14 centimètres de la diaphyse humérale droite, pour une blessure par arme à feu. L'opération avait été faite deux ans auparavant. Le résultat en avait été parfait. Il y avait à peine 1 centimètre de différence dans la longueur des deux membres. Il s'agissait d'un tailleur de pierres qui avait pu reprendre son métier. Le nerf radial ayant été coupé par une balle, il avait seulement été obligé de changer de main et de prendre le ciseau de la main droite et le marteau de la main gauche. Il a pu ainsi continuer son métier pendant neuf années. Il y a quatre ans, il a eu un premier abcès. Récemment, sous l'influence d'un nouveau traumatisme, vives douleurs dans l'humérus, abcès, trajets fistuleux multiples, fracture spontanée de la partie supérieure de l'humérus enflammé, arthrite purulente, état général grave, amaigrissement, température élevée, sueurs profuses, expectoration purulente.

Cependant l'auscultation ne révélant pas de tuberculose, M. Nicaise attribue ces phénomènes à cet état désigné par Velpeau sous le nom de fausse phthisie ou de bronchorrhée purulente. Il se décida à pratiquer la désarticulation de l'épaule. L'opération a été faite au commencement d'octobre et le malade va aussi bien que possible. M. Nicaise met sous les yeux de la Société l'humérus de ce malade. Il fait observer que, dans l'os de nouvelle formation, le canal médullaire n'est pas complet; il y a un pont de tissu spongieux. Cet os est le siège d'une ostéite profonde, intense.

La séance est levée.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

(ANNÉE SCOLAIRE 1882-1883).

Les cours du semestre d'hiver de la Faculté auront lieu dans l'ordre suivant, à partir du 3 novembre :

Physique médicale : M. Gavarret. — Physique biologique : des phénomènes physiques de la vision. — Le lundi, à quatre heures (petit amphithéâtre). — M. Gariel, agrégé, suppléant. — Physique générale : actions moléculaires, chaleur, électricité. — Les lundis, mercredis et vendredis, à midi (petit amphithéâtre).

Pathologie médicale : M. Jaccoud. — Maladies infectieuses; maladies constitutionnelles. — Le mardi, le jeudi et le samedi, à trois heures.

Anatomie : M. Sappey. — Les appareils de la digestion et de la respiration, de la sécrétion urinaire et de la génération. — Le lundi, le mercredi et le vendredi, de quatre à cinq heures.

Pathologie et thérapeutique générales : M. Bouchard. — Les processus morbides. — Le mardi, le jeudi et le samedi, à cinq heures (petit amphithéâtre).

Chimie médicale : M. Wurtz, suppléé par M. Henninger, agrégé. — Chimie inorganique (métalloïdes et métaux) dans ses applications à la médecine et à la toxicologie. — Le mardi, le jeudi et le samedi, à midi.

Pathologie chirurgicale : M. Duplay. — Maladies des organes génito-urinaires chez l'homme. — Le lundi, le mercredi et le vendredi, à trois heures.

Opérations et appareils : M. Léon Le Fort. — Thérapeutique et opérations pour les maladies chirurgicales des appareils digestif, respiratoire, génito-urinaire, et pour les maladies chirurgicales de la face, du thorax, de l'abdomen et des membres. — Le mardi, le jeudi et le samedi, à quatre heures.

Histologie : M. Robin. — Première partie du programme imprimé : la substance organisée; les éléments anatomiques et les humeurs. — Le mardi, le jeudi et le samedi, à cinq heures.

Histoire de la médecine et de la chirurgie : M. Laboulbène. — Histoire des maladies populaires de la France (suite). — Bibliographie

et biographie médicales. — Le mardi, le jeudi et le samedi, à quatre heures (petit amphithéâtre).

Anatomie pathologique : M. Cornil. — Lésions des appareils respiratoire, digestif et génito-urinaire; lésions de la peau. — A l'École pratique (rue Vauquelin), le lundi et le mercredi, à trois heures et demie; le vendredi, à deux heures.

Cliniques médicales : M. G. Sée, à l'Hôtel-Dieu, tous les jours, de huit heures à dix heures du matin. — M. Lasègue, à la Pitié, tous les jours, de huit heures à dix heures du matin. — M. Hardy, à la Charité, tous les jours, de huit heures à dix heures du matin. — M. Potain, à l'hôpital Necker, tous les jours, de huit heures à dix heures du matin.

Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale : M. Ball, à l'asile Sainte-Anne, tous les jours, de huit heures à dix heures du matin.

Clinique des maladies des enfants : M. Parrot, à l'hospice des Enfants-Assistés, rue Denfert-Rochereau, tous les jours, de huit heures à dix heures du matin.

Clinique des maladies syphilitiques et cutanées : M. Fournier, à l'hôpital Saint-Louis, tous les jours, de huit heures à dix heures du matin.

Cliniques chirurgicales : M. Gosselin, à la Charité, tous les jours, de huit heures à dix heures du matin. — M. Richet, à l'Hôtel-Dieu, tous les jours, de huit heures à dix heures du matin. — M. Verneuil, à la Pitié, tous les jours, de huit heures à dix heures du matin. — M. Trélat, à l'hôpital Necker, tous les jours, de huit heures à dix heures du matin.

Clinique ophthalmologique : M. Panas, à l'Hôtel-Dieu, tous les jours, de huit heures à dix heures du matin.

Clinique d'accouchements : M. Depaul, à la Clinique d'accouchements et de gynécologie de la Faculté, tous les jours, de huit heures à dix heures du matin.

Conférences de médecine légale pratique : M. Brouardel, à la Morgue, tous les mercredis et vendredis, à deux heures.

COURS AUXILIAIRES.

Cours auxiliaire de chimie biologique : M. Hanriot, agrégé. — Étude chimique du sang et des phénomènes de la respiration. — Le lait. — L'urine. — Le mercredi, à trois heures (petit amphithéâtre).

Cours auxiliaire d'histoire naturelle médicale : M. Bocquillon, agrégé. — Zoologie médicale. — Le mardi, le jeudi et le samedi, à deux heures (grand amphithéâtre).

Cours auxiliaire de pathologie interne : M. Rendu, agrégé. — Maladies des appareils circulatoire et respiratoire. — Le lundi, le mercredi et le vendredi, à cinq heures (petit amphithéâtre).

Cours auxiliaire de pathologie externe : M. Terrillon, agrégé. — Maladies chirurgicales du thorax, de l'abdomen et des organes génitaux de la femme. — Le lundi, le mercredi et le vendredi, à quatre heures (petit amphithéâtre).

Cours auxiliaire d'accouchements : M. Charpentier, agrégé. — Grossesse : étude générale. — Maladies de la femme enceinte; suites de couches normales et pathologiques. — Le mardi, le jeudi et le samedi, à trois heures (petit amphithéâtre).

Cours auxiliaire de physiologie : M. Cadiat, agrégé. — Notions de physiologie générale. — Fonctions de reproduction et développement. — Les organes des sens. — Le mardi, le jeudi et le samedi, à midi (petit amphithéâtre).

Cours auxiliaire d'anatomie pathologique : M. Joffroy, agrégé. — Anatomie pathologique générale. — Lésions des tissus. — Lésions des systèmes nerveux et musculaire et de l'appareil circulatoire. — Le mercredi, à deux heures (École pratique, rue Vauquelin).

TRAVAUX PRATIQUES.

Anatomie : M. Farabeuf, agrégé, chef des travaux anatomiques. — Dissections. — Démonstrations par les prosecteurs et les aides d'anatomie. — Tous les jours, de midi à quatre heures.

Anatomie : cours du chef des travaux anatomiques : M. Farabeuf, agrégé. — La tête. — Les centres nerveux. — Les organes des sens. — Le mardi, le jeudi et le samedi, à trois heures et demie (École pratique, rue Vauquelin).

Histoire naturelle : M. Faguet, chef des travaux. — Exercices pratiques d'histoire naturelle. — Le lundi et le jeudi, première série; le mardi et le samedi, deuxième série; de neuf heures à onze heures.

Chimie médicale : M. Armand Gautier, agrégé, chef des travaux. — Manipulations chimiques. — Le mardi et le jeudi, de une heure à trois heures; le mercredi et le vendredi, de huit heures à dix heures.

Physique médicale : M. Ch. Gay, agrégé, chef des travaux. — Exercices pratiques de physique. — Conférences de physique. — Le mardi, le jeudi et le samedi, de quatre heures à six heures.

Anatomie pathologique : M. Gombault, chef des travaux. — Exercices pratiques et démonstrations d'anatomie pathologique. — Tous les jours, à deux heures (le samedi excepté), à l'École pratique, rue Vauquelin.

SEMESTRE D'HIVER. — DIVISION DES ÉTUDES.

Première année : Chimie médicale, physique médicale, histoire naturelle médicale, travaux pratiques de chimie, physique et histoire naturelle.

Deuxième année : Anatomie, histologie, physiologie, pathologie interne, pathologie externe, travaux pratiques d'anatomie, d'histologie et de physiologie.

Troisième année : Anatomie, histologie, anatomie pathologique, physiologie, pathologie interne et pathologie externe, opérations et appareils, thérapeutique et matière médicale, pharmacologie, cliniques médicale et chirurgicale. — Travaux pratiques d'anatomie, d'hystologie et de physiologie. — Stage hospitalier.

Quatrième année : Pathologie interne et pathologie externe, anatomie pathologique, pathologie et thérapeutique générales, pathologie expérimentale, opérations et appareils, hygiène, médecine légale, histoire de la médecine et de la chirurgie. — Cliniques médicale, chirurgicale et obstétricale. — Cliniques spéciales. — Travaux pratiques de médecine opératoire et d'anatomie pathologique. — Stage hospitalier.

Le musée Orfila et le musée Dupuytren sont ouverts aux élèves tous les jours, de onze heures du matin à quatre heures du soir. La bibliothèque est ouverte tous les jours également, de onze heures du matin à cinq heures de l'après-midi, et tous les soirs de sept heures et demie à dix heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le bulletin statistique de la fièvre typhoïde nous donne les chiffres suivants pour les deux journées du 24 et du 25 octobre :

	24 octobre.	25 octobre.
Existants dans les hôpitaux le matin. . .	2,141	2,137
Entrées	77	58
Sorties après guérison	72	54
Décès.	9	10

De plus, les inhumations de personnes décédées de la fièvre typhoïde se sont élevées *en ville* au chiffre de 25 pour la journée du 24 octobre, dont 9 de 1 an à 15 ans, 11 de 16 à 30 ans, et 5 de 31 à 45 ans; et pour la journée du 25, au chiffre de 11, dont 3 de 1 à 15 ans, 5 de 16 à 30 ans, 2 de 31 à 45 ans, et 1 au-dessus de 46 ans.

— Par arrêté en date du 25 de ce mois, le préfet de la Seine vient d'instituer une commission technique chargée : 1° de rechercher le procédé d'évacuation des matières fécales le plus conforme aux lois de l'"hygiène ; 2° d'indiquer les modifications à apporter au point de vue de la salubrité publique dans les procédés employés pour la construction et le curage des égouts, pour l'écoulement des eaux ménagères et pour l'enlèvement des détritus de toute nature déversés sur la voie publique.

Parmi les trente-six membres dont cette commission, présidée par le préfet de la Seine, se compose, nous citerons les noms de M. Bouley, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, vice-président, et de MM. les docteurs Brouardel, Bourneville, Fauvel, Guéneau de Mussy (Henry), Loiseau (Charles), Lamouroux, Vallin, Proust, Robinet, Royer et Napias.

— Le préfet de police vient, par une circulaire en date du 25 de ce mois et relative à la fièvre typhoïde, de prescrire aux commissaires de police les mesures suivantes : 1° toutes les fois qu'un cas de fièvre typhoïde sera signalé, distribuer aux habitants de la maison contaminée quelques exemplaires des instructions du Conseil de salubrité ; 2° veiller à l'exécution des mesures de désinfection recommandées ; 3° en cas d'indigence des intéressés, faire les frais nécessaires pour la désinfection des locaux contaminés.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le doyen recevra désormais les élèves, dans son cabinet, le mercredi et le samedi, à quatre heures.

— M. Bouillat (J.-J.), licencié ès sciences naturelles, est nommé préparateur adjoint de zoologie à la Faculté des sciences de Paris.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — Un concours pour une place de prosecteur s'ouvrira le 12 janvier 1883. La durée des fonctions est de trois ans, le traitement est de 1,500 francs par an.

Un concours pour deux places d'aide d'anatomie s'ouvrira le 15 mars 1883. La durée des fonctions est de deux années : le traitement est de 1,000 francs par an.

— Le Ministre de l'instruction publique et des beaux-arts vient de commander pour l'Institut, entre autres bustes, celui de notre regretté maître Bouillaud, décédé au mois d'octobre de l'année dernière.

— M. le docteur Gressent, médecin-adjoint des prisons de Rouen, a été victime d'une agression de la part de l'un des détenus de la prison Bonne-Nouvelle de cette ville. Notre honoré confrère a été frappé d'un violent coup de crochet par un prisonnier qu'il avait refusé d'exempter du travail. La blessure ne paraît heureusement pas avoir une très-grande gravité.

— Le nombre des malades traités, pendant l'année 1881, dans les hôpitaux civils du département d'Alger, s'est élevé à 9,291, répartis ainsi qu'il suit : hôpital de Mustapha, 6,454 ; de Marengo, 761 ; de Ménerville, 1,761, et de Douëra, 812.

— *École d'accouchements de Pau.* — Un concours pour la nomination du directeur-professeur du cours d'accouchements de Pau aura lieu à la préfecture des Basses-Pyrénées, où les candidats devront se faire inscrire avant le 30 novembre, et produire à l'appui de leur demande : 1° l'acte de naissance ; 2° un certificat de bonnes vie et mœurs ; 3° une note indiquant leurs antécédents et les travaux auxquels ils se seront livrés ; 4° leurs titres et diplômes.

Les candidats devront être docteurs en médecine et justifier qu'ils ont été attachés, pendant une année au moins, à titre d'interne, à un service d'accouchements, dans une Faculté ou une École secondaire de médecine ou à la Maternité de Paris.

Après examen et classement des titres par la commission instituée à cet effet, le préfet nommera le nouveau titulaire. Les candidats seront informés du résultat du concours.

— On annonce la mort de M. le docteur Drivon (Étienne), qui vient de succomber à Lyon, à l'âge de soixante-seize ans, à la suite d'une longue et douloureuse maladie.

— Les conférences pratiques d'anatomie pathologique de M. le professeur Cornil, annoncées dans notre dernier numéro, auront lieu, à partir du 7 novembre, à l'hôpital de la Pitié, les mardis et *samedis* (et non les mardis et *vendredis*).

— M. le docteur Berrut reprendra ses leçons, à la Policlinique de chirurgie des femmes, rue de Bellechasse, 29, le jeudi 2 novembre, et les continuera les jeudis suivants.

A neuf heures : Consultation auxquelles assistent les élèves inscrits.

A onze heures : Leçon à laquelle sont admis tous les médecins, élèves et sages-femmes.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 13562.

N° 126. — MARDI 31 OCTOBRE 1882. 55e ANNÉE. MARDI 31 OCTOBRE 1882. — N° 126.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de la Toussaint, le journal ne paraîtra pas jeudi.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Archambault.

De l'anémie chez les petits enfants, anémie essentielle et anémie secondaire, causes et traitement.

I

L'anémie des petits enfants est une maladie dont personne n'a fait encore une étude un peu complète ; c'est pourquoi je veux vous dire ce que j'en pense, en tant du moins que je la considère comme un appauvrissement du sang caractérisé par la diminution du nombre des globules rouges.

Cet état, très-connu chez l'adulte, existe aussi chez l'enfant ; ordinairement cette diminution des globules s'accompagne d'une augmentation du sérum, de telle sorte qu'il y ait à la fois aglobulie relative et hydrémie.

Ainsi comprise, l'anémie est une des conditions morbides que nous rencontrons 8 fois sur 10 environ parmi les enfants qui viennent à la consultation de cet hôpital. Même chez cet enfant gros et beau, en apparence bien portant, ce que dans le monde on appelle un bel enfant, si vous l'examinez avec quelque soin, maintes fois vous trouverez un certain degré de pâleur, une faible coloration des tissus ; la peau de toute la surface du corps sera fine, lisse et blanche, sans aucune de ces marbrures qui sont le signe d'une riche circulation sanguine. Il semble que le réseau capillaire, chez ces petits êtres, soit vide de sang. Il en est de même des muqueuses, et si les lèvres vous paraissent encore colorées, elles n'ont point cependant cet incarnat qui caractérise un sang riche en globules rouges ; parfois même elles sont pâles pendant le sommeil de l'enfant. Ce que je dis ici de la muqueuse labiale s'applique également aux gencives qui sont décolorées, à la voûte palatine devenue d'un blanc jaunâtre. De plus, l'enfant est quelquefois apathique, lourd, tout en n'étant pas malade. Les conjonctives sont pâles, l'œil est, pour ainsi dire, transparent. L'enfant est très-vif, mais il est aussi très-impressionnable. Le moindre bruit, une vive lumière, le font tressaillir ; souvent même il est sous l'imminence de convulsions ; peut-être en cela exagéré-je un peu, mais c'est avec une certaine intention, car celles-ci surviennent fréquemment chez eux.

Je sais très-bien que les idées que j'émets ici sont en complète contradiction avec celles qui ont généralement cours dans le public où sont surtout regardés comme prédisposés aux convulsions les enfants rouges, colorés, forts, etc.

J'ai rarement vu que mes confrères fussent portés à examiner l'état du cœur et des gros vaisseaux de ces jeunes enfants, dont je viens de vous faire à grands traits le portrait, et cela pour deux raisons : la première, c'est que les livres sont complètement muets sur cette question, et la seconde, c'est que l'on croit généralement ou qu'il n'existe aucun bruit de souffle chez l'enfant âgé seulement d'un an ou de dix-huit mois, ou que si ces bruits existent, on ne peut pas les constater.

Il y a là une double erreur, et les bruits de souffle non-seulement sont manifestes chez les petits enfants, mais ils sont même plus intenses ou tout au moins plus fréquents chez eux que chez l'adulte. J'ajouterai que je les ai, dans tous les cas, pour ainsi dire toujours trouvés.

Leur constatation, il est vrai, n'est pas toujours des plus faciles, d'abord parce que les petits enfants sont assez souvent indociles, ensuite parce que tout examen médical les effraye et que la vue d'un instrument quelconque, voire même d'un stéthoscope, les épouvante. Il conviendra donc au médecin de savoir amuser son petit malade et de le rassurer aussi pleinement que possible, afin de pouvoir l'examiner à loisir et fructueusement.

Les bruits de souffle que l'on perçoit donc, dans les cas qui nous occupent ici, sont la caractéristique de l'anémie, bien que quelques médecins l'aient absolument nié, de telle sorte que, si aux signes stéthoscopiques constatés dans les vaisseaux viennent se joindre les caractères physiques, dont je vous ai entretenus en commençant, il n'existe plus aucun doute sur le diagnostic de l'anémie.

Les bruits de souffle que l'on perçoit chez l'adulte, au niveau de l'orifice aortique, au premier temps, souffles doux qui répondent à la systole ventriculaire et se distinguent des bruits dus à une lésion organique, ces bruits n'existent pas chez l'enfant en tant que bruits fonctionnels, tandis que chez lui on les perçoit au contraire dans les veines. Les recherches du côté du cœur, au point de vue du souffle, ont donc moins d'importance chez l'enfant que chez l'adulte.

West a dit, du reste, que lorsqu'on les rencontrait du côté du cœur, c'était un fait tout à fait exceptionnel.

L'enfant cependant peut éprouver des palpitations spéciales par suite de mouvements brusques, ou sous l'influence d'une émotion un peu vive, et le cœur peut battre d'une façon désordonnée, si énergique même parfois, que l'on entend comme des bruits métalliques, comme une sorte de claquement valvulaire, comme s'il existait enfin une lésion des orifices. Mais dès que l'enfant est au repos, dès que l'impression morale qu'il a éprouvée est calmée, ces bruits désordonnés disparaissent, faisant place, au contraire, chez l'enfant anémique, aux signes appartenant à un cœur d'une faible énergie. Ce sont de véritables palpitations nerveuses s'accompagnant de tintement des valvules, résultant, chez nos petits anémiques, de l'insuffisance de globules rouges du sang et d'une grande excitabilité du système nerveux analogue à celle que l'on observe chez les jeunes filles chlorotiques.

Ce sont là, je le répète, des sujets simplement anémiques auxquels, au lieu de donner de la digitale, il convient beaucoup plus de prescrire du fer, du vin, les eaux de Barèges, etc., en un mot, toute une médication tonique.

En résumé, lorsque vous aurez bien et nettement constaté les signes de cette anémie, vous aurez fait le diagnostic d'un état qui est très-commun chez les petits enfants, quoi que l'on en ait dit parfois.

L'anémie est donc très-fréquente chez ces petits êtres, elle l'est dans une égale proportion chez les petits garçons et chez les petites filles, pendant la première enfance. Mais, dès l'âge de sept ou huit ans, les petits garçons y sont moins sujets que les filles, et celles-ci, plus disposées à devenir chlorotiques, présenteront bien plus souvent les bruits de souffle que je viens de vous indiquer, tandis que les garçons, au contraire, semblent se fortifier. Il y a là une prédisposition inhérente au sexe féminin, prédisposition qui ne tendra qu'à augmenter avec l'âge, pour s'accentuer sous le nom de chlorose, vers l'âge de quinze, seize ou dix-sept ans chez les jeunes filles.

Peut-être cet état particulier tient-il aussi à la vie plus sédentaire que les jeunes filles mènent ordinairement dans la famille. En tous cas, cette action ne serait que secondaire, et nous devons chercher à l'anémie d'autres causes ayant une action directe plus vraie. C'est ce que nous verrons en abordant l'étiologie qui nous permettra de diviser l'anémie en deux grandes classes : l'anémie essentielle, c'est-à-dire celle qui n'est liée à aucune maladie existante, — c'est celle dont nous nous occuperons surtout ici, — et l'anémie secondaire résultant d'une maladie concomitante ou d'une maladie qui vient de se terminer. Cette division est d'autant plus importante que le traitement appelé à combattre cet état particulier varie selon la cause qui l'a fait naître.

ORIGINES DE LA MÉTALLOTHÉRAPIE (1)

VII

DEUXIÈME PÉRIODE (1860 A 1876) ; EXPÉRIENCES A L'HÔPITAL LARIBOISIÈRE EN 1868-1869, DANS LES SERVICES DE MM. VERNEUIL ET HÉRARD, ET A VICHY EN 1871, CONTRE LE DIABÈTE ET LA CACHEXIE ALCALINE ; APPARITION DE LA THERMO-MÉTALLOSCOPIE.

Par le docteur V. BURQ.

Depuis nombre d'années nous nous étions résigné, de guerre lasse, et la diversion de nos travaux sur le choléra aidant, à ne plus faire de la métallothérapie que pour notre compte et à n'en presque pas parler, nous bornant à plaindre, plus ou moins haut, les malades, en si grand nombre, auxquels elle aurait pu venir en aide, lorsque, vers la fin de 1868, au mois d'octobre, certain défi nous amena à faire de nouvelles expériences à l'hôpital Lariboisière.

On se rendra compte de la surprise que dut y causer la réapparition de la métallothérapie, par le langage suivant que tenait l'honorable rédacteur en chef de la *Gazette des Hôpitaux* dans une Revue clinique du 28 mai 1869.

« Qu'est-ce que la métallothérapie? Beaucoup de médecins l'ignorent, quelques-uns l'ont oublié, les plus jeunes n'en ont peut-être pas entendu parler...

« La *Gazette des Hôpitaux* a publié, dans le temps, des faits qui étaient de nature à fixer l'attention sur cette méthode. Pourquoi le silence s'est-il fait autour de ces faits? Pourquoi a-t-on oublié des résultats incontestables puisqu'ils ont été constatés par des témoins irrécusables? C'est ce que nous ne chercherons point à expliquer. Toujours est-il qu'après une longue interruption, M. Burq a repris quelques essais nouveaux à l'hôpital Lariboisière dans les services de MM. Verneuil et Hérard, qui ont bien voulu s'y prêter.

« Voici la relation, aussi abrégée que possible, de quatre observations qui ont été recueillies avec les plus minutieux détails. Nous les publions sans commentaires. » — Docteur BROCHIN.

Suivait dans cette Revue et dans la Revue du 6 juin l'exposition des faits.

Nous renvoyons, pour les détails des trois premières observations, aux sources indiquées. La quatrième ne fut que très-sommairement indiquée par la *Gazette*, sur notre demande. Nous avions tenu, vu son importance, à la réserver pour un rapport de l'Académie toujours espéré. Ce rapport n'ayant point été fait, c'est huit ans plus tard seulement, en 1877, que nous nous décidâmes à la publier. Elle parut *in extenso* dans la *Gazette médicale* avec cette épigraphe de la main de M. le professeur Verneuil :

« Le fait qui suit a été recueilli dans mon service, à l'hôpital Lariboisière, par M. le docteur Burq. J'en ai suivi les phases avec le plus vif intérêt; et, d'abord un peu sceptique, je me suis rendu à l'évidence. Le cas me paraît d'autant plus intéressant qu'il pourra servir plus tard à établir les rapports qui existent entre les affections chirurgicales et certains états névropathiques, chapitre qui, soit dit en passant, est encore inédit, bien qu'il existe dans la science assez de matériaux pour l'ébaucher au moins. » — VERNEUIL.

Il s'agissait d'un pied bot varus survenu chez une hystérique, D..., âgée de dix-huit ans, accompagné d'une violente douleur vers la hanche du même côté, qui aurait pu en imposer pour une coxalgie. Le spasme était si accusé et si tenace, malgré les tentatives de réduction dans le sommeil chloroformique, malgré les divers appareils qu'on lui avait opposés, que M. Verneuil s'était demandé un moment s'il n'y aurait point lieu de pratiquer la ténotomie.

D'autre part, D... était anesthésique à un rare degré. La paume des mains, la plante des pieds et toutes les muqueuses étaient elles-mêmes absolument insensibles; le goût et l'odorat étaient perdus, et cela depuis bien longtemps, car la malade disait n'avoir jamais su différencier le sel du sucre autrement qu'avec ses yeux, ni pu flairer une odeur.

Tous les détails de cette observation ont leur prix. Tout ce que nous pouvons en dire ici, c'est que D..., reconnue sensible à l'or, fut traitée par le chlorure d'or porté successivement depuis 0,01 centigramme jusqu'à 0,16 centigrammes par jour, et que sous l'influence de ce traitement, continué pendant quatre mois, elle guérit progressivement de la manière suivante.

Ce fut la sensibilité générale et les forces musculaires qui, comme toujours, commencèrent à bénéficier les premières. Un beau jour, au bout d'un mois seulement, la sensibilité s'accusa sur l'avant-bras gauche, au niveau d'une petite plaie résultant de l'apposition expérimentale d'une cuvette contenant de l'eau presque bouillante. De là la sensibilité fit tache d'huile. Elle gagna

(1) Suite. — Voir le numéro du 10 octobre 1882.

successivement, *au fur et à mesure qu'on augmentait la dose du remède*, le tronc et les autres membres, s'étendit aux muqueuses, et c'est lorsqu'elle fut devenue normale partout, lorsque les forces musculaires eurent atteint elles-mêmes leur apogée, c'est alors, *et alors seulement*, que la névralgie de la hanche d'abord, puis la contracture, se dissipèrent. Entre temps, les règles étaient revenues, la leucorrhée avait disparu et les fonctions digestives avaient repris de façon à ne laisser rien à désirer.

Il se passa en outre, chez D..., le fait suivant qui a droit à une mention spéciale, parce qu'il a trait à un phénomène peu connu.

Aptitudes métalliques dissimulées. — Il n'est point rare de voir des sujets qui ne répondent que peu ou pas au métal qui est la caractéristique de leur idiosyncrasie, quitte à y répondre plus tard à souhait, quand viennent à disparaître les conditions particulières d'où était née cette résistance. C'est ainsi que l'on voit tel malade, quoique parfaitement sensible au cuivre, par exemple, ne rien éprouver par l'application de ce métal ou ne présenter que des modifications soit de la sensibilité, soit de la motilité seulement, ou bien encore recouvrer la sensibilité au contact seul et continuer à rester absolument analgésique. En ce cas cependant, disons-le d'ores et déjà, il est rare qu'il ne se produise point encore des effets thermiques, d'où l'intervention du thermomètre que nous avons ajoutée dans ces derniers temps aux procédés métalloscopiques par l'esthésiomètre et le dynamomètre.

Ces résistances relèvent de ce que nous avons appelé les *Aptitudes métalliques dissimulées ou larvées.*

Il y a là un impedimentum très-réel parfois pour la pratique de la métallothérapie, surtout pour la métallothérapie externe, qui alors est impossible, cela va de soi. Nous nous en sommes préoccupé de bonne heure, et nous avons trouvé qu'un moyen, à peu près certain, *de mettre en évidence* les aptitudes métalliques dissimulées, c'était de donner à l'intérieur le métal auquel le sujet s'était montré peu ou prou sensible, ou bien était supposé d'emblée devoir y être sensible d'après certaines données, comme la résistance antérieure aux préparations de fer ou de zinc, ou bien des antécédents de somnambulisme qui ont pour corollaire obligé, nous l'avons dit et nous le démontrerons plus loin surabondamment, la sensibilité cuivre.

Or D... offrit une démonstration remarquable de ce que peut ce procédé pour réveiller ou faire ressortir la sensibilité métallique. Au début, son idiosyncrasie or ne s'était jamais révélée que par de la chaleur, par le saignement ou la rougeur des piqûres et par de l'augmentation dans la force des membres supérieurs, qui étaient aussi amyosthéniques. Jamais l'or n'avait pu influencer en rien sa sensibilité, bien que nous eussions été jusqu'à cuirasser littéralement de ce métal la jambe malade. Nous avions appliqué une première fois une bande d'or laminée du prix de près de 5,000 francs, et une deuxième, soixante-quinze pièces d'or fixées avec des bandes de diachylon, qui restèrent en place trois jours. Lorsque D... eut pris de l'or pendant un certain temps, sa sensibilité, par l'application de l'or, commença à s'accuser, mais au contact seulement, et un peu plus tard, sous l'influence de cette sorte de *vis à tergo* incessante, due à l'administration quotidienne du sel d'or à dose croissante, il y eut comme une dernière poussée vers la peau à la suite de laquelle l'or en application eut raison complète de la sensibilité, la malade étant encore, bien entendu, toujours anesthésique à laisser croire qu'il ne s'était opéré chez elle aucun changement de ce côté.

Ainsi donc, en somme :

Nouvelle affirmation de l'efficacité de la métallothérapie interne, soit comme remède, soit comme moyen de réveiller les aptitudes métalliques dissimulées ; action de l'or, de l'argent et du cuivre intus dans des cas de chlorose où le fer et le zinc, administrés précédemment, n'avaient rien produit d'autre qu'une insurrection plus ou moins grande de l'organisme, et effets toujours les mêmes, quel que fût le métal employé sur la sensibilité générale et spéciale, sur les forces musculaires, sur les troubles vaso-moteurs, sur la circulation capillaire et utérine, etc., et consécutivement sur tous les désordres hypernerviques sans exception, comme sur les troubles gastriques et toutes leurs conséquences.

Démonstration péremptoire que les troubles de la sensibilité et de la motilité tiennent tous les autres directement sous leur dépendance dans les affections du système nerveux, aussi bien que dans la chlorose qui leur fait si souvent cortège, et que, dans l'hystérie en particulier, les contractures n'échappent point plus que les attaques, les névralgies et les troubles intellectuels, ajoutons-le, pour être complet, à cette prédominance, et ne sauraient disparaître sans une disparition préalable ou concomitante de l'anesthésie et de l'amyosthénie, à moins d'être remplacées par d'autres troubles spasmodiques, névralgiques ou psychiques.

Voilà, entre autres choses, ce qui résulta des expériences que nous fîmes à l'hôpital Lariboisière, au cours des années 1868 et 1869 ; voilà les faits qui, après tant d'autres, après les observations confirmatives de MM. Bouchut, Bosias, Dufraigne, Tripier, etc., après les affirmations de Trousseau, à sa clinique comme à la tribune de l'Académie, ne purent point encore faire faire place à la métallothérapie et valoir à son auteur une réparation quelconque pour les différents dénis de justice dont il avait été la victime !

Association de la métallothérapie à la médication thermale. — Après la guerre, en 1871, l'état de notre santé nous obligea de quitter Paris. Nous étions réfugié à Vichy, lorsque certain diabétique, dont la *Gazette des Hôpitaux* du 3 avril 1880 a rapporté l'observation, chez lequel la métallothérapie était intervenue si consciemment de la façon la plus heureuse, par l'administration d'eau alcaline ferrugineuse du puits Lardy, nous amena à nous occuper de ce que les métaux pouvaient faire pour reconstituer les forces des diabétiques et relever celles des individus atteints par la cachexie alcaline, qui, quoi que l'on en ait dit, s'observe dans cette station, et n'a dû d'y devenir plus rare qu'aux pratiques hydrothérapiques introduites à Vichy par Jardet. Pendant deux saisons thermales nous étudiâmes leur action sur un certain nombre de diabétiques, dont trois confrères et quatre malades de l'hôpital militaire, qui nous avaient été envoyés par M. Barudel, son médecin en chef ; et de cette étude il ressortit, pour nous, cette conviction que nous avons développée depuis, une première fois à la tribune de l'Académie, le 25 novembre 1879, une deuxième, le 11 février 1880, devant la Société de chirurgie et condensée dans une récente publication : *la Métallothérapie à Vichy contre le diabète et la cachexie alcaline* (Paris, A. Delahaye et Lecrosnier), à savoir :

1° Que nombre de diabétiques sont tributaires de la métallothérapie au même titre et pour les mêmes raisons que les simples névropathes ;

2° Que les succès les plus réels contre le diabète curable s'observent à Vichy, surtout chez des malades sensibles au fer ou à l'arsenic, parce qu'il y a plusieurs de ces sources qui en contiennent et doivent être obtenus tout aussi bien pour les mêmes raisons, par les eaux de Vals ;

3° Que la cachexie alcaline est très-réelle, quoi qu'on en ait dit, et que les médecins qui exercent à Vichy en ont généralement si parfaite conscience, qu'ils ne manquent jamais d'envoyer leurs malades boire à la source Lardy dans la dernière semaine de leur cure, ce qui a pour effet de diminuer le nombre de ceux « *qui y sont éprouvés par les eaux* », d'un chiffre égal à celui des sensibilités fer, c'est-à-dire de 25 à 30 p. 100 ;

4° Que l'on peut, d'une part, augmenter singulièrement le nombre des bénéficiaires des eaux de Vichy, et, d'autre part, diminuer de même celui des victimes de la cachexie en y ajoutant, à titre d'adjuvant ou de correctif, le métal qui leur manque pour répondre à toutes les sensibilités métalliques ;

5° Qu'avant de diriger un malade vers une source ferrugineuse, la première chose à faire, c'est de s'assurer s'il est, oui ou non, sensible au fer, les inconvénients d'une fausse médication étant ici plus sérieux et moins faciles à réparer que lorsqu'on donne sur place une préparation martiale à un malade qui ne saurait en tirer aucun avantage.

C'est aussi à Vichy que nous appliquâmes, pour la première

fois, le thermomètre à la recherche des sensibilités métalliques, et que nous recueillîmes les premiers éléments d'un mémoire sur la *Thermo-métalloscopie*. Ce mémoire fut encore adressé à l'Académie, mais hélas ! il ne devait point être plus heureux que ses nombreux aînés.

Nous l'avions à peine écrit d'une main déjà défaillante, que la nuit dont nous avons parlé se faisait sur nous et sur notre œuvre. A partir de ce moment, notre existence ne fut plus qu'une longue lutte contre une fin que tout semblait présager, lutte sans trêve ni merci.

Comment, au bout de cinq années de souffrances physiques et morales inénarrables, nous fût-il donné de triompher enfin d'un mal qui semblait devenu irrémédiable d'une manière suffisante pour venir prouver, à ceux qui nous avaient déjà oublié, que la métallothérapie vivait encore ?

Par quel miracle sommes-nous encore là, veillant de notre mieux sur l'œuvre à laquelle nous avons voué notre vie ?

Parce que nous avions foi en cette œuvre ; parce que les choses que nous avions affirmées, nous les avions toutes vues et *bien vues ;* parce que, surtout, nous avions à prendre notre revanche de près de trente années de dédains et de résistances sous toutes les formes, et que tout cela c'était bien assez pour nous donner la plus énergique volonté de vivre et, partant, tout le courage voulu pour nous soumettre aux traitements les plus féroces.

Mais éloignons notre pensée d'un passé si douloureux. Détournons aussi les yeux de ceux qui cherchent maintenant à éteindre le flambeau allumé, les uns par un silence calculé, les autres par des dénégations ou des atténuations injustifiables, et ceux-ci par l'opposition d'autres agents esthésiogènes aux métaux, comme si la métallothérapie avait eu jamais l'outrecuidance de faire table rase de tout ce qui existait avant elle ou que l'avenir lui réservait en concurrence, et montrons comment le *Burquisme* est entré définitivement dans le domaine de la science, et pourquoi il n'est plus aujourd'hui au pouvoir de personne de l'en déloger.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 28 octobre 1882. — Présidence de M. Laborde.

COMMUNICATIONS

Distribution des œufs dans la cavité utérine. — M. Budin fait une communication sur la distribution des œufs dans la cavité utérine, dans les cas de grossesse gémellaire.

Lorsqu'il y a deux fœtus dans la cavité utérine, les deux œufs peuvent être situés verticalement, l'un à côté de l'autre ; ils peuvent être superposés ou placés l'un au-dessus de l'autre, l'un, le supérieur, horizontalement, l'autre verticalement, ou tous deux horizontalement ; ils peuvent aussi se trouver placés l'un devant l'autre ; enfin les deux œufs, tout en étant distincts et séparables l'un de l'autre, peuvent être disposés de telle façon que l'un emboîte l'autre complètement. L'examen des placentas, après l'accouchement, permet, dans un certain nombre de cas, de reconstituer ces diverses situations respectives des deux fœtus. Les symptômes diffèrent également selon ces cas. Les signes qui ont le plus de valeur sont : l'audition des bruits des deux cœurs, la perception, par la palpation, des diverses parties fœtales. Lorsque les deux fœtus sont placés l'un à côté de l'autre, on sent, entre autres signes, un sillon vertical séparant les deux poches. Quand ils sont placés l'un au-dessus de l'autre, il n'y a pas de sillon ni de dépression, les bruits du cœur sont alors superposés. Sont-ils situés l'un devant l'autre, la saillie du ventre en avant est bien plus marquée ; il y a de l'œdème sus-pubien, mais le second fœtus ou le fœtus placé postérieurement est tout à fait inaccessible à la palpation.

Audition binauriculaire. — M. Gellé, en étudiant l'audition binauriculaire, a constaté un phénomène curieux de sympathie binauriculaire : une modification imprimée à une oreille agissant sur la sensation éprouvée par l'autre.

Si l'on place un tube de caoutchouc à l'oreille gauche et qu'un diapason vibre auprès de son bout libre, on s'aperçoit qu'en pressant légèrement le tragus sur l'orifice du méat droit, le son augmente d'intensité à gauche aussitôt.

A quoi tient cette augmentation du son pour l'oreille opposée ?

Le son n'a pas pénétré dans le crâne et passé à droite ; c'est impossible à un son aérien ; de plus, on ne peut rien entendre à l'otoscope placé du côté droit, quand le son frappe ainsi l'oreille gauche. Enfin, il faut rappeler que c'est le son perçu par le côté gauche qui s'accroît, et que rien n'est senti à droite (où l'on comprime).

Y a-t-il là sollicitation de la sensibilité générale (5e paire) ou spéciale par le fait de la tension imprimée à tout l'appareil auditif et par suite production d'actes réflexes synergiques sur l'organe conducteur du son ? C'est la raison la plus plausible du phénomène.

Cependant cette action réflexe synergique de l'appareil d'accommodation de l'oreille gauche, quand je comprime la droite, expliquera-t-elle cet autre phénomène d'observation :

Si, au lieu de comprimer doucement, on presse fortement le méat droit de façon à agir énergiquement sur le fond, le son baisse à gauche et renaît dès qu'on cesse, à volonté. Quelle est la cause de ce curieux effet à distance d'une oreille sur l'autre ?

Il est certain que cette gradation de l'expérience, qui montre d'abord l'augmentation puis l'abaissement du son suivant qu'on presse plus ou moins, se rapproche de ce qu'on constate expérimentalement quand on provoque la tension du tympan.

L'action sur l'appareil d'accommodation est bien admissible, et donne encore l'explication la plus plausible de cette curieuse sympathie binauriculaire.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 octobre 1882. — Présidence de M. Dujardin-Beaumetz.

COMMUNICATIONS

L'Assistance publique et les hôpitaux. — M. Besnier, à l'occasion du procès-verbal, comme membre de la Commission d'hygiène des hôpitaux, apprend à la Société que cette commission a été réunie, et que M. le directeur de l'Assistance publique a formellement déclaré devant elle qu'il n'avait jamais eu l'intention de placer des malades atteints de la fièvre typhoïde dans les baraquements de l'hôpital de Lourcine. L'accusation ayant été publique, il faut que la justification le soit également.

M. Dujardin-Beaumetz. Quelles que soient les malades auxquelles sont destinés les baraquements de l'hôpital de Lourcine, cet hôpital est toujours bien mal choisi, en ce sens que, à cause de sa réputation, bien des femmes, comme cela est déjà arrivé, refuseront d'y entrer.

M. Martineau appuie la proposition de M. Beaumetz et celle exprimée, dans la dernière séance, par M. Besnier, à savoir que l'Assistance publique, en plaçant des malades quelconques dans l'hôpital de Lourcine, commet une action mauvaise.

M. Besnier fait observer que c'est là une question d'un autre ordre et qui pourra être discutée en son temps.

Gangrène des extrémités chez une albuminurique. — M. Roques communique une observation destinée à montrer qu'il peut exister une certaine relation entre la néphrite et l'asphyxie locale. Il s'agit d'une femme de quarante ans qui entre à l'hôpital présentant tous les caractères de l'asystolie ; on constate chez elle une congestion pulmonaire intense, des urines albumineuses. Depuis un an, elle se plaint de vertiges, parfois aussi de diarrhée et de vomissements, de dyspnée ; elle a les mains pâles et froides,

elle a souvent, dit-elle, l'onglée; enfin elle se plaint d'une douleur aiguë au gros orteil droit. Sur le gros et le petit orteil du pied droit apparaît bientôt une plaque violacée; les douleurs sont parfois atroces; des marbrures violacées, irrégulières se développent sur tout le membre inférieur droit. Il n'y a pas d'œdème appréciable. Les mêmes lésions se développent, à gauche, nettement et complètement symétriques. L'examen ophthalmoscopique, fait par M. Abadie, n'a pas révélé de rétinite albuminurique et ne présente pas de lésions appréciables, sauf un peu de pâleur des artères. Les lésions s'accroissent notablement, la dyspnée va en augmentant. Les calmants, les toniques, les inhalations d'oxygène, etc., restent sans effets, et la malade succombe.

A l'autopsie, on trouve le poumon droit splénisé, le cœur volumineux; sur les valvules sygmoïdes de l'aorte on trouve une couronne de végétations villeuses. Le foie est gros. Les reins, petits, à capsule adhérente, présentent toutes les lésions de la néphrite interstitielle. Les artères pédieuses sont indemnes de toute altération. La lésion cardiaque ne saurait suffire à expliquer l'asphyxie locale. M. Roques croit pouvoir admettre une relation entre la néphrite et la gangrène des extrémités.

L'ordre du jour appelle la discussion sur la fièvre typhoïde; mais, devant cette question toute d'actualité et d'un grand intérêt général, la Société juge à propos de se former en comité secret, à quatre heures un quart.

LA FIÈVRE TYPHOÏDE A PARIS

M. le docteur Dujardin-Beaumetz vient d'adresser à M. le préfet de police, au nom du Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine, le rapport suivant:

Monsieur le Préfet, le Conseil d'hygiène, ému de l'épidémie de fièvre typhoïde qui sévit en ce moment à Paris, et approuvant les propositions de nos collègues le baron Larrey et le docteur Lagneau, a émis l'avis qu'il convenait non seulement d'adresser à la population des instructions sur les mesures à prendre lorsque se déclarent des fièvres typhoïdes, mais encore de faire parvenir aux commissions d'hygiène d'arrondissement un questionnaire se rapportant aux différentes circonstances qui ont pu influer sur le développement et sur la marche de l'épidémie.

Les modes de développement et de contagion de la fièvre typhoïde ont été, dans ces dernières années, l'objet d'importantes études et de discussions; toutefois, malgré l'activité et le zèle dépensés dans ces recherches, ce grand problème d'épidémiologie n'est pas complètement résolu, et, malheureusement, il reste encore sur cette question bien des points obscurs.

Le Conseil d'hygiène a cru que le moment était propice pour élucider ces points, et qu'une enquête impartiale et rigoureuse était nécessaire. Il a pensé que personne n'était plus à même d'étudier ces questions que les commissions d'hygiène des arrondissements de Paris, commissions dont le zèle et l'activité n'ont jamais fait défaut, et qui sont au courant de tout ce qui intéresse les conditions hygiéniques de leur circonscription.

Pour guider les commissions dans leurs enquêtes et pour imprimer à ce travail une marche uniforme qui permette d'en tirer des conclusions comparables entre elles, le Conseil d'hygiène a formulé le questionnaire ci-joint (1), qu'il a l'honneur de soumettre à votre approbation. Ce document est divisé en deux parties: l'une comprend des questions générales relatives à l'arrondissement tout entier, et l'autre des questions individuelles spéciales à chacun des cas; il signale, en outre, les points sur lesquels doit se porter plus particulièrement l'attention des enquêteurs.

(1) Voir ce Questionnaire dans la *Gazette des hôpitaux* du 24 octobre 1882, page 982.

Il serait bon, Monsieur le Préfet, que les différents membres des commissions d'hygiène des arrondissements de Paris et de la banlieue pussent se subdiviser la besogne, de telle sorte que presque tous les faits de fièvre typhoïde déclarés dans chaque arrondissement fussent soumis à cette enquête. On devrait d'ailleurs indiquer à ces personnes les noms et adresses des malades atteints de fièvre typhoïde qui entrent dans les hôpitaux. Nous pensons qu'avec l'aide de l'Assistance publique et des commissaires de police, d'une part, avec celui des médecins et des commissions d'hygiène, de l'autre, nous arriverons à obtenir une enquête portant sur un nombre de cas assez considérable pour arriver à résoudre cette question du développement et de la contagion de la fièvre typhoïde.

Nous n'avons pas besoin de faire remarquer combien cette solution intéresse la population parisienne.

C'est avec la confiance la plus absolue que le Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine fait appel, dans ces circonstances, au concours du corps médical. Il est persuadé que, pour étudier ce problème de pathogénie, il rencontrera dans tous les médecins de Paris et de la banlieue des collaborateurs empressés et dévoués.

L'enquête une fois terminée et la question résolue, nous pourrons alors asseoir sur des bases solides et scientifiques la réglementation des moyens hygiéniques permettant de combattre, dans la mesure du possible, ce typhus qui occupe chaque année une si large place dans la mortalité de nos grands centres de population.

Persuadé de l'importance d'une pareille enquête, le Conseil d'hygiène compte, Monsieur le Préfet, sur votre haute sollicitude pour prendre des mesures urgentes à ce sujet, et nous permettre ainsi de mener à bien cet important travail.

A la suite de ce rapport, le préfet de police a adressé la circulaire suivante aux maires présidents des commissions d'hygiène:

Monsieur le Maire, une épidémie de fièvre typhoïde sévit actuellement à Paris.

Il a paru urgent au Conseil d'hygiène publique et de salubrité de rédiger une instruction, dont un exemplaire est ci-joint (1), qui contient les principales mesures prophylactiques à recommander aux intéressés.

D'autre part, le Conseil croit le moment venu de faire une enquête générale sur la pathogénie de la fièvre typhoïde, c'est-à-dire de rechercher les influences telluriques, topographiques, hygiéniques, et les circonstances d'habitat, d'encombrement, d'alimentation et d'immigration qui peuvent favoriser le développement de la maladie.

Le Conseil a pensé, Monsieur le Maire, que la commission d'hygiène que vous présidez n'hésiterait pas à lui prêter dans cette étude le précieux concours de son expérience et de son dévouement.

Il a formulé un questionnaire dont j'ai l'honneur de vous adresser quelques exemplaires (2).

Je vous transmets en même temps un rapport qui m'a été présenté, au nom du Conseil d'hygiène, par M. le docteur Dujardin-Beaumetz.

Je vous serai obligé de vouloir bien faire distribuer le plus tôt possible ces documents aux membres de la commission d'hygiène de votre arrondissement, aux médecins de l'état-civil et aux autres médecins auxquels vous feriez appel et qui consentiraient à prendre part à l'enquête générale susmentionnée.

Je vous prie, Monsieur le Maire, de me faire parvenir, dès que vous les aurez réunis, tous les renseignements que vous aurez pu recueillir sur cette question, et en même temps un rapport d'ensemble émanant de la commission d'hygiène.

(1) Voir la *Gazette des hôpitaux* du 24 octobre 1882, page 982.
(2) Idem.

PRÉFECTURE DE POLICE.

SERVICE MÉDICAL DE NUIT DANS LA VILLE DE PARIS.

Statistique du 1er juillet au 30 septembre 1882.

Par M. le docteur PASSANT.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	TOTAL
1er	9	9	3	21
2e	14	24	4	42
3e	19	39	5	63
4e	37	38	9	84
5e	23	32	11	66
6e	18	31	9	58
7e	12	24	7	43
8e	8	8	»	16
9e	17	24	6	47
10e	32	35	5	72
11e	66	80	15	161
12e	19	44	10	73
13e	35	60	21	116
14e	43	43	15	101
15e	34	54	11	99
16e	10	5	2	17
17e	28	49	9	86
18e	42	60	20	122
19e	44	46	21	111
20e	46	92	29	167
	556	797	212	1565

MALADIES OBSERVÉES.

A. — Angines et laryngites	46
Croup	45
Coqueluche	2
Corps étrangers de l'œsophage	1
Corps étrangers du conduit auditif	1
Otite	1
B. — Asthme	31
Affections du cœur	41
Bronchites aiguës et chroniques	46
Pleuro-pneumonie	42
Congestion pulmonaire	7
C. — Affections et troubles gastro-intestinaux	107
Choléra nostras	3
Cholérine	23
Dysentérie	6
Athrepsie	10
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines	76
Hernie étranglée	14
Rétention d'urine	18
Orchite	2
D. — Métrite, métro-péritonite	32
Métrorrhagie	37
Fausse couche	50
Accouchement, délivrance	159
E. — Affections cérébrales, paralysies	72
Convulsions, éclampsie	54
Névralgie	47
Névroses	78
Épilepsie	30
Aliénation mentale	12
Alcoolisme, delirium tremens	17
Tétanos	1
F. — Rhumatisme	18
Affections éruptives	21
Fièvre intermittente	3
Fièvre typhoïde	113
Hémorrhagies de causes internes et externes	79
G. — Plaies, contusions	108
Fractures, luxations, entorses	38
Brûlures	3
Empoisonnements	15
Asphyxie par le charbon	4
Suicide	4
H. — Mort à l'arrivée du médecin	28
Total	1565

La moyenne des visites par nuit est de 15,92. Pour le trimestre correspondant de l'an dernier, elle était de 18,33.

Visites du troisième trimestre de 1881	1,687
Visites du troisième trimestre de 1882	1,565
Différence en moins	122

Les hommes entrent dans la proportion de 36 p. 100;
Les femmes — — 51 —
Les enfants au-dessous de trois ans, 13 —

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'état des malades atteints de fièvre typhoïde dans les hôpitaux de Paris, depuis notre dernier numéro, nous donne les chiffres suivants pour les deux journées des 26 et 27 octobre 1882, qui indiquent une tendance à quelque recrudescence :

	26 octobre.	27 octobre.
Existants dans les hôpitaux le matin	2,131	2,143
Entrées	74	86
Sorties après guérison	54	97
Décès	8	9

Les inhumations de typhoïdiques décédés se sont élevées, *en ville*, à 21 pour la journée du 26 octobre, et à 13 pour celle du 27.

— M. le Ministre de l'instruction publique vient d'adresser aux recteurs une circulaire par laquelle il rappelle l'objet du décret du 23 juillet 1882 (1) relatif au doctorat en médecine dans les écoles de plein exercice.

En voici les principales dispositions :

A l'avenir les élèves des écoles de plein exercice qui ne voudraient pas se soumettre aux prescriptions de l'article 4 du décret du 20 juin 1878, exigeant que le premier examen et les deux parties du deuxième examen probatoire du doctorat en médecine soient subis pendant le cours de la scolarité, auront la faculté de ne les passer qu'après l'expiration du seizième trimestre d'études. De la sorte lesdits élèves pourront faire leurs études complètes avant de se rendre à la Faculté pour postuler le diplôme ; mais ils seront astreints, durant cette période scolaire, à des interrogations semestrielles dont le résultat sera transmis aux Facultés pour qu'il en soit tenu compte aux examens de doctorat.

Aux termes du dernier paragraphe du décret du 23 juillet 1882, les élèves de cette catégorie doivent subir leur premier examen à la session de novembre, et, en cas d'échec, ils restent soumis, en ce qui concerne la durée des ajournements, au régime des élèves ayant seize inscriptions.

En permettant aux étudiants de subir la première partie du deuxième examen probatoire après la dixième et avant la douzième inscription, on leur laissait, en effet, la faculté de ne consacrer que trois trimestres à l'étude de l'anatomie. Le nouveau règlement a pour but d'astreindre les étudiants à consacrer une année entière à cette partie obligatoire de leurs études en reportant, après l'expiration du dixième trimestre, l'époque où ils doivent subir la première partie du deuxième examen.

— Par arrêté ministériel en date du 24 octobre, MM. les docteurs Bouchard et Bouchardat, professeurs à la Faculté de médecine de Paris, et Bourceret, ancien interne des hôpitaux, sont nommés membres de la Commission d'hygiène scolaire.

— *Faculté de médecine de Paris.* — MM. les docteurs Castex, Ramonède et Routier sont nommés, pour une période de quatre années, prosecteurs, en remplacement de MM. Duret, Segond et Reynier.

— M. le docteur Troisier, agrégé de la Faculté de médecine de Paris et médecin des hôpitaux, est nommé médecin du lycée Saint-Louis, en remplacement de M. le docteur Hillairet, décédé.

— *Fièvre jaune.* — Les dernières nouvelles sanitaires reçues de Gorée sont très-satisfaisantes. Le dernier décès causé par la fièvre jaune est du 21 septembre et tous les Européens, non acclimatés, ayant été précédemment atteints et guéris, aucun cas n'est plus à craindre. La situation est également bonne à Saint-Louis.

(1) Voir la *Gazette des hôpitaux* du 27 juillet 1882.

— M. le docteur Carof est nommé médecin-adjoint au lycée de Brest.

— *Hospice de la Salpêtrière.* — Le service de la consultation externe de cet établissement hospitalier est ainsi réparti :

MÉDECINE. — Le lundi, M. Moreau; le mardi, M. Charcot; le mercredi, M. Luys; le vendredi, M. Auguste Voisin; le samedi, M. Legrand du Saulle.

CHIRURGIE. — Le jeudi, M. Terrillon.

Cette consultation a lieu à neuf heures et demie.

La consultation de médecine est plus spécialement réservée aux maladies nerveuses et mentales.

— M. le docteur de Saint-Germain, chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades, commencera ses leçons cliniques d'orthopédie le jeudi 9 novembre, à neuf heures, et les continuera les jours suivants à la même heure.

— M. le docteur Jules Simon, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, commencera ses leçons de thérapeutique infantile le mercredi 15 novembre, à neuf heures, et les continuera les mercredis suivants à la même heure.

Consultations cliniques tous les samedis.

— M. le docteur H. Picard reprendra son cours public et gratuit sur les maladies de l'appareil urinaire le lundi 6 novembre, à huit heures du soir, 13, rue Suger, et les continuera les lundis, mercredis et vendredis, à la même heure. Ce cours commencera par la description des maladies de la prostate.

— Nous apprenons que le vinaigre de Pennès est admis régulièrement dans les hôpitaux de Paris comme agent antiseptique et hygiénique pour le traitement des maladies contagieuses et infectieuses. Ce produit semble appelé à rendre de véritables services dans les cas si nombreux de fièvre typhoïde qui se présentent actuellement dans la plupart de ces établissements sanitaires.

— *Avis.* — Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Les Hystériques, *état physique et état mental, actes insolites, délictueux et criminels,* par le docteur LEGRAND DU SAULLE, médecin de la Salpêtrière. 1 vol. in-8° de xx-625 pages. — Prix : 8 francs. Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 13562.

N° 127. — JEUDI 2 ET SAMEDI 4 NOVEMBRE 1882. 55e ANNÉE. JEUDI 2 ET SAMEDI 4 NOVEMBRE 1882. — N° 127.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Des vœux, des vœux et toujours des vœux! c'est à peu près là tout ce que peut l'Académie en fait de réformes et d'améliorations en hygiène publique, quand elle n'est pas directement consultée par les pouvoirs dont elle relève. C'est un peu plus peut-être que ce que peuvent les Commissions, les Conseils et Comités institués à titre purement consultatif auprès des diverses administrations ministérielles, préfectorales ou municipales. Mais ce n'est pas encore assez. Car, pendant que les corps savants délibèrent, discutent et expriment ces vœux, que reproduit et propage à son tour la presse médicale, lorsqu'elle n'en a pas eu elle-même l'initiative, la même impuissance, pour ne pas dire la même incurie, persiste à l'égard de l'application des principes les plus élémentaires de l'hygiène publique : une grande partie des habitations de la classe indigente continue à présenter toutes les conditions de la plus monstrueuse insalubrité; les épidémies se propagent sans qu'on trouve ou qu'on paraisse même chercher les moyens de leur opposer une digue; elles surprennent la surveillance de l'autorité sanitaire en défaut; et l'administration de l'Assistance publique, elle-même, à peine suffisamment pourvue pour les besoins journaliers d'une population toujours croissante, comme si l'éventualité d'épidémies ne devait pas entrer naturellement dans ses prévisions et dans ses calculs, n'a à sa disposition, lorsqu'une de ces éventualités vient à se réaliser, ni assez de lits ni assez de salles dans ses hôpitaux, ni assez d'hôpitaux, ni même des locaux disponibles où elle puisse établir extemporanément des services provisoires.

Et cependant, quand s'est-on plus occupé qu'à notre époque de questions d'hygiène publique, de mesures sanitaires, de prophylaxie générale, de perfectionnement des moyens d'assistance? Nous n'aurions qu'à nous reporter à ce que nous disions, il y a six mois à peine, dans notre numéro du 30 mai dernier, sur l'état de l'hygiène publique, à propos d'un projet d'organisation de la médecine publique en France; ou, mieux encore, à renvoyer nos lecteurs à un livre récemment publié, à l'instigation et sous les auspices du Conseil d'administration de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle de Paris, par ses deux zélés secrétaires MM. les docteurs H. Napias et A.-J. Martin, dans le but de faire connaître, à l'occasion du Congrès international d'hygiène de Genève, les progrès de l'hygiène en France depuis 1878 jusqu'à ce jour (1). Cet ouvrage, comme l'indique son titre, est destiné à dresser le bilan des progrès de l'hygiène réalisés en France pendant ces dernières années, c'est-à-dire depuis le Congrès d'hygiène tenu à Paris en 1878. Il suffit d'en indiquer les auteurs pour dire avec quel soin et quelle méthode a été fait cet inventaire.

Ce n'est donc pas la science qui manque, bien qu'elle laisse assurément encore bien des *desiderata* à satisfaire. Ce n'est pas, non plus, que les administrations auxquelles incombent la surveillance et la direction des services de la santé publique n'aient rien fait. Il y aurait manifestement injustice à méconnaître les services rendus à la santé publique en France par les institutions de police sanitaire internationale et maritime en vue de la préservation des épidémies exotiques, par la loi protectrice de l'Enfance, par la loi sur le travail des apprentis dans les manufactures, par la loi sur les logements insalubres, etc.; dans les grandes villes, par les grands travaux de voirie et d'assainissement qui y ont été entrepris, par l'extension donnée à l'institution des Conseils de salubrité auprès des préfectures, par la création des commissions locales d'hygiène; à Paris, notamment, par la création du Bureau de statistique médicale, de l'inspection médicale des écoles, du laboratoire municipal, etc., etc.; enfin, par les nombreuses Sociétés scientifiques ou philanthropiques qui se sont constituées dans le but de faciliter l'application de ces lois sanitaires ou de veiller à leur bonne exécution.

Comment se fait-il donc qu'avec tant d'activité et de zèle d'un côté dans l'étude des problèmes hygiéniques et la recherche des moyens d'assainissement, avec un bon vouloir, d'autre côté, que nous ne pouvons mettre en doute, de la part des administrateurs pour la mise en pratique des données fournies par la science, les choses en restent en réalité, chez nous, à cet état d'insuffisance et d'infériorité relative, vis-à-vis de pays voisins, qui soulèvent un aussi unanime concours de plaintes?

Cela tient, on l'a déjà dit plusieurs fois, mais il faudra le

(1) *L'Etude et les progrès de l'hygiène en France de* 1878 *à* 1882, par MM. H. Napias et A.-J. Martin, avec une préface de M. le professeur Brouardel. 1 vol. in-8. Paris, 1882, chez G. Masson.

répéter bien des fois encore probablement, à un défaut d'entente, de concert, de centralisation et d'unité de direction dans la coordination et dans l'application de tous les éléments scientifiques destinés à servir de base aux grandes mesures sanitaires qui ne peuvent émaner que d'une administration publique. M. Larrey le disait déjà en 1867 à l'Académie et indiquait sommairement avec le but le moyen de l'atteindre, lorsqu'il demandait la formation d'une commission permanente de statistique médicale. M. Lagneau le répétait, il y a deux ans, lorsque dans son rapport sur le Bureau municipal d'hygiène du Havre, il faisait voter par l'Académie des éloges aux initiateurs de cette institution et demandait, appuyé en cela par M. N. Gueneau de Mussy et M. Larrey, que les divers services d'hygiène et de statistique médicale qui sont aujourd'hui disséminés, sans lien commun, sans rapports directs entre eux, fussent reconstitués de manière que leurs travaux pussent converger vers un centre commun, où ils seraient recueillis, rapprochés, élaborés, et qu'une direction unique présidât à l'état sanitaire de l'agglomération parisienne.

Enfin on connaît, et nous y faisions allusion tout à l'heure, le projet soumis par M. A.-J. Martin à la Société de médecine publique, qui l'a adopté et fait présenter aux membres du parlement.

C'est ce même désidératum, c'est ce même vœu et cette même proposition que M. Proust est venu exposer à nouveau, dans la dernière séance de l'Académie, sous une forme saisissante et que l'auditoire a accueillis avec des marques nombreuses d'assentiment.

Nul doute que l'Académie ne s'associe par son vote à la proposition de M. Proust. Voilà donc encore un vœu qui ira grossir tous ceux qui l'ont devancé. Puisse l'autorité de l'Académie en hâter la réalisation ! Il ne s'agit en somme que de faire ce qui se fait ailleurs et ce qu'une heureuse expérience a déjà sanctionné. Nous ne nous dissimulons pas les difficultés inhérentes, dans l'application de ces mesures, au fait même de l'énorme agglomération de la population parisienne ; mais ces difficultés ne sauraient être insurmontables. A qui revient la tâche d'en étudier les moyens d'exécution, de se mettre à l'œuvre. Pour nous, nous ferons comme l'Académie, nous ferons des vœux et nous les répéterons à satiété jusqu'à exécution.

HOPITAL NECKER. — M. Trélat.

Fracture de l'humérus, paralysie consécutive des extenseurs des doigts.

Nous avons depuis quelque temps dans nos salles un malade qui est entré à l'hôpital pour une paralysie incomplète des doigts de la main survenue à la suite d'une fracture de l'humérus qui date aujourd'hui de 72 jours. Le diagnostic n'est point douteux, mais l'étiologie nous reste à connaître.

S'agirait-il de quelque compression nerveuse, — explication si souvent invoquée autrefois, — due à l'appareil de la fracture? Dans ce cas, l'enlèvement dudit appareil aurait dû suffire pour faire cesser les accidents ou tout au moins les diminuer promptement d'intensité. Il n'en a rien été, et l'appareil retiré il y a six semaines n'a amené aucune amélioration dans l'état du malade. Y aurait-il eu compression passagère produite par l'induration périphérique du cal, et névrite consécutive? Non, car il n'y a pas de douleurs spontanées. Cet homme a été traité par l'enveloppement ouaté du bras, par des douches locales et par des courants faradiques, sans que l'on pût obtenir aucune modification notable. Il fallait donc chercher ailleurs la cause de la paralysie.

Si l'on étudie avec soin la fracture et le siège exact qu'elle occupe, on constate qu'elle s'est produite au niveau de la gouttière de torsion dans laquelle sont logés l'artère humérale profonde et le nerf radial ; ce dernier, comme l'on sait, s'engage, à sa sortie de ladite gouttière, dans l'interstice celluleux qui sépare le muscle long supinateur du brachial antérieur, et descend dans l'avant-bras, où il se divise. Ceci établi, il s'ensuit que la présence d'un cal difforme au niveau de l'extrémité inférieure de la gouttière de torsion peut entraîner quelques modifications sur le trajet du nerf radial, partant des phénomènes de paralysie dans les points de distribution de ce nerf. C'est ainsi que nous sommes amené à rechercher s'il y aurait lésion ou destruction du nerf radial. Cette dernière en tous cas n'existe pas, car la paralysie n'est pas complète, elle n'est pas absolue et n'atteint pas tous les muscles animés par les rameaux nerveux, mais seulement les muscles extenseurs des doigts. De plus, l'expérience m'a prouvé que dans les fractures qui ne sont pas compliquées de plaies, le nerf radial n'est jamais sectionné. Ajoutons aussi un fait important : c'est qu'en explorant les parties malades il est facile de se rendre compte de l'existence sur le trajet du nerf radial d'un point particulièrement douloureux à la pression, — il l'était surtout d'une façon très-manifeste au début, — et sensible aux faradiques.

De tous ces faits notre diagnostic doit être que le nerf radial s'est trouvé intéressé dans la formation du cal osseux. Mais s'agirait-il alors d'une compression produite par le cal qui l'aurait enserré et enveloppé de toutes parts? A cette question je répondrai par trois observations : l'une qui m'est personnelle, la seconde qui appartient à M. Delens, et la troisième à M. Bouilly, qui a dû intervenir chirurgicalement dans une lésion de ce genre. Le nerf radial n'était pas pris dans un cal qui l'entourât, il n'était point comprimé, mais bien soulevé et contraint de passer par-dessus le fragment osseux qui lui formait comme une banquette irlandaise cassant ses fibres, les dissociant et amenant ainsi une paralysie du nerf radial. C'est ainsi du moins que les choses se passèrent chez un jeune garçon que j'avais dans mon service en 1874. Je croyais trouver chez lui un cal exubérant, tandis qu'à mon grand étonnement je vis un nerf élargi, aplati, dissocié, et passant sur le bord tranchant de l'os. Il me suffit de réséquer ce bord pour obtenir une bonne guérison.

Le fait de M. Delens est analogue : il ne s'agissait non plus ni d'un cal enveloppant, ni de compression, mais d'un nerf altéré par une distension, non point brusque ni opératoire, comme on la pratique depuis quelques années dans certains cas, mais par une distension lente, imprimant comme une sorte de sclérose au tissu nerveux : d'où la paralysie.

Il existe encore d'autres observations de faits semblables, mais les deux que je vous rapporte suffiront à vous faire comprendre le mécanisme de la lésion.

La conclusion de tout ceci est bien simple : nous avons chez le malade qui est actuellement dans nos salles des phénomènes de paralysie dus à l'altération du nerf radial consécutive à la fracture de l'humérus, et caractérisée probablement par sa distension sur le bord tranchant d'un frag-

ment osseux, altération qui nécessitera un acte opératoire dès qu'il sera *prudemment possible* de le faire. Je dis avec intention « prudemment possible », car n'eût-il pas été dangereux d'agir dès les premiers jours qui suivirent la levée de l'appareil, de mettre à nu un cal récent de cinq semaines à peine ? Bien que les phénomènes de paralysie des extenseurs des doigts qui sont une infirmité sérieuse nous pressassent un peu, j'ai pensé qu'il fallait attendre pour intervenir. Cette attente elle-même, direz-vous, ne pouvait-elle être préjudiciable à notre malade? J'y répondrai par le fait de 1874; en effet, il s'agissait alors d'un enfant qui avait eu le bras fracturé au mois d'octobre 1873, que l'on traita de toutes les façons pour guérir la paralysie et que l'on m'amena au mois de mars suivant, c'est-à-dire cinq mois au moins après l'accident. Je l'opérai, le résultat immédiat ne fut pas très-brillant, mais peu à peu le malade récupérait ses mouvements. Il guérit si bien même qu'il remporta un jour le premier prix de gymnastique. La guérison se maintint parfaitement; ce jeune garçon a aujourd'hui vingt et un ou vingt-deux ans.

Chez le malade qui est actuellement dans nos salles, ne pouvons-nous pas espérer obtenir les mêmes résultats malgré la différence des années,— notre homme a quarante ans ?— Si fait; aussi lui ferons-nous subir une opération analogue à celle que nous avons pratiquée sur notre jeune malade, analogue aussi à celle de M. Delens. Nous commencerons par appliquer la bande d'Esmarch pour obtenir l'ischémie du membre et distinguer ainsi plus facilement le nerf radial; puis nous ferons une incision de 6 à 8 centimètres de longueur au niveau du point douloureux et sur le trajet du nerf radial pour aller à la recherche de celui-ci et voir s'il est aplati et soulevé, comme nous le supposons, ou bien s'il est caché soit par des tractus fibreux appartenant au cal, soit sous quelque ostéophyte. Dans le premier cas, nous ferons disparaître l'obstacle osseux qui le soulève en nivelant les parties. Si le nerf est, au contraire, emprisonné dans ces tractus fibreux, nous les détruirons; si la cause de la lésion nerveuse réside dans le cal, nous réséquons toute la portion nuisible; enfin nous ferons en sorte d'obtenir des surfaces planes, lisses et arrondies.

En agissant ainsi, nous n'espérons certainement pas une guérison immédiate parce que, la paralysie durant déjà depuis quelque temps, il peut y avoir un certain degré de sclérose nerveuse. Il faudra donc attendre un laps de temps suffisant pour que la main ait recouvré ses mouvements. Chez le jeune garçon que nous avons soigné en 1874, ce n'est qu'au bout de sept semaines que les mouvements ont commencé à reparaître.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 31 octobre 1882. — Présidence de M. Gavarret.

CORRESPONDANCES

L'Académie reçoit : 1° une note de M. le docteur Pigeon (de la Nièvre), intitulée : *Le Choléra est-il contagieux?* 2° un travail de M. le docteur Rézard de Wouves sur l'emploi du sulfate de quinine comme traitement spécifique de la fièvre dite typhoïde; 3° une note de M. Husson, pharmacien à Toul, sur la présence du chromate de plomb dans les timbres-poste; 4° un travail manuscrit de M. le docteur Rozat, intitulée : *Controverse touchant la nature explicite du choléra;* 5° une note de M. Tanret, pharmacien, sur des trochisques antiseptiques; 6° un travail considérable, accompagné de cartes et de planches de M. le docteur Lardier (de Rambervillers), sur l'endémie tellurique dans le canton de Rambervillers.

LECTURE

M. Giraud-Teulon lit un travail ayant pour titre : *Physiologie de la vision, considérations sur la doctrine des trois fibres fondamentales d'Young, comme base d'une théorie des sensations colorées.*

L'ordre du jour appelle la suite des communications sur ou à propos de la fièvre typhoïde.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA FIÈVRE TYPHOIDE

M. Proust. L'émotion due à l'épidémie de fièvre typhoïde commence à se calmer. Si certains cas deviennent plus graves, à cause de l'encombrement dans les hôpitaux, il est positif que le nombre des admissions diminue et que l'épidémie paraît entrer dans une période de décroissement. Toutefois je présenterai quelques observations dans l'espérance d'éviter, pour l'avenir, une partie des inconvénients dont on a eu raison de se plaindre.

De ce que nous ne connaissons pas encore complètement l'étiologie de la fièvre typhoïde, la prophylaxie n'est pas absolument désarmée et les conseils donnés par le Conseil d'hygiène de la Seine doivent être suivis. Il faut chercher, dans la mesure du possible, à élever à un niveau supérieur les déshérités de la société, à faire disparaître les mauvaises passions dont ils sont les esclaves, combattre l'alcoolisme et ses funestes conséquences, développer l'intelligence, répandre l'instruction et faire pénétrer un peu d'air et de lumière dans ces demeures infectes dont on nous a retracé le triste tableau. Mais il restera encore un résidu irréductible de malaise et de misère morale et physique. Est-ce une raison pour ne point opérer, dans la mesure du possible, toutes les réformes et toutes les améliorations praticables?

Les instructions du Conseil d'hygiène sont l'expression directe du système le mieux adapté aux circonstances présentes.

M. Proust ne fait, sur ces instructions, qu'une réserve relative à l'isolement.

La fièvre typhoïde, en effet, dit-il, n'est pas, comme la variole, la diphthérie, le choléra, une maladie contre laquelle l'isolement soit absolument nécessaire. Ce qu'il faut éviter, c'est l'encombrement. Dans la situation actuelle, il faut suivre les instructions données par le Conseil d'hygiène au point de vue de la désinfection et tâcher de disséminer les malades plutôt que d'encombrer les hôpitaux.

Voilà pour le présent.

Mais la question importante, c'est la question d'avenir; il s'agit de rechercher si nous ne pourrons pas éviter, les années suivantes, des circonstances aussi fâcheuses, si on n'aurait pas dû prévoir la situation actuelle, si on n'aurait pas pu prendre plus tôt des mesures et si le résultat n'eût pas été obtenu grâce à une meilleure organisation sanitaire.

C'est le 11 août que M. Du Castel a signalé à la Société médicale des hôpitaux l'état de l'épidémie typhoïde. Or ce n'est que pendant le mois d'octobre que des mesures ont été prises pour augmenter le nombre des lits dans les hôpitaux.

Tout en reconnaissant l'importance des efforts qui ont été tentés par l'Administration pour améliorer la situation hospitalière, nous sommes obligés de reconnaître que l'état est encore loin d'être complètement rassurant.

Ici, rappelant les lois qui régissent actuellement les intérêts sanitaires en France, lois d'après lesquelles un pouvoir absolu, discrétionnaire, est laissé à cet égard au maire de chaque commune, M. Proust fait remarquer combien les choses sont différentes à Paris où ces attributions sont diversement réparties entre plusieurs administrations. D'autre part, entre les diverses institutions scientifiques et administratives qui existent à Paris, il manque un intermédiaire compétent. Ce rôle ne peut être rempli ni par le Conseil de salubrité, qui n'intervient que lorsqu'il est consulté, ni par les médecins des épidémies, qui ne sont envoyés par les préfets que lorsque l'épidémie est déjà accentuée. Or l'hygiène,

comme on l'a définie, est la médecine préventive ayant pour but de prévenir les épidémies, et c'est avant et non après leur apparition qu'il faut prendre des mesures.

Les désidérata que nous venons d'exprimer n'existent pas partout. En Angleterre, en Belgique, par exemple, et même dans certaines villes de France, cet intermédiaire compétent existe entre le corps médical d'un côté et l'Administration municipale de l'autre. Aussi ces mesures nécessaires sont-elles prises immédiatement, et on évite ainsi les longueurs inutiles; tandis qu'à Paris l'information sanitaire existe à peine, l'isolement n'est qu'ébauché et la désinfection attend encore des études dans tous les grands hôpitaux.

Une institution semblable à celle de Bruxelles, dont M. Proust rappelle les principales dispositions, rendrait cependant les plus grands services à Paris.

Le service pour empêcher la propagation des maladies infectieuses serait d'ailleurs extrêmement simple. Les mesures sont, en effet, au nombre de quatre :

1° Information officielle des cas de maladies constatées ;

2° La revaccination s'il s'agit de la variole ;

3° L'isolement comprenant l'isolement à domicile, le transport par voiture spéciale, l'isolement à l'hôpital, soit dans un hôpital général, soit dans un hôpital spécial ;

4° Enfin la désinfection du malade, de ses déjections, des locaux qui l'entourent, des objets qui l'ont touché, enfin des personnes qui l'approchent.

Ici M. Proust, après avoir rappelé les améliorations considérables introduites dans ces dernières années dans le service sanitaire du littoral, constate qu'un mouvement important se produit depuis quelques années en faveur des études hygiéniques et se poursuit avec une progression constante. Il ne peut croire que des aspirations aussi généreuses restent longtemps stériles.

Il y a des libertés nécessaires, a dit un illustre homme d'État, il y a également des conditions de salubrité nécessaires. Il faut une eau potable excellente, un air pur, des aliments inaltérés, une maison bien construite, etc. Or à côté du tableau lamentable de quelques cités ouvrières dans lesquelles croupit la misère, il y a aussi, dans les quartiers les plus riches de Paris, au-dessus des appartements les plus somptueux, des mansardes qui rappellent les fameuses prisons du Conseil des Dix. On semble, en construisant ces réduits, n'avoir pensé aux règles de l'hygiène que pour les violer.

Une maison, avant de pouvoir être habitée, devrait être reçue au point de vue hygiénique. Il ne suffit donc pas de demander, avec M. Marjolin, l'application de la loi de 1850 sur les logements insalubres.

En résumé, ce qui est nécessaire pour avoir une organisation hygiénique convenable, c'est un pouvoir compétent, autonome, soustrait aux fluctuations de la politique, en rapport direct avec les autorités municipales ou avec le ministre et le Parlement.

Mais, pour que cette organisation produise des résultats féconds, il faut des agents spéciaux de la hiérarchie et surtout des médecins ayant reçu une éducation sanitaire spéciale.

Tant que cette organisation n'existera pas, nous verrons se reproduire des faits aussi déplorables que ceux que nous constatons aujourd'hui. Il n'y aura que des mesures incohérentes sans liaison aucune et l'hygiène, la médecine préventive, qui est une des branches les plus importantes des sciences médicales, continuera à rester stérile et vaine, à être ignorée d'un grand nombre de médecins.

L'Académie, qui a en France la charge et l'honneur d'éclairer le gouvernement sur tout ce qui intéresse la santé publique, émettra, je l'espère, un vœu en faveur des idées exposées dans ce travail, idées qu'elle a déjà prises sous son patronage en les renvoyant, il y a deux ans, à l'examen de la section d'hygiène.

M. LÉON COLIN présente quelques observations sur le rôle attribué à la garnison de Paris dans le développement de l'épidémie actuelle de fièvre typhoïde et sur l'influence que la garnison en a elle-même ressentie.

M. Colin considère comme un devoir pour tous les médecins de l'armée d'exposer au grand jour, sans en atténuer aucune, les défectuosités de nos casernes et d'en demander le remède, même au prix de lourds sacrifices. Il ne suffit pas d'assurer la salubrité de la caserne par le drainage du sol, l'assainissement des latrines, l'irrigation des égouts, la propreté des murs, des parquets et des hommes, la pureté des eaux de consommation; il faut concourir au même but par la modification de l'ancien système de casernement. Aux bâtiments des siècles passés on substituera le système des pavillons isolés, peu élevés, permettant d'étaler les troupes au lieu de les superposer. M. Colin fait ressortir surtout l'influence de l'encombrement plus encore que celle des mauvaises conditions hygiéniques sur le développement de la fièvre typhoïde dans les casernes.

Dans un travail antérieur, en 1878, M. Colin arrivait à cette conclusion que désormais aucune caserne ne devrait être édifiée dans les quartiers à rues étroites et populeuses, comme dans le centre de la cité qui ne serait pas munie des systèmes de canalisation et des approvisionnements d'eau nécessaires à l'enlèvement hygiénique des produits résiduels de cette caserne et des habitations environnantes.

M. Colin est néanmoins peu disposé à se rallier à l'opinion d'après laquelle les casernes de Paris auraient été le point de départ de l'épidémie actuelle. En effet, dès le début de la période épidémique, la garnison a payé à la maladie le même tribut que dans les périodes correspondantes des années précédentes. Jusqu'au mois d'octobre les décès militaires ont été pour la fièvre typhoïde inférieurs à leur proportion habituelle aux décès civils, qui, eux, s'étaient démesurément élevés.

Les documents topographiques semblent également peu favorables à l'opinion de la préexistence de l'épidémie dans la garnison.

En effet, les arrondissements les premiers et les plus gravement atteints ne renferment pas de casernes.

La caserne de l'École militaire, qui a fourni un contingent plus fort à l'épidémie, a été spécialement incriminée, au point de vue de son influence nocive sur l'état sanitaire de la population. Peut-être les remuements de terre du Champ de Mars ont-ils représenté, pour cette caserne, une cause de renforcement épidémique d'origine extrinsèque; d'ailleurs la longue immunité des arrondissements entourant l'École militaire semble témoigner de l'innocuité de cet établissement à l'égard de la population civile. M. Colin ne croit pas que la prédominance des vents du sud-ouest ait pu favoriser le transport des émanations de cette caserne vers la région nord-est de Paris.

Des causes typhoïgènes bien autrement voisines, bien autrement nombreuses et importantes se trouvent réunies dans le XVIII[e] arrondissement, les Grandes-Carrières et Clignancourt. Au reste, l'année dernière, à pareille époque, le XVIII[e] arrondissement était déjà le plus gravement atteint.

M. Colin rappelle, en terminant, que ces arrivages de contingents nouveaux sont plus dangereux qu'autrefois, non seulement en raison de l'accroissement de la population parisienne, mais encore en raison de la modification générale déjà subie par l'armée.

M. LE FORT signale une disposition donnée par la ville de Paris aux conduites d'eaux pluviales et ménagères qui lui paraît défectueuse et capable de répandre dans l'atmosphère parisienne les miasmes de la fermentation et de la putréfaction dégagés dans les égouts. Depuis quelques années la ville de Paris force les propriétaires à construire pour chaque maison des branchements d'égout communiquant avec l'égout principal de la rue et elle les oblige à faire aboutir directement à leur branchement les conduites d'eaux pluviales ou ménagères, qui dès lors ne coulent plus au ruisseau. Il en résulte que, dans chaque maison ainsi munie d'un branchement d'égout, la conduite d'eaux pluviales qui longe la façade forme une sorte de cheminée d'appel d'autant plus puissante qu'elle mesure la hauteur de cinq à six étages. Or, l'été, lorsque le soleil donne sur la façade et sur le tuyau de conduite, l'air de

ce tuyau, en s'échauffant, aspire puissamment l'air de l'égout et le jette dans l'atmosphère. L'extrémité inférieure de ce tuyau plonge bien, au niveau de l'égout, dans une cuvette qui doit retenir une certaine quantité d'eau formant soupape hermétique, mais, l'été, lorsque la pluie a été rare, l'eau de la cuvette s'évapore et la conduite plonge directement dans l'égout, dont elle aspire les miasmes.

C'est là pour M. Le Fort une des causes principales des odeurs de Paris, une des sources puissantes de l'épidémie de fièvre typhoïde. Cette cause d'insalubrité est facile à faire disparaître : il suffirait d'interrompre le tuyau au niveau du trottoir et de le faire arriver dans un tuyau inférieur plus large, évasé en entonnoir. Il y aurait toujours communication de l'égout avec le niveau du sol, mais l'aspiration par les tuyaux de conduite serait supprimée ou du moins fort atténuée. Tout cela ne serait encore qu'un moyen palliatif; le principal moyen, qui ne dépend que du Conseil municipal, est l'irrigation abondante de tout notre système d'égout.

M. LAGNEAU appelle particulièrement l'attention de l'Académie sur la mauvaise hygiène des casernes. Il sait que tous les médecins militaires font les plus grands efforts pour obtenir des améliorations à ce point de vue, mais il est à regretter qu'on ne tienne aucun compte de leurs observations. La caserne de l'École militaire présente plus spécialement des conditions déplorables ; sans parler de l'encombrement qui y règne, les égouts y sont défectueux, la vidange s'y fait d'une façon incomplète. Aussi la morbidité y est-elle plus considérable que dans aucune autre caserne.

Enfin M. Lagneau déplore la situation des commissions d'hygiène d'arrondissement qui ne font rien, ne peuvent rien faire et ne rendent aucun service. Selon la proposition très-juste faite par M. Martin, il faudrait une seule et même direction. Cette dualité des services qui existe actuellement est des plus défectueuses.

M. JULES GUÉRIN regrette que jusqu'ici, dans cette discussion, on ne se soit appliqué qu'à donner des conseils à l'administration, conseils habituellement mal reçus, et qu'on ne se soit pas occupé davantage du côté médical de la question. Il serait, par exemple, plus intéressant pour nous d'avoir, des chefs des services hospitaliers, des renseignements sur la forme de l'épidémie actuelle, sur sa marche, son étiologie, ainsi que sur sa thérapeutique.

— **M. DE PIÉTRA SANTA**, pour compléter sa récente communication sur la fièvre typhoïde à Paris pendant la période 1875-1882, place sous les yeux de l'Académie une carte graphique qui forme pour ainsi dire la photographie de l'épidémie pendant ces quatre dernières semaines (22 septembre au 19 octobre 1882).

La séance est levée.

LA FIÈVRE TYPHOÏDE A PARIS

Le rapport suivant a été lu à la Commission municipale de statistique, dans sa dernière séance, par son président :

Je crois devoir porter à votre connaissance les renseignements officiels que nous avons pu recueillir sur la marche de l'épidémie de fièvre typhoïde, dont Paris est actuellement victime.

Je n'ai pas besoin de vous dire que les constatations qui suivent n'ont pas été faites en vue d'appuyer un système déterminé. Vous le savez, Messieurs, notre mission se borne à recueillir des faits ; c'est à la science qu'il appartient ensuite de déduire les conséquences.

La fièvre typhoïde a été, pour ainsi dire, de tout temps, endémique à Paris. Il est, par suite, difficile de préciser la date exacte à laquelle a commencé réellement l'épidémie. On sait, toutefois, qu'en temps ordinaire il se produit par semaine de 25 à 30 décès typhoïdiques. Or le bulletin de la trente-deuxième semaine, qui s'étend du 4 au 10 août, en a accusé 47, tandis que celui de la semaine précédente n'en avait indiqué que 31.

On peut donc considérer la date du 4 août comme étant celle où la fièvre typhoïde a pris un développement anomal. Cette date est confirmée, d'un côté, par la recrudescence qui s'est manifestée également dans les premiers jours du mois d'août, du nombre des malades admis dans les hôpitaux, de l'autre par un plus grand nombre d'avis de médecins traitants, dénonçant des cas d'invasion dans les domiciles privés. Le chiffre de ces avis, de 46 pour la première de ces deux semaines, s'est élevé à 98 pour la seconde.

Si l'on envisage les conditions météorologiques par lesquelles Paris a passé pendant les deux mois qui ont précédé le moment où la fièvre typhoïde a pris un caractère épidémique, on voit, d'après les observations faites à Montsouris, qu'en juin le vent a soufflé :

Du Sud-Sud-Ouest. . . . . 13 jours.
De l'Est et du Nord-Est. . . . . . . 4 —
De l'Ouest et du Nord-Ouest. . . . . 13 —

En juillet :

Du Sud et Sud-Ouest. . . . . 19 —
De l'Est et du Nord-Est. . . . . . . 2 —
De l'Ouest et du Nord-Ouest. . . . . 10 —

Les vents dominants, pendant cette période, ont donc été ceux du Sud et du Sud-Ouest.

Durant ces mêmes mois, le baromètre est resté au-dessous de la normale (755 millimètres à Montsouris) 13 jours en juin et 15 en juillet, et le thermomètre est demeuré au-dessous de la température normale 19 jours en juin et 25 en juillet.

Enfin la pluie est tombée 20 jours en juin fournissant 32m,4 d'eau et 15 jours en juillet (67m,6).

L'étude, pour les mois d'août et de septembre, des phénomènes météorologiques de même ordre donne les résultats suivants :

Direction du vent.	Août.	Septembre.
Sud-Sud-Ouest.	13 jours.	11 jours.
Sud-Est.	4 —	1 —
Nord-Nord-Est.	5 —	5 —
Ouest-Nord-Ouest.	9 —	13 —

Le baromètre a été au-dessous de la normale :
En août, 15 jours;
En septembre, 21.
Le thermomètre a été au-dessous de la normale :
En août, 24 jours;
En septembre, 23 jours.
Enfin il a plu :
En août, 17 jours (quantité d'eau : 62m,25) ;
En septembre, 22 jours (quantité d'eau : 69m,23).

C'est pendant la semaine du 11 au 17 août (106 décès) que commence à se manifester avec netteté l'existence de foyers typhoïdiques. Dès cette époque, les quartiers des Grandes-Carrières et de Clignancourt (XVIIIe arrondissement), ceux de la Villette (XIXe), de la Porte-Saint-Martin (Xe), des Quinze-Vingts (XIIe), comptent de nombreux décès, tandis que les côtés Sud et Ouest et le centre de la ville demeurent à peu près indemnes. Cette situation se continue pendant les semaines suivantes (34e semaine, 74 décès ; 35e semaine, 82 décès ; 36e semaine, 63 décès).

A partir de la 37e semaine (8 au 14 septembre, 75 décès), on voit la fièvre typhoïde s'étendre dans ceux des quartiers jusqu'alors épargnés des XVIIIe et XIXe arrondissements. Pendant les 38e et 39e semaines, l'épidémie subit un mouvement rétrograde, et les chiffres hebdomadaires de décès s'abaissent à 53 et 57. Avec la 40e semaine, ils remontent à 134, s'élèvent à 250 et 244 durant les semaines suivantes, et redescendent à 173 pendant la 42e (20 au 26 octobre). Dans le cours de ces dernières semaines, l'épidémie rayonne sur Paris tout entier, à l'exception des XIIIe et XIVe arrondissements, qui comptent peu de décès, du moins jusqu'au 19 octobre, car pendant la 43e semaine ces deux arrondissements sont eux-mêmes sérieusement atteints.

En résumé, du 4 août au 26 octobre, il y a eu à Paris 1,358 décès par fièvre typhoïde.

L'examen de ces décès, au point de vue du sexe, de l'âge et de la profession des individus frappés, donne les indications suivantes :

Sexe. — Les 1,358 décès se divisent en 763 hommes et garçons, et 595 femmes et fillettes, c'est-à-dire que 128 personnes du sexe masculin ont succombé contre 100 du sexe féminin, pendant les trois mois d'août, septembre et octobre. Dans ces chiffres sont compris 356 hommes et 201 femmes, qui sont décédés dans les hôpitaux.

A ce sujet, il convient de rappeler que, durant la même période, les établissements hospitaliers ont reçu en traitement 3,037 hommes et 1,652 femmes.

Le rapport des décès aux malades est donc, au 26 octobre, de 1 pour 8,53 pour les hommes et de 1 pour 8,22 pour les femmes ; c'est-à-dire que celles-ci auraient présenté une mortalité plus considérable.

Age. — La mortalité par fièvre typhoïde a été très-différente suivant l'âge des individus frappés.

Il est mort :

20 garçons et 31 filles de 0 à 5 ans.
68 — 139 — 5 à 15 ans.
554 hommes et 360 femmes de 15 à 35 ans.
112 — 57 — 35 à 60 ans.
9 — 8 — 60 et au-dessus.

Ce sont les personnes âgées de 15 à 35 ans qui sont le plus éprouvées, mais on voit que, pour les femmes, le danger commence et s'arrête plus tôt. L'âge d'élection n'est donc pas le même pour les deux sexes.

Professions. — Comme il n'était pas possible, dans ce travail, de donner le détail de toutes les professions ayant fourni des victimes à l'épidémie, on a choisi celles qui s'appliquent à une classe bien déterminée ou qui sont exercées par des individus vivant dans des conditions d'hygiène particulières. Tels sont les cochers, qui subissent du commencement à la fin de l'année les intempéries des saisons ; les concierges, logés en général de la manière la plus désavantageuse au point de vue de l'hygiène ; les domestiques, pour lesquels il en est fréquemment de même ; les ouvrières, dont la nourriture est trop souvent insuffisante et mal préparée ; les individus appelés par leur profession à subir le contact des malades, etc.

En définitive, parmi les 1,358 individus décédés par fièvre typhoïde, on compte : 121 journaliers, 20 cochers, 14 concierges, 67 domestiques, 1 médecin, 1 interne, 2 infirmières, 68 ouvrières en couture, 19 blanchisseuses, 5 institutrices, 39 ouvriers maçons, 51 ouvriers travaillant les métaux (mécaniciens, tourneurs, serruriers), 23 commerçants, 120 employés et 57 militaires.

En résumé, vous le voyez, Messieurs, l'épidémie a présenté un caractère beaucoup moins meurtrier qu'on ne l'avait craint tout d'abord, et les renseignements que nous recevons à l'instant même nous permettent de constater qu'elle est heureusement entrée dans sa période décroissante.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'état des malades atteints de fièvre typhoïde dans les hôpitaux de Paris nous fournit les renseignements suivants pour les journées des 28, 29, 30 et 31 octobre 1882 :

	28 octobre.	29 octobre.	30 octobre.	31 octobre.	1er novemb.
Existants dans les hôpitaux le matin	2,123	2,108	2,085	2,029	1,984
Entrées.	53	30	57	52	35
Sorties après guérison. . .	57	47	105	86	44
Décès	11	6	8	11	8

Les inhumations de typhoïdiques décédés se sont élevées, *en ville*, à 17 pour la journée du 28 octobre, à 21 pour celle du 29, à 18 pour celle du 30, à 22 pour celle du 31, et 18 pour celle du 1er novembre.

— M. le directeur de l'Assistance publique vient d'adresser à MM. les directeurs des hôpitaux généraux une lettre relative à des allocations extraordinaires au personnel des hôpitaux où sont traités les typhiques ; nous en détachons le passage suivant :

« Depuis l'apparition de l'épidémie typhoïque à Paris, l'Administration n'a rien négligé pour améliorer, dans la mesure du possible, le régime alimentaire de nos services hospitaliers, et MM. les médecins des hôpitaux ont pu délivrer aux malades toutes les prescriptions extraordinaires que comportait la situation.

Mais il importe aussi d'améliorer le régime du personnel de nos établissements où sont traités les typhiques, en lui attribuant, d'après les exigences du service, du vin de quinquina, du café, des boissons toniques et des suppléments de viande et de vin.

Il y a lieu également de délivrer aux élèves internes, externes et stagiaires attachés à ces mêmes services, quelques allocations de vivres, — avant leur entrée dans les salles, — telles que bouillon ou lait, vin, café ou thé au rhum.

L'élève de garde pourrait recevoir, pour la nuit, du bouillon, du vin, ou, dans le cas où il le préfèrerait, du thé avec du rhum.

Les employés de bureau chargés d'un service extraordinaire ou de la réception des malades auront également droit à ces allocations extraordinaires, ainsi que les journaliers attachés au service de la buanderie. »

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le professeur Robin commencera son cours d'histologie le mardi 7 novembre, à cinq heures, et le continuera les jeudis, les samedis et les mardis suivants, à la même heure.

M. Henninger, agrégé, suppléant M. le professeur Wurtz, commencera le cours de chimie médicale le mardi 7 novembre, à midi, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

M. Cadiat, professeur agrégé, commencera le cours auxiliaire de physiologie le mardi 7 novembre, à midi, dans le petit amphithéâtre, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

M. Gariel, professeur agrégé, suppléant M. le docteur Gavarret, commencera le cours de physique médicale le mercredi 8 novembre, à midi, dans le petit amphithéâtre, et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

M. Berger, agrégé, suppléant M. le professeur Gosselin, commencera, à l'hôpital de la Charité, ses leçons de clinique chirurgicale, le mercredi 8 novembre, à neuf heures, et les continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

M. Rendu, professeur agrégé, commencera le cours auxiliaire de pathologie interne le mercredi 8 novembre, à cinq heures, dans le petit amphithéâtre, et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants. à la même heure.

— Les accoucheurs des hôpitaux de Paris nommés récemment au dernier concours viennent d'être chargés de leur service respectif : M. le docteur Budin à la Charité, M. le docteur Perak à Saint-Louis, M. le docteur Ribemout à Tenon et M. le docteur Pinard à Lariboisière.

— Un concours pour la nomination à une place d'interne en médecine à l'asile public d'aliénés de Cadillac s'ouvrira à l'Institut anatomique de Saint-Côme, rue Lalande, à Bordeaux, le lundi 27 novembre 1882, à midi précis.

Les étudiants en médecine munis de douze inscriptions et âgés de moins de trente ans, qui désirent prendre part à ce concours, devront se faire inscrire avant le 13 novembre à l'asile de Cadillac.

— Le concours de l'internat des hôpitaux de Bordeaux vient de se terminer par les nominations de MM. Ferrier, Biard, Sengensse, Ramey, et Phélippot comme internes titulaires, et de MM. Osché, Suzanne, Tronchet, Dignat et de Massias comme internes provisoires.

— M. le docteur Ch. Abadie commencera ses leçons cliniques d'ophthalmologie, mardi 7 novembre, à deux heures, boulevard Saint-Germain, 172. Il les continuera les mardis et vendredis suivants à la même heure.

— La Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux met au concours pour le prix Dubreuilh à décerner en 1883 la question suivante : De la valeur de la méthode antiseptique dans la prophylaxie et le traitement des affections puerpérales. Les mémoires des concurrents devront être adressés, avant le 30 août 1883, à M. le docteur Donaud, secrétaire général de la Société, 10, allée de Tourny, à Bordeaux.

— *Asile d'aliénés de Maréville (près Nancy).* — Un concours pour une place d'interne à l'asile de Maréville s'ouvrira le lundi 11 décembre 1882, à trois heures, au siège de la Faculté de médecine de Nancy.

Sont admis à concourir les étudiants en médecine français ayant au moins douze inscriptions pour le doctorat.

Les internes sont nommés pour trois ans ; ils jouiront pendant ce temps du traitement annuel et des avantages en nature fixés par le règlement, dont ils pourront prendre connaissance soit à la préfecture de Meurthe-et-Moselle, soit au secrétariat de la direction de Maréville.

Les candidats devront se faire au secrétariat de la préfecture, dix jours au moins avant l'ouverture du concours.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 13593.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50**. — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOTEL-DIEU. — M. Joffroy.

De la rougeole chez l'adulte, diagnostic différentiel, roséole spontanée et variole, pronostic, complications.

Le malade qui a quitté nos salles hier matin, a eu une rougeole, affection bien commune, direz-vous, et à laquelle vous avez probablement attaché, dans le cas présent, une très-minime importance. Pour moi il n'en a pas été ainsi, et si j'ai bien vu que nous avions affaire à cette maladie, ce n'a été qu'après avoir examiné avec soin le malade, après avoir ausculté les deux poumons et constaté la présence de certains râles, car l'erreur que l'on peut redouter de commettre, c'est de confondre la rougeole avec la variole. Tous vos livres vous diront que le diagnostic de la rougeole est des plus faciles ; ils vous parleront de la photophobie, du coryza et de l'angine qui caractérisent la rougeole au début, de la rachialgie comme un phénomène inhérent à la variole, etc., etc. Mais il n'en est pas toujours ainsi dans la pratique.

Il y a deux ans, alors que j'étais chargé du service des varioleux à Saint-Antoine, varioleux dont le nombre était considérable et dont la gravité des phénomènes était telle qu'à un certain moment donné les décès s'élevaient à huit et neuf par jour ; à Saint-Antoine, dis-je, je vis maintes fois, placés dans les salles réservées à la variole, des malades atteints d'autres affections éruptives et notamment de la rougeole. Le nombre de ces derniers, introduits ainsi à tort, dépassa le chiffre de 30 ! Vous voyez par là combien parfois les erreurs de diagnostic de la rougeole et de la variole sont faciles à commettre. J'ajouterai qu'en revanche l'on avait envoyé dans les salles de médecine, comme atteints de la rougeole, nombre de malades qui avaient, en réalité, la variole, et qu'il fallut faire passer ensuite dans les services spéciaux.

Les symptômes caractéristiques de l'une et l'autre affection n'existant pas toujours, il est donc facile de se tromper, surtout dans la période d'invasion. Ainsi, il y a peu de jours encore, dans un service voisin, une variole a été admise pour une rougeole, faute des éléments nécessaires d'un bon diagnostic. En effet, sur la figure on apercevait, ce jour-là même, des macules comme dans la rougeole, ainsi qu'un certain degré d'injection des conjonctives. De plus, on trouve quelquefois au début de la rougeole de véritables papules, des soulèvements qui donnent à songer à la variole ou tout au moins qui ne permettent pas de trancher la question.

Cependant, si l'on consulte le siège de prédilection des premières pustules, c'est-à-dire le front, l'erreur deviendra plus difficile, quoique l'on puisse parfois encore les confondre avec des pustules d'acné. Mais là où vous ne trouverez point d'acné et où se développent également les premières pustules de la variole, c'est la région dorsale des mains et l'extrémité inférieure de l'avant-bras.

Il faut donc se rappeler qu'au début la rougeole et la variole peuvent être prises l'une pour l'autre ; par suite, il faut bien se garder d'un diagnostic trop hâtif.

Il existe encore une autre maladie avec laquelle on pourrait confondre la rougeole, — l'erreur est rare à commettre, il est vrai, mais il suffit qu'elle soit possible pour que je croie devoir la signaler, — je veux parler de la roséole spontanée qui sévit quelquefois épidémiquement et à laquelle on a donné le nom de roséole printanière ou infantile. C'est là, soit dit entre parenthèses, une mauvaise dénomination, car elle peut apparaître en toute saison et se montrer chez l'adulte comme chez l'enfant.

J'en ai observé deux cas, l'un d'eux chez un ami. J'avais pensé tout d'abord qu'il s'agissait d'une rougeole. L'éruption s'était généralisée, mais il n'y avait aucun phénomène de congestion des conjonctives, pas de coryza, pas de photophobie, point d'angine ; on n'entendait aucun râle dans la poitrine ; en un mot, il n'existait aucun phénomène catarrhal. Or la rougeole sans catarrhe n'existant pas, je réformai bientôt mon diagnostic. Il y a bien des rougeoles où les symptômes du catarrhe sont très-peu marqués, mais on trouve toujours quelques traces de catarrhe dans l'un ou l'autre des sièges qu'il occupe ordinairement, larynx, bronches, etc.

Le diagnostic différentiel de la roséole et de la rougeole est loin d'être sans importance, car le pronostic est absolument différent. En effet, la roséole est toujours bénigne, elle est exempte de toutes complications et paraît être peu contagieuse, tandis que la rougeole peut être grave et est éminemment contagieuse.

Un autre élément de diagnostic est dans la marche de l'éruption. Dans la rougeole, l'éruption ne se fait pas en bloc comme dans la roséole, mais elle apparaît le premier jour sur le front, au menton, autour de la bouche ; le second jour elle commence à apparaître sur le tronc, et le troisième jour elle descend vers la périphérie et se montre sur les membres. En un mot, elle demande au moins quarante-huit heures pour se généraliser.

La roséole, au contraire, se fait entière en quelques heures ; elle se généralise à toute la surface du corps et, de plus, l'éruption est souvent moins intense que dans la rougeole. L'absence totale de catarrhe et la rapidité d'évolution de l'éruption caractérisent donc la roséole spontanée et permettent de la distinguer de la rougeole.

Je dois encore vous citer une autre cause possible d'erreur tant que vous n'avez pas sous les yeux l'éruption rubéolique. Ainsi vous êtes appelé auprès d'un malade pris d'une fièvre assez intense, de malaises généraux, céphalalgie, frissons, coryza, etc., la muqueuse oculaire est rouge. De plus, le malade n'a jamais eu la rougeole, par suite vous vous prononcez pour cette affection. Le lendemain vous revenez dans la maison, et, à votre grande surprise, le malade va mieux, il n'y a pas d'éruption. Vous restez dans l'expectative. Les jours suivants l'amélioration continue, la peau reste vierge de toute éruption, et au bout de cinq ou six jours, le sujet est guéri.

Qu'avez-vous fait dans ce cas, sinon une erreur de diagnostic ? Votre malade avait eu un refroidissement et vous avez pris pour une rougeole un rhume de cerveau s'accompagnant de fièvre et d'un peu d'angine.

A quel moment donc peut-on prononcer le mot de rougeole ? Généralement on peut le faire, même avant que l'éruption soit terminée, d'après la marche de la fièvre et d'après l'examen de la gorge où l'éruption se manifeste de bonne heure. Certains auteurs ont même dit que vingt-quatre heures avant qu'elle n'apparût à la face on trouvait de l'angine (rougeur et picté fin). Cette angine est assez rare en ce moment, et l'on voit plus souvent l'éruption de la gorge débuter en même temps que celle de la peau et revêtir le même aspect.

Voilà ce que j'avais à dire pour le diagnostic. Quant au pronostic, on peut souvent le faire dès la période d'invasion, en examinant la température du malade. La fièvre existe dans les périodes d'invasion et d'éruption, présentant une certaine accalmie entre elles deux.

Dès le premier jour de la période d'invasion, la fièvre est légère ; puis en vingt-quatre heures la température montera à 39°. Le lendemain matin vous observerez une certaine rémission, tandis que le soir la température s'élèvera de nouveau. Le troisième jour rémission dès le matin et cessation plus ou moins absolue de la fièvre. Celle-ci sera le meilleur indice de la gravité de la maladie. Si pendant l'invasion la température s'élève à 39°, pendant l'éruption le maximum sera de 40°. Si la rougeole marche bien, que la rémission soit complète et si le thermomètre tombe à 38° ou au-dessous, vous avez grandes chances qu'il ne survienne aucune complication. La température, au contraire, reste-t-elle à 39°, sans rémission aucune jusqu'au troisième jour, alors la rougeole sera grave.

Pendant la période d'éruption, la fièvre, dès le premier jour, peut être assez intense pour que la température monte à 40°, 40°,5 et 41°, même dans des cas qui ne sont pas graves, mais elle ne sera que passagère et durera seulement vingt-quatre heures, tendant à diminuer dès le lendemain pour disparaître presque complètement le troisième jour.

Enfin il y a des malades chez lesquels la durée de l'éruption est très-variable ; dans ce cas, la fièvre est en rapport, comme durée, avec celle de l'éruption.

Notre malade était un adulte : aussi n'ai-je eu aucune crainte à son sujet, car chez l'adulte la rougeole n'est jamais grave, quoi qu'en disent certains auteurs. J'en ai vu évoluer un grand nombre dans mon service, non seulement pas un d'eux n'a succombé à cette affection, mais encore aucun d'eux n'a présenté l'ombre d'une complication quelconque, pas même la moindre broncho-pneumonie. Si cette dernière affection est aussi rare chez l'adulte que fréquente chez l'enfant, cela tient à la différence de calibre des bronches, larges chez le premier, tandis qu'elles sont étroites chez le second.

D'autre part la rougeole est rarement suivie de tuberculisation pulmonaire chez l'adulte, tandis que celle-ci est fréquente chez l'enfant. Ce n'est pas que la tuberculose soit la conséquence de la rougeole, mais si le sujet, atteint de cette affection éruptive, avait antérieurement déjà dans son tissu pulmonaire un petit point caséeux, tout en allant et venant comme s'il jouissait d'une bonne santé, la rougeole sera chez lui l'occasion du développement dudit tubercule. Je le répète, il faut pour cela que le tubercule soit préexistant.

En résumé, le pronostic de la rougeole chez l'adulte est tellement favorable, que les trente et quelques cas que j'ai eu l'occasion de soigner dans mon service de varioleux, où ils avaient été placés par erreur, ont tous parfaitement guéri, tous sans aucune exception.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. ARCHAMBAULT.

De l'anémie chez les petits enfants, anémie essentielle et anémie secondaire, causes et traitement (1).

II

Les causes de l'anémie chez l'enfant sont assez difficiles à indiquer. Tout d'abord il nous faut diviser l'anémie : 1° en *anémie essentielle*, c'est-à-dire celle qui n'est liée à aucune maladie préexistante ; 2° en *anémie secondaire* qui se lie à une maladie en cours d'évolution ou qui survient à la suite d'un état pathologique, et que l'on rencontre dans la convalescence.

Mais celle dont je veux principalement m'occuper ici, c'est de l'anémie essentielle beaucoup plus que de l'anémie secondaire.

Si de cette anémie nous cherchons la cause, nous devons placer en première ligne l'hérédité, car il y a des familles où l'on naît pour ainsi dire anémique. Ainsi je connais, en ce moment, une famille dans laquelle il y a quatre enfants, tous quatre très beaux, et cependant ils sont tous très anémiques. Ils sont issus de parents qui au premier abord paraissent irréprochables ; mais le père est très blond, il a la peau blanche, véritable peau de femme, quoiqu'il soit de très grande taille, on pourrait mieux dire de taille herculéenne et de belle apparence. Quant à la mère, si nous consultons son portrait à l'âge de huit ou dix ans, elle est l'image exacte de ses enfants ; c'est aujourd'hui une très belle jeune femme, mais chlorotique et ne pouvant sup-

(1) Fin. — Voir le numéro du 31 octobre 1882.

porter aucune fatigue. J'insiste sur ces faits, car la médecine des enfants doit consister surtout dans leur élevage.

Dans d'autres circonstances, le père ou la mère, ou bien tous les deux, sont atteints d'une certaine diathèse, ce sera soit la scrofule, soit la tuberculose, soit même la syphilis, sans toutefois que cette dernière leur ait été transmise. On les verra donner naissance à des enfants, dont la constitution servira plus tard de *substratum* à une affection scrofuleuse ou tuberculeuse. Ces enfants seront alors si bien en puissance de cette diathèse, que si à un moment donné vous les voyez atteints de quelque maladie de la peau, il vous suffira souvent de traiter leur anémie pour guérir en même temps les gourmes, l'eczéma, etc.

Mais il existe encore certains cas que l'on ne peut expliquer de cette façon ; ce sont ceux où l'anémie tient à des causes générales : ainsi le séjour à Paris ou dans quelque grande cité, notamment dans les villes de fabrique, c'est-à-dire là où il y a encombrement d'individus dans une même chambre, où, par suite, l'enfant est condamné à respirer un air plus ou moins vicié. Nous citerons encore, comme causes de l'anémie essentielle dont nous nous occupons ici, une mauvaise alimentation, un régime défectueux. Voilà donc, en quelques traits rapides, comment et dans quelles conditions l'anémie essentielle peut se produire.

Quant aux anémies de convalescence, nous devons indiquer notamment celle qui survient à la suite du rhumatisme, comme étant la plus sérieuse et la plus longue à guérir par suite de l'influence de cette maladie sur la déglobulisation du sang. Ceci nous amène à parler maintenant du traitement.

L'anémie de l'enfant est-elle légère, elle aura peu d'importance, et le plus généralement elle guérira parfaitement en ayant recours seulement à des soins hygiéniques. Si, au contraire, l'anémie est très prononcée, il est important de la combattre directement et promptement à cause de l'alanguissement de toutes les fonctions qu'elle entraîne avec elle, digestions mauvaises, gourmes, glandes, dentition lente, pénible et accompagnée d'accidents nerveux. De plus, la calorification se fait très mal dans ce cas, d'où prédisposition à contracter quelqu'une de ces affections qui résultent d'un refroidissement : catarrhe intestinal, catarrhe persistant des bronches, contre lequel on épuisera en vain tous les sirops calmants et autres, tandis que la véritable thérapeutique consistera à traiter l'anémie par des bains de Barèges, des frictions, par l'eau froide, le fer, l'arsenic, les eaux du Mont-Dore ou de la Bourboule, etc. Il faudra débarrasser ainsi le plus promptement possible l'enfant d'un catarrhe qui peut devenir une cause de tuberculose, pourvu qu'il y ait déjà quelque prédisposition.

La thérapeutique la meilleure est toujours celle qui repose sur l'étiologie. Or nous avons dit que c'était dans les grandes villes que l'on rencontrait le plus d'anémiques ; la première chose à faire sera donc de transporter l'enfant à la campagne. Parfois, même sans que ce déplacement soit accompagné d'aucun traitement, l'enfant, sous la seule influence d'une bonne aération, reprendra forces et ton, il mangera avec appétit et se transformera bientôt au point de devenir méconnaissable, car l'homme vit plus encore d'oxygène que de pain. Quant à l'enfant que les conditions sociales ne permettront pas de conduire à la campagne, sortez-le au grand air, deux ou trois fois par jour au moins, et cela seul amènera déjà quelque amélioration.

Le logement pouvant être également une cause d'anémie, vous exigerez que la chambre ait un cubage d'air suffisant, qu'elle ait dimensions et lumière voulues, et que cette dernière y pénètre largement. Il en est de l'enfant comme d'une plante, il lui faut du soleil ; il lui faut aussi une température convenable et sans exagération, 12 à 15 degrés au maximum. Il faut prémunir encore les parents contre la fausse idée des courants d'air, et exiger une bonne aération des pièces de l'appartement.

Le vêtement a aussi une grande importance, et c'est avec raison que l'on a proscrit le maillot à la ville à partir d'un certain âge, car il n'est en réalité guère utile que dans les deux ou trois premiers mois pour préserver l'enfant du froid. On le prendra souvent sur les bras ; on le fera sauter pour lui procurer ainsi quelque exercice.

Les lotions avec de l'eau froide, — j'entends par froide une température de 14 à 15 degrés, — faites rapidement, rendront un grand service, passé l'âge de deux ou trois mois, en facilitant la circulation capillaire et en déterminant une utile réaction. Il en est de même des bains à l'eau tiède ou presque fraîche ainsi que des frictions sur la peau.

Quant à l'alimentation ? Prenez deux enfants ayant tous deux une bonne nourrice, l'un élevé à la campagne, l'autre à la ville ; le premier, toutes choses égales d'ailleurs, sera très beau, très prospère ; l'autre, tout en se portant bien, n'aura pas les mêmes apparences, en raison même de la différence des milieux. Mais quand arrivera la période du sevrage, c'est le contraire que vous observerez, car dans les campagnes les enfants sont soumis à un régime détestable, à une alimentation analogue à celle de leurs parents ; aussi peu à peu les voyez-vous péricliter et devenir anémiques.

En ville, au contraire, si vous vous trouvez dans des familles aisées, le sevrage sera fait d'une façon beaucoup plus intelligente, l'alimentation proportionnée à l'âge de l'enfant sera plus rationnelle. Malheureusement, si vous avez affaire à des ouvriers, vous retombez dans des conditions analogues à celles du paysan, sinon même plus mauvaises encore en ce sens que le pauvre petit être n'aura même pas le grand air de la campagne pour combattre, en partie du moins, les dangers d'une mauvaise alimentation.

C'est contre cette anémie que, dès l'âge de douze mois, je donne à ces enfants soit du jus de viande, soit de la viande elle-même, mais préparée en pulpe et à la dose de 30, 40 ou 50 grammes par jour. Je ne la donne pas crue, mais cuite et râpée, pilée dans un mortier avec quelques gouttes d'eau et passée sur un tamis. La cuillerée qui en sort, je la fais mêler à la soupe ou au potage de l'enfant. En même temps, je prescris aussi une certaine quantité d'eau-de-vie, soit deux à trois cuillerées à café par jour pour un enfant d'un an. Tels sont les moyens par lesquels, — en y joignant la médication nécessitée par l'état de l'enfant, — j'arrive à corriger généralement très bien l'anémie.

ORIGINES DE LA MÉTALLOTHÉRAPIE (1).

VIII

DEUXIÈME CAMPAGNE DE LA MÉTALLOTHÉRAPIE A LA SALPÊTRIÈRE ; OPINIONS ET EXPÉRIENCES PERSONNELLES DE M. LE PROFESSEUR CHARCOT ; RAPPORTS DE M. DUMONTPALLIER SUR LA MÉTALLOSCOPIE ET LA MÉTALLOTHÉRAPIE.

Par le docteur V. BURQ.

Vers le milieu du mois de juillet 1876, une sorte de revenant franchissait le seuil de la Salpêtrière, un bâton noueux dans une

(1) Suite. — Voir le numéro du 31 octobre 1882.

main pour soutenir sa marche chancelante, et appendue dans l'autre une gourde pleine d'une provision d'eau pour rafraîchir des compresses au front, qui, depuis quatre années, y étaient, nuit et jour, en permanence, et que dissimulait en ce moment un chapeau à larges bords. Comme il s'avançait à pas lents dans les vastes cours de ce pandémonium de toutes les infirmités, comme il cherchait des yeux le vieux pavillon Sainte-Laure qui avait été le théâtre de ses exploits d'autrefois, et démoli, depuis, il l'ignorait, pour faire place à une pelouse verdoyante, il lui arriva de se trouver tout à coup face à face avec une vieille connaissance, la fameuse Leroux, fameuse par les nombreuses descriptions et les leçons magistrales dont elle a fourni le sujet. Il arrêta la demi-folle, qui, à sa vue, avait paru fouiller dans ses souvenirs, s'en fit reconnaître, lui demanda son chemin, et c'est là le cicérone qui nous dirigea vers M. le professeur Charcot que nous cherchions!

Quel était le but qui nous faisait aller à la rencontre du maître dont le nom est lié désormais à celui de la Salpêtrière? Qu'avions-nous à lui demander? L'autorisation de faire dans son service, sur des malades de son choix, une tentative suprême, suprême pour tant de raisons, à l'effet soit de nous dessiller les yeux, si jusqu'alors nous n'avions été que dupe ou visionnaire, soit de nous donner raison contre tous et contre lui-même, très vraisemblablement. Notre demande, que tant de raisons valables apostillaient, fut agréée libéralement par M. Charcot, et, dès le 18 juillet, nous étions déjà à l'œuvre.

Notre entrée en campagne ne fut point des plus faciles. Les malades dont nous avions le plus besoin étaient particulièrement indociles et il s'était trouvé, juste à point, de bonnes âmes pour les rendre moins maniables encore. Mais passons.

Lorsque nous eûmes suffisamment reconnu et préparé le terrain; lorsque nous le sentîmes assez solide pour y appeler des juges, alors nous fûmes les demander, cette fois, à une société qui montre tous les jours, que les intérêts de la science sur n'importe quelles questions sont toujours les siens, et qu'elle sait, elle, trouver le temps de les défendre. Nous avons nommé la Société de biologie. Ces juges, la Société voulut bien nous les accorder. Une commission fut nommée et furent désignés pour en faire partie MM. Charcot (président), Luys et Dumontpallier (rapporteur).

Ce qu'il advint de notre tentative *in extremis*, qui avait tant de chances contre elle qu'elle pouvait passer presque pour une insigne témérité, est trop connu aujourd'hui pour que nous ayons besoin d'en tracer toutes les péripéties.

Les lecteurs de la *Gazette des hôpitaux* savent le rôle joué par M. le professeur Charcot depuis l'année 1877. Ils savent comment l'éminent professeur est venu à la métallothérapie et s'en est fait, l'un des premiers, le vulgarisateur le plus autorisé, et comment il a lui-même ajouté à ces recherches.

La commission nommée par la Société de biologie pour suivre les expériences de la Salpêtrière commença ses travaux en novembre 1876, sous la présidence de M. Charcot. Au mois d'avril suivant, le 14, son honorable secrétaire-rapporteur lisait à cette Société un premier et volumineux rapport, consacré exclusivement à la *métalloscopie*, qui concluait en ces termes :

« Le travail de la commission a été divisé en deux parties. Dans une première, nous avons constaté l'existence de tous les faits métalloscopiques découverts depuis longtemps par M. le docteur Burq. Dans la seconde partie, nous avons étudié l'interprétation de ces faits :

« Il est parfaitement exact, en effet, que l'application de certains métaux sur la peau détermine chez des malades anesthésiques, hystériques, et dans quelques cas organiques, des modifications importantes, dont les principales sont le retour de la sensibilité générale et spéciale.

« Il est parfaitement exact que toutes les malades ne sont point sensibles au même métal, et que l'or, le fer et le cuivre donnent des résultats positifs ou négatifs, suivant les sujets soumis aux expériences.

« Les phénomènes, observés après l'application des métaux se produisent dans l'ordre établi par le docteur Burq, c'est-à-dire que les malades accusent, au niveau de l'application des métaux et dans une zone plus ou moins étendue, des fourmillements, une sensation de chaleur; puis l'observateur constate bientôt, dans les mêmes régions, une rougeur, le retour de la sensibilité, l'ascension de la température mesurée par le thermomètre, et enfin le retour de la force musculaire, mesurée par le dynamomètre.

« Votre commission, Messieurs, ne saurait affirmer trop haut l'existence de tous ces faits découverts il y a déjà plus de vingt-cinq ans. Cette affirmation est un hommage rendu au docteur Burq, car c'est après avoir constaté l'exactitude des faits énoncés par notre confrère, que, cherchant, toujours par la méthode expérimentale, à interpréter les phénomènes observés, nous avons été conduits : 1° à reconnaître l'action des courants électriques de faible intensité sur le retour de la sensibilité; 2° à découvrir le fait si inattendu du transfert de la sensibilité d'un côté du corps à l'autre côté, sous l'influence de l'application des métaux ou des courants électriques continus.

« Votre commission, Messieurs, a la satisfaction d'avoir accompli un acte de justice envers M. le docteur Burq. Mais elle manquerait à tout sentiment de gratitude si, en terminant ce rapport, elle ne vous demandait de prendre votre part dans les remerciements que nous devons aux docteurs Gellé et Landolt et à M. Regnard, qui, en nous prêtant le concours éclairé de leurs études spéciales, nous ont permis de suivre avec plus de sûreté et plus d'autorité la voie expérimentale dans laquelle nous nous étions engagés.

« En conséquence, nous vous proposons de déposer le mémoire de M. Burq dans vos archives et de l'inscrire sur la liste des travaux admis au concours du prix Ernest Godard. »

Restait la question de la métallothérapie proprement dite, qui avait été réservée. La commission se remit à l'œuvre au mois de juin 1877 et, après de nombreuses séances, M. Dumontpallier vint lire à ses honorables collègues, le 14 avril 1878, un deuxième rapport, plus magistral encore, s'il se peut, dont nous nous bornerons à faire les extraits suivants, renvoyant, pour le surplus, aux bulletins de la Société de biologie :

« Tous les faits relatifs à la métalloscopie pouvant être considérés comme acquis à la science, le moment était donc venu de vérifier et de confirmer, s'il y avait lieu, par de nouvelles expériences, la seconde proposition émise par M. Burq, à savoir : *que l'aptitude métallique externe étant connue, le même métal, administré à l'intérieur, doit déterminer les mêmes résultats que son application externe.*

Suivaient un résumé des faits observés sur cinq malades, puis un résumé des travaux de la commission et « une vue d'ensemble des faits auxquels, dans une séance de la Société de biologie, on avait donné le nom de Burquisme ».

Après avoir parlé de l'importance de la loi que nous avions posée, d'après laquelle on peut conclure de l'action externe d'un métal à son action interne et « des conséquences si grandes de cette loi en thérapeutique générale, et déclaré que la commission avait été grandement impressionnée par les faits (thérapeutiques) observés dans le service de M. le professeur Charcot, sous son contrôle de chaque jour, sur des malades qui étaient hystériques depuis plusieurs années, que l'on considérait à la Salpêtrière comme des types de la diathèse hystérique et hystéro-épileptique et qui étaient des exemples vivants des meilleures descriptions de cette classe des maladies nerveuses »; après avoir analysé les résultats thérapeutiques obtenus sur ces malades, après avoir établi avec quelle rapidité de faibles doses du métal désigné par l'examen métalloscopique, 0,05 centigrammes au plus par jour de sel d'or et moins encore de sel cuprique, avaient suffi, le régime restant le même, pour produire les effets les plus inattendus : « disparition de l'anesthésie générale, retour des forces musculaires, cessation des attaques convulsives hystériques, appétit régulier, embonpoint très-notable, régularité de la menstruation (une des malades, Marcillet, n'était plus réglée du tout depuis trois ans), diminution de

la leucorrhée, état de santé très-satisfaisant et changement favorable dans le caractère »; après avoir dit : « Est-ce à dire que le traitement interne d'une durée d'un mois à trois mois ait guéri la diathèse hystérique? — Non, et, sur ce point, l'inventeur de la métallothérapie l'a souvent répété dans ses publications; à une maladie chronique, comme l'hystérie, il faut opposer un traitement chronique, mais ce qu'il est important de retenir, c'est que le traitement interne, indiqué par les expériences métalloscopiques, a paru modifier pendant toute sa durée les manifestations diathésiques et a acheminé les malades vers l'état de santé »; enfin, après avoir écrit ces lignes qui sont particulièrement à retenir :

« De la première partie de ce rapport il ressort que chez des malades, dont l'aptitude métallique avait été reconnue par des expériences antérieures, on a obtenu pendant la période d'administration à l'intérieur des mêmes métaux une amélioration dans l'état général de leur santé, *amélioration établie d'abord par le retour de la sensibilité générale et spéciale, par le retour de la force musculaire et de la menstruation régulière* »; ces dernières paroles sont capitales, la commission concluait en ces termes :

« Nous voici, Messieurs, arrivés au terme de notre travail. De nouvelles expériences, vous le voyez, sont venues confirmer une fois encore les résultats métalloscopiques exposés dans notre premier rapport.

« De plus, les malades soumises au traitement interne, dont la base métallique avait été indiquée par la métalloscopie, *ont paru retirer un notable avantage de ce traitement*, et cela, Messieurs, dans des conditions telles que votre commission croit pouvoir encourager les recherches qui auront pour but la métallothérapie ainsi qu'elle a été formulée par M. le docteur Burq.

« En conséquence, votre commission, s'appuyant sur les faits qu'elle a constatés et sans se départir de la prudente réserve qu'elle s'est imposée, croit qu'il y a lieu d'encourager de nouvelles recherches métallothérapiques et nous propose, comme elle l'a déjà fait dans notre premier rapport, d'inscrire les diverses communications de M. le docteur Burq sur la liste des mémoires admis au concours du prix Ernest Godard. »

Les conclusions du deuxième rapport et son insertion dans le Bulletin de la Société furent encore votées à l'unanimité, et peu de temps après, la Société de biologie nous décernait deux annuités du Prix Godard à l'unanimité.

THÉRAPEUTIQUE

De l'emploi de la glycérine dans le traitement du diabète.

Par le docteur Delmis.

Employée d'abord comme topique dans certaines affections cutanées, la glycérine avait donné de bons résultats dans plusieurs d'entre elles, en particulier, dans le lichen agrius, le pityriasis et certaines hyperesthésies. Plus tard, Demarquay s'en servit dans la pourriture d'hôpital et vit qu'elle empêchait l'extension du mal et favorisait l'élimination des parties mortifiées. Depuis cette époque, on a tenté de l'administrer à l'intérieur. Utilisée depuis longtemps comme véhicule d'un certain nombre de préparations difficiles à ingérer lorsqu'elles sont administrées d'une autre manière, elle était laissée un peu de côté par les praticiens, ses propriétés accessoires faisant perdre un peu de vue ses propriétés essentielles. C'était un bon excipient, cela suffisait; on n'osait lui demander autre chose. Ce fut tout à fait accidentellement que M. Daudé, de Marvejols, pensa à en tirer parti dans la dysenterie en la donnant en lavements; elle modifia favorablement la surface des ulcérations intestinales et désinfecta les sécrétions; enfin, un physiologiste et un médecin anglais, MM. Pavy et Abboth Smith, l'employèrent dans le diabète; elle facilite la digestion et dissipe le dégoût des aliments. C'étaient là, sûrement, deux propriétés précieuses; aussi les a-t-on retenues et, aujourd'hui encore, la glycérine est un des médicaments les plus avantageux que l'on puisse utiliser dans cette grave affection. Quelle que soit sa forme et sa marche, le diabète est toujours accompagné d'altérations nutritives de première importance. La phtisurie n'est peut-être, en somme, qu'une résultante morbide dépendant d'une altération persistante des éléments histologiques. Une condition indispensable de succès pour toute médication, c'est qu'elle assure et règle la nutrition et les échanges. De là, l'indication de son emploi dans la plupart des affections organiques, l'albuminurie, etc., etc.

Malheureusement, l'application est souvent difficile. « Si la substance n'est pas pure, disent MM. Bouchut et Desprès, elle est extrêmement dangereuse et, à l'intérieur, peut être mortelle, en raison des matières putrides qu'elle renferme et des abcès viscéraux multiples qui en sont la conséquence. »

L'utilité de la glycérine est donc subordonnée à son mode de préparation; il faut, pour la donner en toute confiance, avoir la certitude absolue qu'elle est pure. Aucune préparation pharmaceutique ne répond mieux à cette indication que le quina Rocher à base de glycérine redistillée. Ce médicament a fait ses preuves depuis longtemps; l'emploi est rationnel, les indications sont précises, les contre-indications tenant à l'incertitude du mode de préparation disparaissent. Il est probable que dans un avenir prochain la glycérine prendra, grâce à ce produit, la place qu'elle mérite en thérapeutique.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 4 novembre 1882. — Présidence de M. Laborde.

COMMUNICATIONS

Anesthésie produite par un courant d'acide carbonique sur le larynx. — M. BROWN-SEQUARD s'est demandé comment se produisait cette anesthésie, si elle était le résultat d'une action locale ou de l'influence de l'irritation que l'acide carbonique exerce sur le système nerveux dans le sens de l'inhibition. M. Brown-Sequard croit devoir s'arrêter à la seconde explication, comme le lui ont prouvé ses expériences :

1° Sur un animal chez lequel on produit expérimentalement une attaque d'épilepsie, si on envoie un courant d'acide carbonique dans l'arrière-bouche, on constate la cessation *immédiate* de l'attaque convulsive. Mais il faut, pour cela, que le courant gazeux soit énergique et qu'il arrive sur le larynx lui-même. Dirigé seulement sur la langue, il n'arrête pas complètement l'attaque.

2° Un jet d'acide carbonique lancé de bas en haut sur la trachée arrête immédiatement la respiration.

3° Un jet d'acide carbonique dirigé sur la trachée arrête immédiatement les convulsions strychniques.

Ainsi, par l'excitation produite sur les nerfs laryngés par un jet d'acide carbonique, on arrête les convulsions strychniques, l'attaque d'épilepsie et la respiration. Il y a donc lieu de croire que c'est par son influence sur les centres nerveux que l'acide carbonique détermine l'anesthésie.

Recherches sur les animaux marins. — M. CHARLES RICHET a fait, au laboratoire du Havre, un certain nombre de recherches et d'expériences sur les animaux et les végétaux marins. Il a recherché tout d'abord s'il existait des microbes dans l'estomac de certains poissons. Il a constaté qu'il y en avait très-peu, non pas dans la cavité même de l'estomac, mais bien dans ses parois. Dans le sang des poissons, on trouve des granulations mobiles extrêmement petites.

M. Richet a recherché également si les microbes, les bactéries, etc., peuvent vivre dans l'eau de mer. Il a constaté que l'eau de mer est un milieu favorable pour le développement des microbes.

Quinine et cinchonine. — M. LABORDE présente quelques considérations sur l'application de la méthode expérimentale à l'étude de certaines substances médicamenteuses. La parenté chi-

mique entre deux substances médicamenteuses n'entraîne en aucune façon la parenté de leur action physiologique. Autrefois on a voulu substituer le bromure de potassium à l'iodure de potassium dans le traitement de la syphilis. On n'a fait que déterminer, en plus, des accidents graves de bromure aux malades soumis à ce traitement. Plus récemment, on a trouvé la cinchonine comme un succédané de la quinine. C'est là une pure erreur : la cinchonine, en effet, ne peut être considéré comme un succédané de la quinine; tandis que la quinine injectée sous la peau de certains animaux provoque de la stupeur, la cinchonine, au contraire, provoque une véritable attaque d'épilepsie.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 3 novembre 1882 ont été nommés ou promus dans le corps de santé de la marine, après concours :

Au grade de médecin de première classe : MM. Brédiam, Boussac, Hache, Palasne de Champeaux, Grisolle, Borel, Gayet, Jouveau-Dubreuil, Cognes, Bonnescuelle de Lespinois, Prat, Mercier, Philip et Le Jollec;

Au grade de médecin de deuxième classe : MM. Dufour, Dufourcq, L'Honen, Auvergne, Grand Moursel, Hervé, Fragne, Bouquet, Libouroux, Kergrohen, Michel, Féraud, Amouretti, Thamin, Tréguier, Bourguignon, Suquet, Clavel, Guillarmou, Martin, Marestang, Lallour, De Gouyon de Pontourande, Julien-Laferrière, Gouzien, Notaris, Bitschine, Touren, Preux, Merveilleux, Aubry, Maglioli, Chassériaud, Mestayer et Mercier;

Au grade d'aide-médecin : MM. Salanoue-Ipin, Valence, Bagot, Girard, L'Honen, Carmouze, Martine, Layet, Moussoir, Chové, Depasse, Fallier, Richer des Forges, Féret, Geay de Couvalette, Leblanc, Camail, Garnier, Badet, Bousquet, Cassagnou, Tricard, Cojan, Lamy, Mezergues, Capus, Le Batard, Ollivier, Giberton, Guillou, Bailly, Berthier, Vergoz, Guillabert, Aubry, Seguin, Manoël, Guérin, Noury et Faraud;

Au grade de pharmacien de première classe : M. Perrimond-Trouchet;

Au grade de pharmacien de deuxième classe : MM. Camus, Vignoli, Dubois, Tambon et Pairault;

Au grade d'aide-pharmacien : MM. Henry, Lamy, Laligne, Thiéry, Cazeaux, Martinenq et Valacca.

— Le ministre de l'instruction publique a adressé, le 30 octobre, aux recteurs la circulaire suivante:

« Monsieur le recteur, le vœu a été plusieurs fois exprimé qu'il fût créé un grade supérieur au doctorat en médecine, sous le nom de doctorat ès sciences médicales. Je vous prie de consulter à ce sujet les facultés de médecine, les écoles de plein exercice, les écoles préparatoires et les conseils académiques.

Pour que les diverses opinions qui seront exprimées puissent être plus facilement comparées, les questions suivantes devront être successivement examinées. Les assemblées de professeurs et les conseils académiques ont naturellement toute la liberté d'étendre ensuite la discussion et d'exposer tel système qui leur paraîtra convenable :

1° Utilité, au-dessus du doctorat en médecine, qui est surtout un grade professionnel, d'un grade supérieur supposant des connaissances plus complètes et plus scientifiques, des études plus personnelles et plus originales;

2° Outre le doctorat en médecine, quelles exigences pourrait-on imposer aux candidats au doctorat ès sciences médicales (internat, prosectorat, concours des hôpitaux, grades pris dans les facultés des sciences, etc.) ? — Quelles équivalences pourraient être établies entre les diverses preuves de travail et de mérite que le candidat aurait données?

3° Comment devraient être constituées les épreuves?

I. Devraient-elles être précédées d'une scolarité fixe ou exiger seulement des connaissances spéciales que le candidat aurait acquises en pleine liberté? — Quelles devraient être les épreuves? Une double thèse originale suffirait-elle? — Cette double thèse devrait-elle être accompagnée d'interrogations sur d'autres sujets? Une des thèses pourrait-elle être remplacée par des propositions que choisirait la faculté?

II. Y aurait-il lieu d'exiger du candidat qu'il prît chacune des thèses dans des ordres différents d'études correspondant aux divisions actuelles de l'agrégation? Pourrait-il se borner à un seul ordre d'études?

Les conditions seraient-elles les mêmes pour les sciences anatomiques et physiologiques, pour les sciences physiques et naturelles, pour la médecine proprement dite et la médecine légale, pour la chirurgie et les accouchements?

En résumé, quels seraient les moyens de donner à ce grade nouveau une haute valeur scientifique?

4° Le doctorat ès sciences médicales devrait-il être exigé des candidats à l'agrégation? Prévoit-on qu'il modifierait les conditions de ce concours en les simplifiant, et qu'il aiderait ainsi à résoudre la question même du concours de l'agrégation, question qui a été mise à l'étude et sur laquelle les facultés de médecine ont exprimé des avis différents? — Ce grade devrait-il être exigé des candidats aux suppléances pour les écoles de plein exercice et préparatoires? — Dans quelle mesure pourrait-il remplacer les concours, et permettrait-il de modifier les conditions de recrutement en usage aujourd'hui dans ces écoles? »

— *Faculté des sciences de Lille.* — M. Hallez, docteur ès sciences, est maintenu, pendant l'année scolaire 1882-1883, dans les fonctions de maître de conférences d'histoire naturelle.

— *Hôpitaux de Bordeaux.* — Le concours pour l'externat s'est terminé le 28 octobre, par la nomination de :

MM. Cornil, Binaud, Hameau, Larauza, Aubin, Charazac, Cadenaule, Pillot, Chaleix, Capdeville.

— Par décret en date du 18 octobre 1882, M. Poupelard, médecin-major de 1re classe, retraité, est nommé au même grade dans le corps de santé des officiers de santé de l'armée territoriale.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Ferry, médecin-major de deuxième classe au 6e de ligne, qui vient de succomber à Saintes, des suites de la maladie qu'il avait contractée en Tunisie.

Né à Bralleville (Meurthe) le 29 avril 1849, entré à l'École de Strasbourg le 13 octobre 1869, il en sortait aide-major de deuxième classe le 31 décembre 1874. Le grade de médecin-major de deuxième classe, juste récompense de son savoir et de son dévouement, venait de lui être conféré, quand la mort l'a frappé.

M. Roux, médecin-major du 6e de ligne, et M. Warnod, lieutenant-colonel du régiment, ont dit le vide que laisse, parmi tous ceux qui l'ont connu, notre distingué confrère.

— M. le docteur Laisney est nommé médecin du lycée de Coutances, en remplacement de M. le docteur Dudouy, décédé.

— Une dépêche du consul d'Espagne à Alexandrie, en date du 2 novembre, nous apprend que le choléra vient d'éclater à la Mecque.

— *Faculté des sciences de Paris.* — Les cours du premier semestre de l'année scolaire 1882-1883 s'ouvriront à la Sorbonne le lundi 6 novembre 1882.

M. P. Desains, professeur, ouvrira le cours de physique le mardi 7 novembre, à une heure et demie, et le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure. Il traitera de la chaleur, du magnétisme, de l'électricité, de l'électro-magnétisme et de leurs principales applications. Des manipulations et des conférences qui sont dirigées pendant toute l'année par le professeur commenceront le 13 novembre.

M. Troost, professeur, ouvrira son cours de chimie le lundi 6 novembre, à une heure, et le continuera les jeudis et les lundis suivants à la même heure. Il exposera les lois générales de la chimie; il fera l'histoire des métalloïdes. Des manipulations qui

sont dirigées pendant toute l'année par le professeur commenceront le 13 novembre.

M. Debray, professeur, ouvrira son cours de chimie le mercredi 3 janvier 1883, et le continuera pendant le second semestre le mercredi et le vendredi. Il traitera des métaux et de leurs principaux composés.

M. de Lacaze-Duthiers, professeur, ouvrira le cours de zoologie, anatomie, physiologie comparée, le mardi 7 novembre, à trois heures et demie, et le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure. Il traitera de la troisième partie de son cours et du règne animal (mollusques, zoophytes et protozoaires) et dirigera, pendant toute la durée de son cours, les manipulations qui se font tous les jours dans son laboratoire.

M. Paul Bert, professeur (M. Dastre, suppléant), ouvrira le cours de physiologie le lundi 6 novembre, à trois heures et demie, et le continuera les jeudis et les lundis suivants à la même heure. Il traitera, au point de vue expérimental de la physiologie, du système nerveux et de la fonction générale de nutrition.

M. Friedel, professeur, ouvrira son cours de minéralogie le mercredi 8 novembre, à une heure et demie, et le continuera les vendredis et mercredis suivants à la même heure. Il étudiera les caractères généraux des minéraux et les principales espèces minérales. Des manipulations qui sont dirigées pendant toute l'année par le professeur, commenceront le 13 novembre.

M. Duclaux, maître de conférences, commencera un cours annexe de chimie biologique le mardi 7 novembre, à deux heures et demie, dans l'amphithéâtre de mathématiques. Il traitera du rôle physiologique des ferments.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les travaux pratiques d'anatomie pathologique commenceront prochainement sous la direction de M. le professeur Cornil et de M. Gambault, chef des travaux.

Sont admis : MM. les élèves pourvus de douze inscriptions au moins et qui prendront la treizième du 10 au 18 novembre.

— Les jours et heures des travaux pratiques de chimie médicale, sous la direction de M. Armand Gautier, agrégé, sont modifiés. Ces travaux auront lieu les mardis, mercredis et jeudis, de huit heures à dix heures du matin, au lieu de une heure à trois heures du soir.

— M. le docteur Chéron recommencera ses leçons cliniques sur les maladies des femmes, à sa clinique, rue de Savoie, 9, le lundi 13 novembre, à une heure, et les continuera les lundis suivants à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 13606.

N° 129. — JEUDI 9 NOVEMBRE 1882. 55e ANNÉE. JEUDI 9 NOVEMBRE 1882. — N° 129.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Les représentants de la médecine militaire à l'Académie ont renvoyé la balle à leurs collègues de l'ordre civil, qui accusaient les casernes d'être les foyers d'origine et de propagation de la fièvre typhoïde. S'il est vrai, disait M. Colin dans la précédente séance, que le soldat chez qui l'âge, l'inaccoutumance au séjour des grandes villes, la vie en commun, constituent autant de conditions d'aptitude à contracter la fièvre typhoïde, soit comme un réactif d'une sensibilité excessive qui permet de doser pour ainsi dire la salubrité des villes de garnison, il ne l'est pas moins que bien des épidémies, dites épidémies de casernes, ne dépendent que peu ou point des conditions d'installation de la caserne elle-même, mais relèvent de l'insalubrité même de la ville. Aussi se montrait-il peu disposé, d'après les renseignements qu'il avait pu réunir, à se rallier à l'opinion d'après laquelle les casernes de Paris auraient été le point de départ de l'épidémie actuelle. M. Legouest est venu aujourd'hui à son tour donner son entière adhésion aux observations de M. Colin en faisant un exposé de tout ce que l'administration militaire, à l'instigation de ses médecins, a fait depuis quelque temps pour améliorer l'hygiène de l'armée. Ce n'est donc pas la population militaire qu'il faut incriminer de l'origine et de la propagation à la population civile des épidémies de fièvre typhoïde, c'est plutôt la proposition contraire qui serait vraie; ou, ce qui serait peut-être plus près encore de la vérité, ce serait l'influence réciproque de ces deux populations.

Ce point vidé, la discussion est entrée dans la phase des communications médicales proprement dites, sur la marche, les caractères de l'affection typhoïde régnante et sur les effets des traitements mis en usage. C'est M. Hérard qui est venu le premier exposer les résultats de ses observations et de sa pratique hospitalière. Si nous ne craignions de nous servir d'une locution qui sent terriblement son vieux temps, nous dirions volontiers: C'est M. Hérard qui est monté le premier sur la brèche; car, à en juger par les quelques interpellations qui ont, à plusieurs reprises, interrompu l'orateur et par la vive réplique de M. Dujardin-Beaumetz, qui est partie comme un pétard, la discussion sur le traitement de la fièvre typhoïde nous fait singulièrement l'effet d'être un vrai champ de bataille. Ce n'aura pas été, du reste, la première fois, — et ce ne sera probablement pas la dernière, — que ce sujet engendre les divisions.

Nous suivrons scrupuleusement cette discussion, ainsi que tout ce qui se produira d'ailleurs ayant trait aux points de vue pratique de la question, soit ici, soit dans les colonnes de la Revue clinique. On trouvera, en attendant, dans le compte rendu l'exposé de M. Hérard, sur lequel sa grande autorité de praticien et de clinicien ne pouvait manquer d'appeler l'attention.

HOPITAL NECKER. — M. Trélat.

I. Rétrécissement du canal de l'urèthre. — II. Tumeur maligne du cou, compression, asphyxie, mort.

I. Nous avons reçu dans nos salles, il y a huit jours, un homme vigoureux, bien constitué, présentant toutes les apparences d'une bonne santé, et qui nous était adressé par un médecin de nos amis pour un rétrécissement du canal de l'urèthre.

Cet homme a eu autrefois deux blennorrhagies, l'une il y a dix ans, l'autre il y a sept ans environ. Lorsque nous avons examiné son canal et essayé de pratiquer le cathétérisme, nous avons constaté l'existence de cryptes dans lesquelles la sonde s'engageait avec la plus grande facilité. Nous avons reconnu aussi la présence de points rétrécis, rugueux, saillants, et, parvenue à 14 centimètres et demi du méat urinaire, la sonde s'est trouvée arrêtée tout à coup; les bougies les plus fines n'ont pas pu passer davantage, malgré des tentatives maintes fois répétées.

Deux jours plus tard, nous avons fait de nouvelles explorations, toujours sans succès, et, quel que fût l'instrument dont nous nous servions, il n'arrivait pas à dépasser le point contre lequel il buttait constamment. Ces explorations, malgré le soin et la douceur avec lesquels elles ont été pratiquées, ont été suivies de l'émission de quelques gouttelettes de sang.

Heureusement le malade conservait toujours la possibilité d'uriner, mais par un jet rétréci; de plus, l'urine était restée normale,

Nous avons encore répété pendant plusieurs jours de suite nos essais de cathétérisme avec des soins croissants, cherchant à franchir le rétrécissement de l'urèthre par des sondes de toutes sortes, très souples, olivaires ou pointues. Il n'y avait certainement pas péril en la demeure, notre malade, je le répète, continuant à uriner suffisamment; néanmoins, en pareil cas, l'indication d'une intervention active est toujours pressante, car il peut, sous la moindre influence, à la moindre imprudence, au moindre écart de régime, ou autre, survenir subitement une rétention d'urine avec tout son cortège des accidents consécutifs ordinaires.

J'ai dû faire souvent œuvre de longue patience, avant d'arriver à franchir des rétrécissements semblables, et j'y suis parvenu; il m'est arrivé quelquefois de lutter ainsi pendant trois semaines, voire même pendant un mois. Cependant je songeais en moi-même, dans le cas présent, qu'il pouvait être prochainement nécessaire d'intervenir en pratiquant l'uréthrotomie externe, pour sectionner un rétrécissement, qu'il y a toujours danger à laisser persister, la rétention d'urine, je le répète, étant, en pareilles circonstances, nouvelle épée de Damoclès, suspendue sur la tête du malade. Autrefois, et notamment Morel-Lavallée, on ne pensait pas toujours ainsi, et l'on conseillait d'attendre pour intervenir, tant que le malade pouvait uriner, par peur d'une opération dangereuse.

Quoi qu'il en soit, je racontais, il y a trois jours, à mon collègue de cet hôpital et de la Faculté, M. Guyon, le rétrécissement excentrique ou valvulaire de mon malade et mes tentatives infructueuses; il me proposa l'un de mes anciens internes de l'an dernier, actuellement interne dans son service, M. Jamin, qui, ajouta-t-il, fera l'affaire, je l'espère, par un procédé spécial aux cas de rétrécissement difficile, procédé, du reste, employé depuis longtemps.

Ce procédé a consisté tout simplement, comme appareil, dans un vieil entonnoir du service, autrefois étamé, un tube de caoutchouc rouge et une sonde n° 20 ou 21 de la filière Charrière. On introduit la sonde dans le canal de l'urèthre jusqu'au niveau du rétrécissement et pendant un quart d'heure, une demi-heure ou même trois quarts d'heure on fait couler, par l'entonnoir, le tube et la sonde, de l'eau tiède, un peu chaude même, qui baigne, nettoie et pénètre dans la vessie qu'elle remplit. Après quoi l'on essaye de franchir le rétrécissement au moyen de bougies de toute nature, droite, tortillée, olivaire ou pointue.

C'est ainsi que M. Jamin a procédé et, au bout de quelque temps, il a pu tout à coup faire passer une bougie très-fine.

Le rétrécissement ainsi franchi, tout n'est pas fini; la bougie, introduite ainsi avec tant de peine, pourrait être chassée du canal au moindre mouvement, si l'on n'avait grand soin de la bien fixer. De plus, si le passage a eu lieu, la dilatation cependant n'est pas faite, et c'est à cela que doivent alors tendre vos efforts, c'est-à-dire à une dilatation progressive en faisant passer peu à peu des bougies plus grosses. Mais généralement, la première bougie passée, il convient d'attendre trois ou quatre jours avant de la remplacer par un numéro supérieur.

En résumé, si je rappelle les souvenirs de ma pratique chirurgicale, je crois pouvoir dire que l'on peut toujours arriver à franchir les rétrécissements chroniques, — je ne parle que de ceux-là, bien entendu, — avec de la patience et du temps. Je ne me rappelle qu'un seul cas où je n'ai pas pu parvenir à faire passer sondes ou bougies. Les seuls rétrécissements chroniques que l'on puisse donc considérer comme infranchissables, sont ceux que l'on ne peut franchir à *un moment voulu*, c'est-à-dire alors que des accidents sont imminents et qu'il faut à tout prix intervenir promptement.

II. Nous avons perdu ces jours derniers un de nos malades qui était dans nos salles depuis le mois de novembre de l'année dernière.

Il était entré pour une tumeur du cou située dans la région latérale gauche. Le diagnostic en avait été longtemps incertain. Tout d'abord cette tumeur nous avait offert une assez grande ressemblance avec un lymphadénome simple, avec abcès superficiel. Malgré nos soins, nous n'avons obtenu aucune amélioration; loin de là, nous constations, peu de temps après, un foyer d'induration au centre de la tuméfaction. Modifiant alors notre premier diagnostic, nous avons reconnu qu'il s'agissait d'une tumeur maligne, impossible à déterminer d'une façon certaine comme nature. La maladie prit bientôt un développement assez considérable, présentant des alternatives de haut et de bas, et nous faisant redouter de graves complications du côté du médiastin. Nous avons eu recours à l'ignipuncture, et notre malade a survécu ainsi pendant sept semaines.

Enfin il a succombé ces jours-ci, non pas à la péricardite suppurée dont nous avons constaté l'existence à l'autopsie, mais à l'asphyxie, à un mélange de phénomènes où la compression des branches nerveuses et la gêne respiratoire, déterminées par le développement progressif de la tumeur du cou, ont joué le rôle principal.

CLINIQUE DES VOIES URINAIRES. — M. Mallez.

Calcul phosphatique; taille médio-bilatérale; emploi d'une nouvelle tenette et du galvano-cautère; guérison.

(Observation recueillie par le docteur Gavinzel.)

D... (H.), soixante-deux ans, serrurier, né à Amiens, habite Paris. Il se présente à la clinique de la rue Christine le 28 septembre dernier.

En réponse à un interrogatoire sur ses antécédents, il accuse une gêne et une difficulté de la miction, remontant à dix-huit ou vingt ans; et vraisemblablement il y a eu aussi de la stagnation légère, car aux cathétérismes répétés on ajouta des injections excitantes.

Depuis quatre ans, le malade a pris l'habitude de la sonde. C'est vers le mois de novembre 1881 que se manifestèrent les douleurs pendant la miction, avec exacerbation à la fin de l'émission, mais sans hématurie. L'introduction de la sonde devint alors de plus en plus pénible; le catarrhe vésical augmenta et il fut combattu par les injections d'eau de goudron froide et d'acide borique.

Le malade est amaigri, cachectisé et d'un assez mauvais état général. L'exploration vésicale, pratiquée par le docteur Mallez, fait constater un calcul phosphatique, long de 5 centimètres et large de 2 centimètres, dans une vessie à colonnes avec un bas-fond très déprimé.

Comme il est toujours fait à la clinique de la rue Christine, l'urine du malade est analysée avec soin; on n'y constate ni albumine ni sucre; et à l'examen microscopique, aucun des éléments du rein, dans le dépôt des vingt-quatre heures.

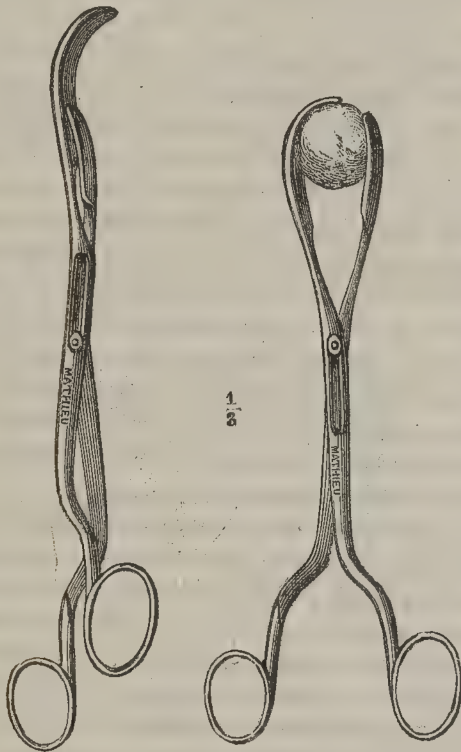
L'état de la vessie, la nature du calcul, le catarrhe vésical et la nécessité de débarrasser avec le plus grand soin une vessie déformée et depuis longtemps malade décidèrent M. Mallez à pratiquer la taille le mardi 3 octobre 1882.

M. Mallez s'arrêta à une taille médio-bilatérale, pour des motifs que nous verrons plus loin.

L'incision médiane, jusques au cathéter, fut faite avec le couteau galvano-caustique de Chardin, sorte d'archet de violon dont la corde représenterait la lame; celle-ci est rougie par une pile à immersion au bi-chromate. Dans cet appareil, la descente des couples dans le liquide est réglée par un pas-de-vis qui permet d'obtenir l'incandescence du couteau avec une précision mathématique, et, on peut le dire, avec des nuances de degrés, à la différence des piles dont on se servait et qui avaient l'inconvénient, par l'insufflation d'air dans le liquide, de produire des différences de chaleur, variant du noir au rouge le plus blanc.

Le premier temps de l'opération s'exécute facilement, et le cathéter est atteint en cinq minutes, sans que le malade ait perdu 10 *gouttes* de sang. Le cystotome, gradué à 3 centimètres, est glissé dans la rainure du cathéter jusque dans la vessie. Le calcul est touché, et le cystotome ouvert lentement, en sciant, dans le mouvement de retour, divise le col de la vessie. Les assistants introduisent un doigt dans la plaie pour constater la régularité du trajet. L'écoulement de sang est insignifiant; mais néanmoins on introduit quelques morceaux de glace dans le rectum, et les tenettes sont glissées dans la vessie.

Les tenettes dont s'est servi M. Mallez, et que lui a construites M. Mathieu, représentent, comme le montre le dessin ci-joint,



pour l'une des branches à extrémité recourbée, la curette, et, pour l'autre branche, une tenette presque droite.

Leur articulation permet de faire exécuter à cette dernière des mouvements de va-et-vient sur la première, de telle sorte que les deux branches seraient assez exactement représentées par l'indicateur droit, légèrement recourbée, et l'indicateur gauche, allant de la paume de la main à la phalangette.

Trois indications étaient à remplir dans ce cas :

I. Extraire le calcul par la plus petite ouverture et l'extraire intact. La tenette-curette y a répondu en amenant le calcul suivant son diamètre longitudinal et en entier.

II. Faire perdre le moins de sang possible au malade. En pratiquant la moitié du trajet avec le galvano-cautère, on a évité la perte de sang que donne, à des degrés divers, l'incision du périnée; et le malade avait des hémorrhoïdes.

III. Permettre de laver la vessie pendant quelques jours, sans toutefois prolonger outre mesure le séjour de la sonde. Ce qui a été fait avec un plein succès. Au cinquième jour, le malade urinait par le canal, et le vingtième la plaie du périnée était fermée.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 novembre 1882. — Présidence de M. Gavarret.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Une note de M. le docteur Netter, bibliothécaire à la Faculté de médecine de Nancy, intitulée : *Lettre sur les rémissions naturelles dans le cours de la fièvre typhoïde et sur l'action nocive du sulfate de quinine dans cette maladie.* (Commission des épidémies.)

2° Un travail de M. le docteur Lombard, médecin à Aubagne (Bouches-du-Rhône), contenant les observations des cas de fièvre typhoïde qui ont eu lieu pendant les années 1877, 1878, 1879 et 1880, à Plourac (Hérault). (Commission des épidémies.)

3° Un travail de M. Burq sur les propriétés parasiticides et antiseptiques du cuivre, qui peut être résumé en ces termes :

Rappelant, d'une part, ce qu'il a dit dans une lecture faite à l'Académie en janvier 1880, sur l'immunité dont jouissent les ouvriers en cuivre, par rapport aux maladies infectieuses en général et à la fièvre typhoïde en particulier; et, d'autre part, les procédés que l'industrie emploie journellement pour la conservation d'une foule d'ustensiles, M. Burq en déduit ce qui suit :

On peut se procurer la même immunité que les ouvriers en cuivre, en se plaçant dans les mêmes conditions d'imprégnation cuprique, à l'aide des moyens que j'ai indiqués et dont l'innocuité est parfaitement établie aujourd'hui;

On peut espérer, dans les maladies infectieuses, de très bons effets de l'administration intérieure d'un sel de cuivre, pourvu que cette administration soit faite en temps opportun et à dose suffisante.

Il y aurait tout avantage, au point de vue hygiénique, à construire les baraquements en des bois injectés au sulfate de cuivre par les procédés du docteur Boucheri ou autres, au lieu de les construire en planches ordinaires qui bientôt deviennent des réceptacles de contages dont on ne peut plus se débarrasser.

Et pourquoi les rideaux et tous les objets de literie ou d'ameublement qui s'y prêtent; pourquoi même certains effets d'habillement, les gilets de flanelle, les capotes des convalescents surtout, ne seraient-ils point aussi passés au cuivre, comme l'on fait pour les bâches dites *hystosapes?* Cette dernière précaution ne pourrait-elle avoir pour effet de détruire *hic et nunc* nombre de ces contages que visent les prescriptions si sages mais souvent si difficilement applicables du Comité consultatif d'hygiène publique.

M. le Président annonce à l'Académie qu'il y a lieu de déclarer une vacance dans la section de physique et de chimie médicales, en remplacement de M. Bussy.

RAPPORTS

Eaux minérales. — M. Gauthier, au nom de la Commission des Eaux minérales, lit plusieurs rapports dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

COMMUNICATIONS

Étranglement interne. — M. Le Fort fait une communication ayant pour titre : Étranglement interne causé par une bride; laparotomie; guérison.

Le chirurgien, en présence d'une obstruction intestinale par volvulus, par invagination ou par des brides, doit choisir entre l'entérotomie et la laparotomie. M. Le Fort donne la préférence à la laparotomie parce que seule elle peut remédier à la cause première des accidents.

Il s'agit, dans l'observation actuelle, d'un jeune homme de dix-

huit ans, atteint depuis sept jours d'un étranglement interne. En 1877, ce malade avait eu une péritonite suraiguë qui avait pu laisser des brides ou des adhérences. Lorsque M. Le Fort vit ce jeune homme pour la première fois, le 1er juin au soir, il se trouva en présence d'un moribond; pouls petit, sueurs froides, vomissements fécaloïdes, ventre distendu, ballonné, etc. Il procéda aussitôt à l'opération avec l'aide des docteurs Tachard et Ducor. Incision sur la ligne blanche de 15 centimètres, examen successif des anses intestinales jusqu'à ce qu'on se trouve en présence de la portion qui était le siège de l'obstruction; vers la fosse iliaque droite se trouvait une petite tumeur formée par l'agglomération de l'intestin; une anse intestinale s'engageait dans un trou fort étroit paraissant formé par une bride, une sorte d'anneau fibreux très résistant, formé par des adhérences organisées; cette bride fut sectionnée et l'intestin aussitôt dégagé. Il fut réduit et la plaie fut fermée par sept points de suture profonde et une dizaine de points de suture superficielle. Dans la nuit, selle abondante, très fétide. Peu à peu les accidents disparaissent et le malade guérit rapidement malgré une imprudence qui fit manquer quelques points de suture.

La méthode dite antiseptique ne fut pas employée. Le pansement consista en compresses trempées dans l'alcool camphré.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA FIÈVRE TYPHOIDE

M. LEGOUEST tient à remercier M. Lagneau d'avoir innocenté les médecins militaires des méfaits de la fièvre typhoïde, mais il tient aussi à lui dire qu'il n'est pas absolument dans le vrai lorsqu'il avance qu'il n'est pas tenu compte des observations que peuvent faire ces médecins sur l'hygiène des troupes. Il rappelle les diverses améliorations apportées à l'hygiène du soldat par l'administration de la guerre, sur les propositions des médecins militaires, notamment : la loi de 1856 sur la statistique médicale de l'armée, régulièrement établie depuis vingt-cinq ans et qui a ourni à l'hygiène publique d'utiles renseignements; la prophylaxie des épidémies de variole, les instructions ministérielles provoquées par le Conseil de santé pour régler les vaccinations et les revaccinations dans l'armée, etc.; les progrès introduits dans l'hygiène alimentaire, dans l'hygiène privée et les soins de propreté, installation de lavabos dans les casernes, de douches et d'affusions, etc.

Arrivant à un point capital en hygiène, M. Legouest distingue les anciennes casernes et les casernes neuves, celles notamment du système dit Tollet, et montre que les nouvelles casernes sont généralement bonnes, bien situées et aérées et suffisamment grandes.

Quant aux anciennes casernes, il en est d'excellentes, de médiocres et de mauvaises. Mais on n'a pas laissé sans remède les fâcheuses dispositions de ces dernières. On a établi partout des moyens de ventilation des chambrées, partout on a désinfecté les latrines, établi les systèmes nouveaux.

Aujourd'hui, sous la menace d'une épidémie, les hommes sont astreints à porter une ceinture de flanelle, une ration extraordinaire de vin leur est allouée, les exercices sont réduits au minimum, les casernes sont évacuées en partie ou même en totalité pour le campement sous tentes.

La dissémination du nombre des habitants des casernes, l'évacuation et la dissémination demandées par les médecins militaires sont si bien acceptées par le commandement, que celui-ci applique souvent ces mesures *proprio motu*.

M. Legouest exprime ensuite sa pensée sur l'accusation portée par certaines villes contre leurs garnisons de donner à la population civile la fièvre typhoïde.

D'après ce qu'il a vu, depuis plus de douze ans qu'il parcourt la France comme inspecteur du service de santé, au lieu de dire que la population militaire donne la fièvre typhoïde à la population civile, il faut dire que les troupes sont la pierre de touche de la salubrité des villes, parce qu'elles réunissent et condensent toutes les conditions de réceptivité du mal, conditions disséminées dans les populations civiles, et, pour être aussi près que possible de la vérité, il convient d'admettre que les deux populations s'influencent réciproquement.

M. Legouest répond encore à ce qui a été dit relativement à ce qui se fait à l'étranger et à ce qu'a dit M. Lagneau des témoignages des engagés conditionnels, qu'il ne met pas en doute, et il termine en ces termes :

Je ne dirai pas que tout est parfait, mais je dirai : Il est malaisé de résoudre administrativement des questions médicales. Les améliorations quelles qu'elles soient, dans l'armée comme ailleurs, sont l'œuvre du temps, de l'argent, de la persévérance et de la bonne volonté. La bonne volonté du commandement ne nous fait pas défaut, et l'administration de la guerre n'a pas laissé que d'accéder souvent à nos demandes.

J'ai pensé, pour la justice d'abord et pour la vérité, qu'il était utile de dire tout ceci, afin que les familles dont les membres sont appelés sous les drapeaux, se rassurent et sachent que leurs enfants sont soignés dans la limite du possible actuel, et qu'ils sont l'objet d'une vigilante sollicitude.

M. HÉRARD vient répondre à l'appel qui a été fait aux chefs de service relativement à l'épidémie actuelle de fièvre typhoïde. Il déclare tout d'abord ne pouvoir fournir aucun élément pour la solution de la question d'étiologie. Il laisse ce soin aux hygiénistes et se bornera à la question de thérapeutique.

Le problème de la thérapeutique de la fièvre typhoïde, dit M. Hérard, est ardu et difficile; il ne saurait se résoudre par des chiffres de statistique, tant à cause de la diversité des formes de la maladie qu'à cause de sa tendance, dans un grand nombre de cas, à la guérison spontanée. Il faut, en outre, dans ces études thérapeutiques, se défier d'un enthousiasme ou d'un scepticisme exagérés. Que de fois n'a-t-on pas attribué l'honneur de la guérison à un médicament qui, en réalité, avait été sans aucune influence! En cas d'épidémie, il faut tenir grand compte du génie épidémique; en effet, il en est dans lesquelles tout réussit; il en est d'autres, au contraire, où tout échoue. L'épidémie actuelle paraît être de moyenne intensité; à côté de cas très-graves il en est un plus grand nombre où la maladie suit un cours parfaitement régulier et bénin. La forme ataxique est très rare; par contre, il y a souvent des complications pulmonaires, des congestions pouvant aller jusqu'à la broncho-pneumonie. Les éruptions sont habituellement légères; il n'y a pas eu d'escarres. Jusqu'ici le meilleur mode de traitement est une alimentation légère, les purgatifs et les toniques.

Vingt-neuf malades atteints de la fièvre typhoïde sont entrés en août et septembre, dans le service de M. Hérard, à l'Hôtel-Dieu; vingt-huit, en octobre; sur ces vingt-huit typhoïdiques, un seul décès; deux encore gravement atteints. Un autre malade est entré présentant l'aspect extérieur du choléra. M. Hérard diagnostique une péritonite avec perforation intestinale dans le cours d'une fièvre typhoïde. L'autopsie a confirmé ce diagnostic.

Arrivant ensuite aux diverses médications mises en usage, M. Hérard dit avoir continué la pratique de M. Joffroy, qui l'avait remplacé dans le mois d'août et de septembre, pratique consistant à administrer le sulfate de quinine à hautes doses, c'est-à-dire à la dose de 3 à 4 grammes dans les vingt-quatre heures. Ce qui a surtout frappé dans l'emploi de cette médication, c'est la facilité avec laquelle les malades supportent cette dose de 3 grammes de sulfate de quinine; la céphalalgie, les vertiges n'en sont pas augmentés; les bourdonnements d'oreilles ne sont pas plus accusés; la température s'abaisse notablement; quelquefois la chute de la température est moins considérable, mais elle est progressive; le pouls s'abaisse également et l'on constate une notable amélioration dans l'état général du malade. Sur six malades traités ainsi, pendant le mois d'octobre, cinq ont guéri; un seul a succombé à la forme ataxique.

Quoi qu'il en soit, il restera de cette expérimentation ce fait intéressant que ces malades supportent très bien des doses énormes de sulfate de quinine. Il en est de même dans certaines maladies infectieuses, en particulier dans la fièvre puerpérale. M. Hérard cite, à cette occasion, l'observation suivante : Une femme accou-

che le 2 octobre, elle tombe malade le 4 et entre à l'Hôtel-Dieu le 6 avec tous les symptômes d'une périmétrite. Le lendemain 7 la température monte à 38°,8, le 8 dans l'après-midi elle monte brusquement à 41°,8; le pouls est à 114, faible, petit; facies altéré, ventre douloureux; on administre 3 grammes de sulfate de quinine en trois paquets entre six heures du soir et cinq heures du matin; le lendemain la température est tombée à 37°,6; le pouls à 106; le soir elle remonte à 41°; pendant cinq à six jours on constate les mêmes oscillations, sous l'influence de la même médication, jusqu'à ce que le pouls tombe et reste à 78, la température à 38°. L'état général s'améliore, malgré l'apparition d'une arthrite du coude droit. En résumé, c'est là un exemple d'un des états les plus graves de la puerpéralité, guéri par le sulfate de quinine à hautes doses.

Pour en revenir à la fièvre typhoïde, M. Hérard associe au sulfate de quinine les purgatifs renouvelés de temps en temps, le quinquina, les lotions froides ou les bains frais, les ventouses sèches en grand nombre en cas d'accidents congestifs, le musc et l'opium en cas d'agitation et de délire. Douze malades ont été traités par l'acide salicylique, l'acide phénique ou le salicylate de soude. L'acide salicylique n'a pas toujours été aussi bien supporté que le sulfate de quinine. Cependant les effets en ont été généralement favorables. Dans trois cas, cette médication s'est montrée exceptionnellement efficace. Dans quelques cas de congestions intenses, M. Hérard a eu recours à l'ergot de seigle, selon la méthode de M. Duboué (de Pau), qui paraît également lui avoir donné d'assez bons résultats.

M. BOURDON fait observer que si les malades traités par M. Hérard n'absorbaient pas d'acides, la plus grande partie du sulfate de quinine devait se retrouver dans les garde-robes.

M. HÉRARD répond que tous ses malades buvaient de la limonade vineuse.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ, s'il s'en rapportait à ce qu'il a observé dans son service, devrait se montrer partisan de l'expectation à main armée. Il a reçu dans son service quatre-vingt-dix-huit malades atteints de la fièvre typhoïde. Il s'est contenté de les purger, de les alimenter, et n'a pas voulu recourir aux méthodes nouvelles. On a cherché, par ces méthodes, à combattre les deux principaux éléments de la maladie, l'hyperthermie et la septicémie. Contre l'hyperthermie, deux médications ont été particulièrement recommandées, les bains froids et le sulfate de quinine. La méthode de Brand est aujourd'hui complètement abandonnée en France, où l'on n'a pas tardé à reconnaître ses dangers considérables. Quant au sulfate de quinine, M. Beaumetz ne saurait admettre qu'on puisse impunément en donner trois grammes dans les vingt-quatre heures. Il faut considérer le typhoïdique comme se trouvant dans de mauvaises conditions d'absorption. C'est là, suivant lui, une médication chère, inutile et même dangereuse. Deux autres médicaments s'adressent à la fois à l'hyperthermie et à la septicémie, ce sont l'acide salicylique et l'acide phénique. M. Beaumetz a essayé le salicylate de bismuth sans en tirer d'effets bien avantageux. Quant à l'acide phénique, si fort recommandé par M. Desplatz (de Lille), aux doses de 50 centigrammes à 2 grammes par jour, c'est encore là une médication dangereuse, amenant des abaissements très-considérables de la température, du collapsus et, partant, favorisant des congestions pulmonaires. On a aussi préconisé le charbon à hautes doses; c'est un bon moyen de désinfecter les garde-robes, mais ce moyen n'exerce aucune action sur la marche de la maladie.

La fièvre typhoïde, d'ailleurs, dit en terminant M. Beaumetz, est une des maladies où le jugement thérapeutique est le plus difficile à prononcer. Il faut tenir grand compte du génie épidémique. Or, à ce point de vue, on peut dire que l'épidémie actuelle est assez bénigne. Sur quatre-vingt-dix-huit malades, M. Beaumetz n'a eu à déplorer que quatre décès. Il n'y a pas de médications qui valent de bonnes conditions d'hygiène et de propreté. A ce dernier point de vue, il faut regretter, dans les hôpitaux, l'insuffisance des garde-malades.

M. BLOT a été témoin, en 1848 et 1849, des recherches de M. Beau sur l'emploi du sulfate de quinine à hautes doses dans les affections puerpérales. Toutes les malades ainsi traitées présentaient le délire quinique et devenaient de véritables folles. La température et le pouls s'abaissaient, mais ces malades n'en succombaient pas moins.

M. JULES GUÉRIN reconnaît qu'il résulte des communications de MM. Hérard et Dujardin-Beaumetz que l'épidémie actuelle est bénigne; c'est là un fait acquis, rassurant pour la population. Mais il resterait à déterminer quelle a été la durée moyenne de la maladie, l'époque de la guérison, ses diverses formes, etc.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ fait observer qu'un grand nombre de malades ont présenté cette forme particulièrement bénigne que les Allemands ont désignée sous le nom de typhus ambulatorius. Ces malades, en effet, tout en ayant la fièvre typhoïde, continuent à aller et venir et à vaquer à leurs occupations.

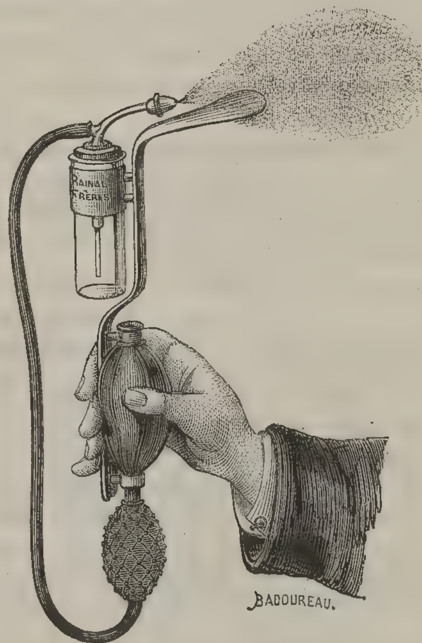
La séance est levée.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

Pulvérisateur abaisse-langue.

Ce pulvérisateur, établi par MM. Rainal frères d'après les indications de M. le docteur Hubert, a l'avantage de fonctionner d'une seule main; il est muni d'un abaisse-langue faisant corps avec le tube à pulvériser. Ce dernier est disposé de façon à pouvoir graduer la pulvérisation; on peut la rendre d'une extrême ténuité pour arriver graduellement à la grosseur d'un jet applicable pour le lavage des plaies.

Avec cet instrument, le médecin peut diriger la pulvérisation sur un point fixe et cela d'une seule main, l'autre restée libre lui permet d'éclairer la cavité qu'il veut explorer. Cet appareil rend de



réels services dans les affections de l'utérus, il est facile de porter la pulvérisation sur le col, ce pulvérisateur s'adaptant à tous les modèles de spéculum. Enfin, le malade lui-même peut s'en servir sans le secours d'aucun aide.

L'appareil se compose d'un tube nickelé traversant un bouchon A en caoutchouc fermant hermétiquement le flacon dans lequel on introduit le médicament à pulvériser. A l'extrémité du tube existe une olive B qui sert à graduer la pulvérisation, en tournant celle-ci de droite à gauche. La soufflerie, qui est fixée après une des branches en métal nickelé, se compose de deux poires en caoutchouc. La première poire C reçoit les impulsions de la main qui doivent être exercées rapidement; la seconde poire D sert de

réservoir d'air et permet d'obtenir une pulvérisation sans intermittence. Toutes les pièces de cet appareil se démontent et peuvent être facilement remplacées.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous venons de rendre les derniers devoirs à M. Joseph Boulmier, notre savant correcteur. Esprit fin et délicat, humaniste des plus distingués, M. Boulmier était non seulement un collaborateur de toutes les heures, il était aimé de chacun de nous et sa perte est pour nous celle d'un ami.

M. le professeur Richet, son suppléant M. Richelot, son chef de clinique et ses internes ont prodigué leurs soins avec la plus grande délicatesse au pauvre malade; qu'ils reçoivent l'expression de notre profonde gratitude. La *Gazette des hôpitaux* remercie aussi vivement M. le directeur de l'Hôtel-Dieu, qui a su trouver tous les moyens d'adoucir les derniers jours d'un homme si digne, à tous égards, de toutes les sympathies.

— Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts vient d'adresser, en date du 4 novembre, aux recteurs la circulaire suivante :

« Monsieur le recteur, la constitution des écoles de plein exercice de médecine et de pharmacie et des écoles préparatoires a donné lieu, de la part de ces écoles et des conseils académiques, à un grand nombre de vœux qui ont pour objet d'appeler des modifications dans le régime de ces établissements. Il y aura lieu de procéder à une enquête d'ensemble sur les diverses questions qui m'ont été soumises et d'appeler à délibérer à cet égard. Outre les écoles et les facultés, les conseils académiques, les points de vue différents auxquels se placeront ces diverses assemblées donneront plus de valeur à une cousultation qui ne saurait être ni trop complète ni trop précise. Il sera facile à ces assemblées de distinguer, dans les questions qui suivent, celles qui sont de leur compétence particulière, celles qu'elles peuvent négliger, sur toutes, vous devez avoir une opinion personnelle qui sera l'objet d'un rapport d'ensemble.

Il ne vous échappera pas que, si nous ne devons pas encourager les écoles qui donnent un enseignement médiocre et ne sauraient être améliorées, un intérêt général d'un ordre élevé nous engage à tout faire pour concourir à la décentralisation scientifique et multiplier les centres de sérieuses études.

1° Situation matérielle des écoles. — Convenance des locaux. — Salles pour les travaux pratiques. — Organisation de ces travaux. — Sujets pour l'anatomie. — Service des cliniques. — Nombre des opérations chirurgicales. — Internat. — Combien d'officiers de santé et de pharmaciens de seconde classe reçoit l'école? — Combien d'étudiants prépare-t-elle au doctorat, au grade de pharmacien de première classe? — Nombre des élèves. — Que manque-t-il à l'école comme moyens d'enseignement? — Comment serait-il possible de fortifier cet enseignement, d'augmenter le nombre des élèves et de les retenir? — Quel concours l'école pourrait-elle trouver auprès de la Faculté des sciences? — Opinion sur ces questions des présidents de jurys qui ont été siéger dans les écoles.

2° — Quel est aujourd'hui le rôle des écoles par rapport aux facultés; que doit-il être? — Quelle partie des études peut être faite le plus utilement dans ces écoles? — Quelles modifications serait-il nécessaire d'apporter à la réglementation actuelle? — Modifications de détail. — Modifications plus générales :

3° — Quels sont les avantages et les désavantages du mode de recrutement actuel des suppléants nommés au concours? — Que propose l'école ou la faculté?

4° — Quelle action exerce sur les études la préparation à l'officiat de santé et au grade de pharmacien de deuxième classe?

5° — Quels changements pourraient être apportés, dans l'intérêt général des études, aux conditions de la scolarité et au droit des écoles en matière d'examen?

Les écoles et les facultés ajouteront à ces questions toutes celles qu'elles jugeront convenable de traiter. Plusieurs des renseignements de faits qui sont demandés plus haut ont déjà été adressés à mon administration; mais ils doivent être donnés à nouveau dans l'enquête, pour permettre au conseil supérieur de se faire une idée précise de l'état des écoles en ce moment même : ils comportent du reste des appréciations que les écoles, les facultés et les conseils académiques devront faire aussi précises qu'il est possible. »

— Par décret en date du 4 novembre 1882, les professeurs titulaires des facultés, des écoles supérieures de plein exercice et préparatoires, des lycées et collèges, qui réunissent les conditions légales pour être admis à la retraite ne peuvent y être admis que sur leur demande ou après que le ministre a pris l'avis de la section permanente du Conseil supérieur de l'instruction publique. — Les délibérations de la section, dans les affaires de cet ordre, ne sont valables que si la moitié plus un des membres sont présents. — Le décret du 13 avril 1875 est abrogé.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Bellangé (Georges,) interne des hôpitaux, aide des travaux pratiques d'histologie, est nommé chef du laboratoire de la clinique des maladies mentales, en remplacement de M. Chambard, démissionnaire.

M. Groslous est maintenu, pendant l'année scolaire 1882-1883, dans les fonctions de préparateur-adjoint des travaux pratiques de chimie.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — Un concours pour la place d'aide de physiologie aura lieu à la Faculté de médecine de Nancy dans la première quinzaine du mois de janvier 1883.

Les épreuves consisteront en : 1° dissection; 2° vivisection avec maniement et démonstration d'un appareil de physiologie.

— *Collège de France.* — M. Demeny (Georges-Émile-Joseph) est nommé préparateur à la station physiologique rattachée à la chaire d'histoire naturelle des corps organisés.

— *École pratique des Hautes-Études.* — M. Loir (Adrien), bachelier ès sciences, préparateur-adjoint de chimie générale à la Faculté des sciences de Lyon, est chargé des fonctions d'aide-préparateur au laboratoire de chimie physiologique à l'École pratique des Hautes-Études (section des sciences physico-chimiques).

— *Faculté des sciences de Montpellier.* — M. Lagarde, agrégé des sciences physiques, chargé de conférences de physique à la Faculté des sciences de Montpellier, est chargé, pendant l'année scolaire 1882-1883, des fonctions de maître de conférences de physique et de minéralogie.

— *École des sciences d'Alger.* — M. Debray, licencié ès sciences naturelles, est nommé maître de conférences de botanique, en remplacement de M. Roux, décédé.

— *Hôpitaux de Paris.* — Le concours des prix de l'internat a commencé vendredi dernier. La composition écrite avait pour sujets: Première division : uretère ; sécrétion urinaire ; phlegmon périnéphritique. — Deuxième division : muqueuse de l'estomac ; anatomie et physiologie ; ulcère simple de l'estomac.

— *Hospices civils de Rouen.* — Un concours pour l'internat en médecine s'ouvrira, à l'hospice général, le jeudi 4 janvier 1883, à trois heures précises. — Pour les conditions du concours, s'adresser au secrétariat de l'administration des hospices, à Rouen.

— Par arrêté préfectoral, le personnel du service des bains médicamenteux externes à l'asile public des aliénés de Sainte-Anne est composé : 1° d'un médecin ; 2° d'un chef-baigneur et d'un aide-baigneur pour hommes ; 3° d'une maîtresse-baigneuse et d'une aide-baigneuse pour femmes. M. le docteur Briand (M.-P.) est attaché, à titre provisoire, en qualité de médecin, audit service des bains médicamenteux externes.

— Le jury des concours pour une bourse de voyage à accorder aux internes des asiles publics d'aliénés du département de la

Seine se compose de MM. Bourneville, Guéniot, Lailler, Bigot, Dagonet, de Lamaestre et A. Voisin.

— M. le docteur Ball, professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Paris, a adressé au Conseil général de la Seine, dans sa dernière séance, une demande à l'effet d'obtenir la création d'un deuxième poste d'interne en médecine pour la clinique de l'asile public des aliénés de Sainte-Anne.

— Un examen d'aptitude à l'École de médecine et de pharmacie militaires sera ouvert le 20 décembre prochain, pour les emplois de médecin et de pharmacien stagiaires.

Les conditions d'admission sont celles contenues dans le programme du 7 avril 1882. (Voir la *Gazette des Hôpitaux* du 27 avril.)

— Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. Aledon Massina, médecin à Olms (Pyrénées-Orientales). Ce modeste praticien, qui a exercé pendant quarante ans la médecine dans cette petite commune, laisse les plus vifs regrets.

— M. Dhers, vétérinaire au 4e régiment de chasseurs d'Afrique, et M. Vaysse, sergent à la 2e section d'infirmiers militaires, viennent de recevoir une médaille d'honneur (médaille d'argent, deuxième classe) pour avoir, pendant les inondations survenues le 15 décembre 1881, dans les arrondissements d'Oran et de Mascara, sauvé, au péril de leur vie, plusieurs personnes en danger d'être noyées.

— Samedi 4 novembre, a eu lieu, rue Richer, 23, la séance d'ouverture de la troisième année scolaire de l'École dentaire libre de Paris, sous la présidence d'honneur de M. le professeur Trélat. Dans un discours chaudement applaudi, M. Trélat a félicité les fondateurs de l'École du succès de leur œuvre. M. Lecaudey, directeur, a ensuite rendu compte de la partie administrative. Enfin M. le docteur Aubeau, professeur de thérapeutique de l'École, a fait sur l'enseignement professionnel spécial une conférence qui a été vivement applaudie.

La séance s'est terminée par la distribution des récompenses.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le professeur Léon Le Fort commencera son cours d'opérations et appareils le jeudi 9 novembre, à quatre heures, et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

M. le professeur Trélat commencera le cours de clinique chirurgicale le jeudi 9 novembre 1882, à dix heures du matin, à l'hôpital Necker, et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure. — Les mardis et jeudis : leçon à l'amphithéâtre et opérations. — Le samedi : maladies des femmes et laboratoire. — Les autres jours, visite des malades à neuf heures du matin.

M. le professeur Jaccoud commencera son cours de pathologie médicale le jeudi 9 novembre, à trois heures, et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

M. Charpentier, agrégé, commencera le cours auxiliaire d'accouchements le jeudi 9 novembre, à midi, dans la salle Laennec de la Faculté, et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

M. Terrillon, professeur agrégé, commencera le cours auxiliaire de pathologie externe le vendredi 10 novembre, à quatre heures, dans le petit amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

M. le professeur Laboulbène commencera son cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie le samedi 11 novembre, à quatre heures, dans le petit amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les travaux pratiques de physique, de chimie et d'histoire naturelle auront lieu pendant le premier semestre 1882-1883, aux jours et heures ci-après désignés, dans les laboratoires installés à cet effet, à l'ancien collège Rollin, 2, rue Vauquelin :

1° *Physique.* — Le mardi, le jeudi et le samedi de quatre à six heures du soir. Les inscriptions seront reçues au laboratoire de M. Gay, chef des travaux (ancien collège Rollin), à partir du 8 novembre courant, de deux à quatre heures du soir.

2° *Chimie.* — Le mardi, le mercredi et le jeudi de huit heures à dix heures et demie du matin. Les inscriptions seront reçues au laboratoire de M. Gautier, chef des travaux (ancien collège Rollin), les mardi 14 novembre et mercredi 15 novembre, de neuf heures à onze heures du matin.

3° *Histoire naturelle.* — Le lundi et le jeudi (première série), le mardi et le samedi (deuxième série), de neuf heures à onze heures du matin. Les inscriptions sont reçues au laboratoire de M. Faguet, chef des travaux (ancien collège Rollin), aux jours indiqués ci-dessus pour la chimie, de neuf heures un quart à onze heures un quart du matin. MM. les élèves devront, au préalable, s'être fait inscrire pour la chimie.

En recevant l'inscription des élèves, MM. les chefs des travaux pratiques remettront à chacun d'eux une carte d'entrée sur présentation de la quittance à souche constatant le payement des droits. Dans l'intérêt de leurs études, MM. les élèves sont invités à demander leur inscription le plus tôt possible. Ils seront prévenus de leur mise en séries par les chefs des travaux pratiques.

— M. le docteur Gallard, médecin de l'Hôtel-Dieu, commencera ses leçons cliniques sur les maladies des femmes le samedi 11 novembre 1882, à neuf heures du matin, et les continuera les mardis et les samedis suivants à la même heure, dans l'amphithéâtre Desault. — Tous les jeudis, consultations avec examen au spéculum.

Les Hystériques, *état physique et état mental, actes insolites, délictueux et criminels,* par le docteur Legrand du Saulle, médecin de la Salpêtrière. 1 vol. in-8° de xx-625 pages. — Prix : 8 francs. Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 13606.

N° 130. — SAMEDI 11 NOVEMBRE 1882. 55e ANNÉE. SAMEDI 11 NOVEMBRE 1882. — N° 130.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Relations entre la stéatose du foie et la gravité des traumatismes.

Dans notre article de la Revue du 28 octobre sur la stéatose hépatique dans ses rapports avec le traumatisme, nous avons rapporté sommairement plusieurs observations de stéatose du foie manifestement développée sous l'influence de divers traumatismes graves ayant entraîné une septicémie aiguë ou des pertes sanguines abondantes et réitérées.

Nous avons rappelé en quelques mots les caractères anatomiques principaux de cette dégénérescence. Il nous reste à dire un mot aujourd'hui de la symptomatologie par laquelle cette lésion se révèle, des troubles fonctionnels qu'elle entraîne, et de l'influence qu'elle exerce à son tour sur les traumatismes après avoir montré celle qu'elle en reçoit.

De l'étude à laquelle M. Gauchas s'est livré dans ce travail au point de vue de la physiologie pathologique de la stéatose du foie, il ressort que ce qui domine dans les troubles fonctionnels qu'entraîne cette lésion, ce sont les troubles de la fonction hématopoiétique du foie, laquelle crée à son tour des troubles considérables dans tout l'organisme, tels que l'accumulation des principes nocifs dans le sang qui s'en trouve altéré; le retentissement de cette altération du sang sur la nutrition des organes, l'augmentation des lésions préexistantes, la création de lésions nouvelles; cercle vicieux qui conduit fatalement l'organisme à la cachexie.

Parmi les symptômes et les signes généralement connus de la stéatose du foie, il en est deux sur lesquels M. Gauchas insiste d'une façon toute spéciale, après son maître M. Verneuil, parce qu'ils paraissent avoir peu attiré jusqu'à présent l'attention. Ce sont la diarrhée et l'anasarque.

La diarrhée, non pas intermittente ou passagère, mais persistante, chronique et incoercible, est non pas un signe constant, mais, lorsqu'elle existe, un signe d'une grande valeur. Cette diarrhée est, en effet, intimement liée à la stéatose hépatique, et on peut la rapporter à l'insuffisance du travail de désassimilation et d'épuration que la physiologie attribue au foie, analogue sous ce rapport à la diarrhée qui survient dans l'urémie à forme lente.

Dans deux observations rapportées par M. Gauchas, on voit avec les autres symptômes d'une stéatose hépatique développée sous l'influence de l'alcoolisme dans un cas, et d'un traumatisme dans un autre, une diarrhée rebelle, résistant à tous les moyens usuels de traitement, sans qu'à l'autopsie on trouve la moindre lésion intestinale, tandis que le foie présentait au plus haut degré l'infiltration graisseuse et les autres caractères de la stéatose.

L'hydropisie est aussi, aux yeux de M. Verneuil, un signe révélateur de la dégénérescence adipeuse du foie d'une grande importance. Dans tous les cas, a écrit M. Verneuil, où il a fait l'autopsie de malades atteints d'anasarque sans affection rénale ou cardiaque, il a toujours trouvé le foie altéré et le plus souvent stéatosé. Cette variété d'anasarque cachectique a été décrite d'ailleurs, d'une manière spéciale, en 1869, par M. le docteur Perroud (de Lyon), comme liée à l'altération graisseuse du foie. Cette anasarque, suivant M. Gauchas qui se rattache en cela à l'opinion énoncée par M. Verneuil, aurait son origine dans l'état dyscrasique du sang qui est lui-même le résultat de l'altération viscérale dans les cas où celle-ci est considérable.

Les autres signes de la stéatose énumérés dans ce travail sont : l'état particulier de la peau décrit par Addison, état exsangue, cireux, donnant une impression lisse et douce au toucher; la diminution de l'urée et l'excès d'urates s'accompagnant souvent d'une augmentation notable de pigment dans les urines.

Nous arrivons à la partie du travail de M. Gauchas, qui concerne l'influence de la stéatose hépatique sur les traumatismes.

Du fait que la dégénérescence graisseuse entraîne une atteinte profonde à la fonction hématopoiétique du foie, il eût été aisé de prévoir *à priori* qu'elle ne pourrait avoir qu'un retentissement fâcheux sur tout traumatisme. C'est ce que l'observation clinique dirigée vers ce point de vue ne pouvait manquer de vérifier. Déjà M. Verneuil, précédé toutefois dans cette voie par plusieurs observateurs anglais, Chevers, Paget, entre autres, dans une communication au Congrès de Bruxelles en 1875, avait mis en lumière cette influence des maladies du foie sur la marche des traumatismes. Ce point a été repris depuis dans les thèses de M. Pouget et de M. Longuet dont nous avons rendu compte dans le temps, et dans une remarquable Revue critique de

M. Bouilly sur la question. A celles des observations de M. Longuet qui ont spécialement trait au sujet traité, l'influence de la stéatose sur les lésions chirurgicales, M. Gauchas ajoute deux observations qu'il tient de M. Verneuil.

Dans la première, il s'agit d'une femme entrée à la Pitié pour une collection fluctuante de la fosse iliaque accompagnée de très-vives douleurs. Une ponction du foyer suivie de drainage et d'injections antiseptiques, qui semblaient devoir mettre un terme à l'état de souffrance de cette malade, furent suivis d'accidents divers graves, d'un œdème du membre inférieur, indiquant une thrombose nerveuse, puis une hémorragie abondante venant du foyer et qui entraîna rapidement la mort. Il existait, à n'en pas douter, quelque lésion viscérale profonde qui avait échappé à l'examen. L'autopsie fit constater, en effet, une stéatose complète du foie.

Dans la deuxième observation dont le sujet est également une femme, une incision d'un abcès de la cuisse survenu à la suite de couches et accompagné d'œdème des deux jambes avec fièvre et diarrhée, après un soulagement passager, donna lieu à de graves accidents et à une péritonite mortelle. L'autopsie montra le foie très volumineux, faible, en voie de dégénérescence graisseuse complète.

Ces faits et quelques autres analogues, que nous avons déjà cités, montrent les dangers de l'intervention chirurgicale dans ces cas de stéatose du foie qui ont déjà produit, avec une nutrition insuffisante, un affaiblissement général de tout l'organisme et constituent chez les sujets qui en sont atteints une imminence morbide que le moindre choc fait éclater.

Nous pourrions citer encore, si nous ne craignions de trop allonger cet article, des exemples de l'influence de la stéatose hépatique sur les complications des blessures, en particulier sur la production des hémorragies. Tel, par exemple, le fait que M. Gauchas a recueilli également dans le service de son maître, d'un homme entré à l'hôpital pour une fracture de jambe compliquée. Une première hémorragie abondante a lieu à la suite du sphacèle des bords de la plaie. La découverte d'une collection purulente avec des fusées dans les parties profondes de la jambe, ayant rendu l'amputation nécessaire, cette opération est pratiquée; une nouvelle hémorragie secondaire survient, qui jette l'opéré dans une profonde prostration, bientôt suivie de la mort. L'autopsie fait reconnaître, avec une sclérose interlobulaire du foie encore peu avancée, une dégénérescence graisseuse des cellules hépatiques.

Des considérations thérapeutiques se déduisent des faits que nous venons de résumer. Ils montrent, en effet, suivant les cas, ici des indications, là des contre-indications opératoires.

Bien que la stéatose du foie, même avancée, ne soit pas une contre-indication absolue à l'intervention chirurgicale et qu'elle commande même dans certains cas toujours une prompte décision, le chirurgien doit du moins, dans ces circonstances, en agissant en quelque sorte d'urgence, être très réservé pour le pronostic qui est alors sérieux. Mais il est de précepte général qu'on ne doit toucher qu'avec une extrême prudence, et dans le cas seulement d'une nécessité absolue, aux hépatiques, comme d'ailleurs aux albuminuriques, aux cardiaques, aux glucosuriques.

Le chirurgien doit donc toujours, avant d'opérer, s'enquérir avec soin de l'état des viscères et de l'état du foie en particulier. C'est là un précepte rigoureux qui ressort de tout ce qui précède.

La fièvre typhoïde.

On a vu par notre compte rendu de la séance de l'Académie de mardi dernier quels ont été les caractères principaux de la fièvre typhoïde et les résultats thérapeutiques obtenus dans le service de M. Hérard, à l'Hôtel-Dieu, et dans celui de M. Dujardin-Beaumetz, à Saint-Antoine.

Voici en raccourci le bilan de l'épidémie à l'hôpital de la Charité, tel que l'a exposé M. Landouzy dans la dernière conférence de son exercice durant les vacances qui viennent de se terminer.

Le chiffre des malades typhoïdiques entrés à la Charité depuis le début de l'épidémie est de 300. Sur ces 300, M. Landouzy en a soigné 150 appartenant aux divers services de MM. Hardy, Peter et Bernutz dont il a été chargé pendant la période des vacances.

L'épidémie actuelle ne ressemble pas par ses manifestations symptomatiques habituelles à ce qui a été décrit par les auteurs classiques et à ce que l'on observe ordinairement. En général, les malades ont peu présenté l'état typhique proprement dit. On n'a presque jamais observé cette grande prostration, cette stupeur si caractéristiques de la plupart des épidémies typhoïdes précédentes. A peine a-t-on eu à constater quelques symptômes cérébro-spinaux. Les phénomènes ataxiques qui ont été observés sur l'un des malades de la salle Saint-Charles, n'avaient pas les caractères de la véritable ataxie typhoïde, mais bien ceux de l'ataxie alcoolique.

Ce qui a dominé chez presque tous les malades, c'est l'hyperthermie, ce sont les phénomènes inflammatoires diversement localisés, tantôt sur la membrane muqueuse de l'arrière-bouche, tantôt sur l'estomac ou sur l'intestin, ces dernières localisations rappelant de loin l'ancienne gastro-entérite de Broussais, tantôt, mais plus rarement, dans les bronches, enfin dans quelques cas sur le péritoine.

D'où diverses formes auxquelles on a pu donner les noms de forme angineuse, forme gastro-entérique, forme péritonitique, etc.

La forme angineuse n'a pas toujours présenté ce caractère simplement érythémateux, assez fréquent d'ailleurs, mais le plus souvent négligé ou même inaperçu à cause même de son peu d'importance relative et du peu de douleur et de réaction qu'elle provoque; elle a revêtu plusieurs fois les caractères de la diphtérie. C'était le cas d'une femme envoyée à l'hôpital comme atteinte d'angine diphtéritique; elle en présentait, en effet, toutes les apparences, et le traitement avait été institué en conséquence, lorsque, à partir du lendemain, on vit se dérouler successivement toute la série des symptômes de la fièvre typhoïde.

Chez un jeune homme du service de M. Peter, il y avait une localisation phlegmasique si intense et avec une douleur si vive dans toute l'étendue de l'isthme du gosier, qu'on crut aussi tout d'abord avoir affaire simplement à une angine; mais bientôt l'évolution d'une fièvre typhoïde parfaitement caractérisée vint démentir ce premier diagnostic.

Enfin, dans un autre cas, il y avait une détermination fluxionnaire d'une telle intensité dans les poumons, qu'on se crut en présence d'une pneumonie; il fallut se rendre plus tard à l'évidence en voyant se dérouler dans toute son évolution complète une fièvre typhoïde qui se termina heureusement le neuvième jour.

La deuxième forme, la forme péritonitique ou péritonéale, s'est révélée, tantôt par les péritonites vraies, avec ou sans

perforation intestinale, comme nous en avons rapporté il y a quinze jours des exemples, tantôt par du simple péritonisme avec les symptômes d'inflammation stomacale. Quelques malades ont rappelé du pronostic grave que ces phénomènes avaient fait porter.

Cinq malades sont morts de péritonite vraie, deux ont succombé à des péritonites produites par des perforations intestinales; chez les trois autres, il n'y avait point de perforation, la péritonite était le résultat d'une propagation par contiguïté de l'inflammation de la muqueuse intestinale, inflammation qui, au lieu d'être étendue à une grande surface de l'intestin, était au contraire très circonscrite, limitée à un petit nombre de follicules clos, quelquefois à un seul. Ce que l'inflammation avait perdu en diffusion, elle semblait, dans ces cas, l'avoir gagné en profondeur.

A ces circonstances de localisations, d'inflammations sur place, qui semblent constituer le caractère dominant de cette épidémie, il faut ajouter, comme un de ses caractères constants, une hyperthermie toujours considérable. Chez presque tous les malades la température s'est élevée et maintenue au-dessus de 40°, en dépit de l'usage des moyens antithermiques tels que le sulfate de quinine à haute dose, dont l'utilité ne s'est pas bornée à être un agent thérapeutique de premier ordre, mais qui a été souvent aussi, dans cette épidémie, un moyen de pronostic. Dans plusieurs circonstances, le fait seul que le sulfate de quinine n'abaissait pas la température, a fait porter un pronostic funeste que l'évènement a justifié.

Pour le traitement en général, à part les antithermiques dont le sulfate de quinine était le type, M. Landouzy le fait consister principalement dans l'ensemble des moyens de favoriser toutes les émonctions et de chasser au dehors tous les déchets de l'économie : grands lavages, boissons abondantes, diurétiques, lavements répétés, alimentation légère, lait et bouillon.

Nous ne nous arrêterons pas sur les quelques considérations générales d'étiologie et de pathogénie sur lesquelles la pratique hospitalière ne peut fournir que très peu de renseignements utiles. Nous nous bornerons à constater que sur les 300 cas de fièvre typhoïde traités à l'hôpital de la Charité depuis le début de l'épidémie jusqu'au 31 octobre, 3 cas seulement se sont développés à l'hôpital même, ce qui réduit beaucoup, comme on le voit, la part à faire à la contagion.

Enfin on jugera de la faible proportion de la léthalité dans cette épidémie, à l'hôpital de la Charité, quand nous dirons que dans la première période, celle de juin et juillet, pendant laquelle M. Hardy faisait le service, il y a eu 3 décès sur 40 malades, et pendant la deuxième période, comprenant la durée des vacances, pendant laquelle le service a été confié à M. Landouzy, la proportion a été de 1 sur 10,5.

PERTE DES DENTS DE LA MACHOIRE SUPÉRIEURE

PROTHÈSE DENTAIRE COMPLÉMENT DU TRAITEMENT MÉDICAL

Par M. Ch. Delalain, lauréat de la Faculté de médecine de Paris.

Permettez-nous de placer sous vos yeux quelques explications au sujet de l'ajustement d'un dentier supérieur, dont le plus grand mérite consiste dans la simplicité même de son exécution.

Nous appliquâmes ce dentier, il y a deux ans, à une personne qui était atteinte de gastrite, de constipation, et de tous les accidents provenant d'aliments qui, mal broyés par suite du manque de dents, ne pouvaient être digérés que très péniblement.

Cette personne nous fut adressée par son médecin; elle se trouvait d'autant plus gênée que, parlant en public, l'articulation des lettres dentales était chez elle difficile et très imparfaite, par suite des vides formés par la perte des petites incisives sur lesquelles la langue aurait dû s'appuyer au moment de la prononciation des lettres C, D, L, N, S, T.

Différentes causes antérieures, chez cette personne, parmi lesquelles il faut avant tout signaler l'absence de soins au moment de la période qui sépare la première dentition de la deuxième, avaient occasionné plusieurs chutes; et des caries ultérieures ainsi que des fluxions réduisirent à si peu le nombre de ses dents que la mâchoire supérieure n'en portait plus que quatre, les deux incisives médianes et deux canines; mieux partagée, la mâchoire inférieure, à l'exception de la dernière grosse molaire, les comptait toutes.

En ajoutant quelques racines de la mâchoire supérieure en train de se désagréger par suite de carie, on aura l'état anatomique de la bouche.

Au point de vue fonctionnel, rappelons les graves désordres produits par le triste détail que nous venons de signaler, et que notre appareil si peu compliqué a su si bien modifier.

L'absence des dents à la mâchoire supérieure avait, à la longue, produit un rapprochement exagéré du menton, et comme conséquence, le chevauchement des quatre seules dents restantes de la mâchoire supérieure sur celles de l'inférieure.

Les deux incisives et les deux canines venant frapper en glissant sur la face antérieure des incisives inférieures usaient leur émail et les inclinaient en dedans. A leur tour, les dents de la mâchoire inférieure avaient produit les mêmes désordres, mais en sens inverse, sur celles de la mâchoire supérieure usant par frottement l'émail de leur face postérieure et les projetant en avant, blessant par leurs couronnes très tranchantes les rugosités transversales du palais, et surtout le petit tubercule qui aboutit entre les deux grandes incisives médianes.

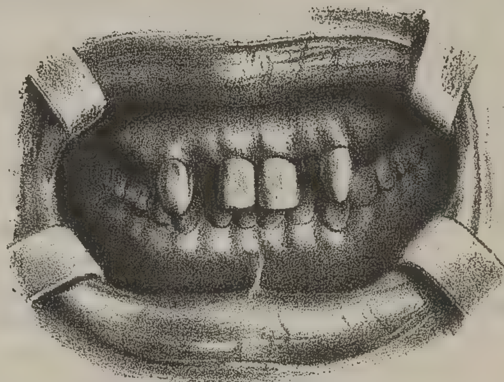


Fig. 1. — Sans l'appareil dentaire les dents de la mâchoire inférieure déchirent le palais, ce qui rend la mastication impossible.

Avec un appareil dentaire aussi amoindri et aussi défectueux que celui qui vient d'être décrit, la mastication, comme on doit le comprendre, se faisait mal et la prononciation ne valait guère mieux que la mastication.

Ajoutons à tous ces inconvénients une sensibilité exagérée provoquant des mouvements de régurgitation occasionnés par l'application de tout appareil dentaire quelque peu volumineux.

Pour remédier à cet état et habituer progressivement à l'appareil complet notre client, nous fabriquâmes d'abord un minuscule dentier supportant seulement deux petites incisives et une petite molaire, et nous le fixâmes à l'aide de fils de soie aux dents naturelles voisines; il parvint à garder cette pièce plusieurs jours; les premières heures, disait-il, elle lui fit l'effet d'un caillou qui aurait rempli la bouche. Cette application étant supportée, nous lui fîmes un dentier plus étendu comme plaque palatine, que nous

remplaçâmes un peu plus tard par un troisième, dégarni, comme le second, des dents molaires artificielles; à l'aide de ce judicieux artifice, nous l'accoutumâmes à conserver un appareil dentaire sans provoquer, comme précédemment, des mouvements de régurgitation.

Si la prononciation était intelligible, en raison des dents antérieures que nous avions placées, il restait encore à compléter notre opération en ajoutant des molaires postiches supérieures appelées à compléter le système masticatoire.

Car ces appareils temporaires, que nous avions appliqués, présentaient des inconvénients résultant d'une adhésion sur les rebords alvéolaires qui était imparfaite et provenant d'arêtes vives de racines que nous réséquâmes enfin avec l'approbation de notre client, toujours désireux d'un dentier plus complet, mais à la condition qu'on ne se servît pas d'instruments.

Cependant il comprenait bien que l'inconvénient dont nous parlons provenait de lui, puisqu'il consistait en une adaptation imparfaite de la plaque du dentier provoquée par les racines que, sur ses instances, nous avions respectées; si embarrassantes qu'elles soient présentement, nous disions-nous aussi, pour la réussite de notre prothèse; d'un autre côté, quand nous les aurons trop prématurément coupées et limées, si notre client ne supportait pas le dentier complet, nous lui enlevons une ressource profitable, puisque quelques-unes de ces racines supérieures encore en rapport avec les dents de la mâchoire inférieure offrent de faibles moyens masticatoires; nous devons les lui conserver jusqu'à la certitude complète de l'habitude acquise du râtelier supérieur.

Ce que nous fîmes quelque temps encore, malgré les mouvements de bascule qui intervenaient pendant les repas quand la résistance était plus grande d'un côté que de l'autre : il se produisait ainsi, entre le palais et la plaque du dentier, un intervalle par lequel pénétrait une partie des aliments. Bientôt, si la pression se faisait (surtout à gauche, où les projections étaient plus élevées), le dentier agissant à la façon d'un levier de premier genre se déplaçait.

Il n'y avait alors d'autres moyens à prendre que de le retirer, d'enlever les aliments qui adhéraient et de le replacer, opération qui lui était essentiellement désagréable (mais nous l'avions prévenu), surtout lorsqu'il mangeait en société.

Plusieurs jours s'étaient encore écoulés, et un examen sérieux et approfondi nous permit alors de nous rendre compte du nouvel état de la bouche qui était alors satisfaisant, les obturations et pansements que nous avions faits à différentes dents ayant eu plein succès; l'articulation était libre, nous n'eûmes donc qu'à nous rendre compte des conditions auxquelles devait répondre un appareil dentaire rétablissant l'usage de la mastication et de la prononciation.

La première opération, désagréable mais non douloureuse, fut de réséquer le plus profondément possible chez le sujet, jeune encore (trente-neuf ans), tous les fragments de racines qui dépassaient les bords de la gencive supérieure et qui étaient causes des mouvements de bascule des pièces dentaires dont il avait fait précédemment usage à titre d'essai et de préparation au dentier plus complet.



Fig. 2. — L'appareil dentaire allant se fixer sur la voûte palatine.

Au moyen de la cire, nous prenions à nouveau avec le plus grand soin l'empreinte des deux mâchoires.

Nous étions alors en possession de tous les éléments nécessaires à la confection du dentier supérieur, et, quelques jours après, nous lui remettions le résultat de notre travail : l'adaptation alors était parfaite et sans aucun mouvement de bascule. Cet appareil dentaire, très simple, se compose de dix dents artificielles, savoir : deux petites incisives et quatre molaires à droite, autant à gauche. Ces dents postiches sont solidement fixées par des soudures à une plaque en platine recouverte de caoutchouc rose vulcanisé sur les deux faces, excepté toutefois à la partie antérieure, où règne une bande de caoutchouc noir qui, étant plus pur, est plus résistant.

Le grand mérite de cet appareil, qui est actuellement gardé sans aucune gêne, réside dans la bonne situation des huit molaires postiches, qui, lors de la fermeture de la bouche pendant les mouvements de mastication, se rencontrent très exactement avec les molaires existant encore à la mâchoire inférieure.

De la sorte le rapprochement exagéré des maxillaires est suffisamment empêché, et les incisives ne viennent plus s'user en frottant les unes contre les autres en déchirant le palais.

Et si parfois, par suite de la mobilité de la mâchoire inférieure, le mouvement étant trop prononcé, les dents incisives, au lieu de rencontrer les supérieures, viennent frapper contre l'appareil dentaire, elles trouvent alors, juste à l'endroit le plus résistant (celui où est placé le caoutchouc noir), une opposition salutaire qui éloigne la face extérieure des dents du bas de la face postérieure des dents du haut, évitant de la sorte un frottement provoquant l'usure des premières, ce qui est nuisible à leur conservation.

Dans le principe, nous avions placé, dans le but d'imposer une plus complète et surtout permanente adaptation, deux anneaux en or contournant les deux canines; mais, huit jours après, nous les enlevions en raison de l'habitude contractée, et c'est avec une nouvelle satisfaction que notre client s'aperçut que leur absence, loin de nuire, assurait une adaptation plus parfaite. Il ne faut pas oublier que des crochets métalliques soutenant des appareils trop volumineux usent l'émail au collet des dents naturelles, ouvrant ainsi une porte à la carie dentaire (1), ce qu'il faut éviter.

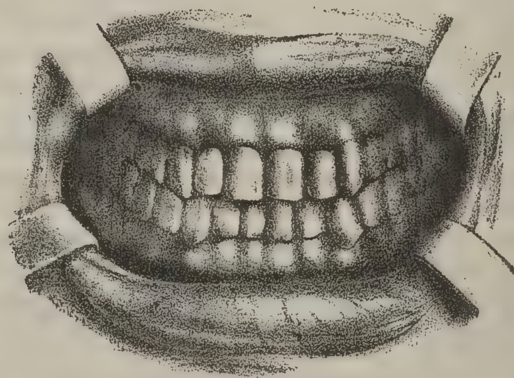


Fig. 3. — En raison du rapport des dents artificielles avec les naturelles la mastication des aliments est possible.

N'est-il donc pas juste de reconnaître que, si aujourd'hui la personne qui nous a accordé sa confiance s'aperçoit peu de la perte prématurée de ses dents au point de pouvoir mâcher très convenablement toutes sortes d'aliments et prononcer sans aucune gêne, soit dans les relations ordinaires de la vie, soit dans des cours publics, n'est-il pas juste, disons-nous, de reconnaître qu'elle doit tous ses avantages à une prothèse dentaire dont les bienfaits lui étaient suspects, et qui, dans cette circonstance, a joué un rôle vraiment conservateur au point de vue du rétablis-

(1) Follin et Simon Duplay, *Traité élémentaire de pathologie externe*, t. IV, fascicule IV. — Masson, éditeur.

sement des fonctions de la bouche, *mastication* et *prononciation*, qui étaient supprimées par suite de la perte des dents naturelles, et que par crainte exagérée de souffrance elle hésitait tant à se faire remplacer.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 novembre 1882. — Présidence de M. L. Labbé.

COMMUNICATIONS

Perforation des artères. — **M. MONOD** fait un rapport sur une communication de M. Bouilly, relative à un cas d'abcès du tiers inférieur de la cuisse. M. Bouilly fit une profonde incision, arriva dans un foyer siégeant dans le creux poplité ; au fond de ce foyer les vaisseaux étaient à nu ; lavages phéniqués, drain. Quinze jours après, hémorragie assez abondante, pincement dans la plaie, ligature de la fémorale à la partie moyenne de la cuisse. Pendant cette opération, on reconnaît la présence d'un abcès à la partie externe de la cuisse qui expliquait la persistance de la fièvre. Quelques jours après, mort subite par une nouvelle hémorragie. On ne peut pas incriminer le drain, l'hémorragie ayant eu lieu à une époque trop rapprochée du jour où il fut placé. M. Bouilly tend à croire que, dans ce cas, l'hémorragie fut en rapport avec le mauvais état général du malade. Ce n'est pas l'avis de M. Monod, qui pense que des artères, au voisinage des foyers purulents, peuvent s'ouvrir, par suite des altérations mêmes de leurs tuniques, la tunique moyenne s'atrophiant considérablement. L'état général du malade ne jouerait donc ici qu'un rôle secondaire, l'artérite ou l'inflammation par propagation jouant ici le premier rôle au point de vue des causes de la perforation artérielle.

M. TRÉLAT croit qu'à côté des hémorragies artérielles, dans les foyers de suppuration, par altérations des tuniques de ces artères, il faut placer les hémorragies par septicémies, telles qu'on en a observé pendant la guerre, hémorragies souvent très fréquentes, continuelles, incoercibles ; M. Trélat cite plusieurs exemples où des ligatures multipliées, l'amputation même du membre ne sont pas parvenues à mettre fin à ces hémorragies toujours mortelles. Il y a là deux sortes d'hémorragies dont les causes sont toutes différentes.

M. VERNEUIL fait observer que dans les cas dont il s'agit dans cette discussion il n'est question que des hémorragies provenant d'artères saines, dans le voisinage d'une cavité purulente ; une communication s'établit, il se fait une hémorragie. Or, parmi ces hémorragies ainsi produites, il en est qui se produisent sous l'influence de la septicémie. Les parois artérielles cèdent par amincissement, par inflammation ou par ulcération. Il se passe là quelque chose de comparable à la dénudation traumatique des artères ; si le malade est aseptique, sans fièvre, il ne se fait jamais de perforation artérielle. Si, au contraire, sous l'influence de la septicémie, la couche externe protectrice des vaisseaux disparaît, la couche moyenne est destinée à se nécroser et l'artère se perfore. Il y a donc deux sortes d'hémorragies septicémiques, les unes consécutives à des blessures artérielles : ce sont celles dont a parlé M. Trélat ; les autres consécutives à un état général grave septicémique.

M. DESPRÈS, dans la statistique présentée par M. Monod, relève quinze cas d'hémorragie dans des caries purulentes du rocher. Il s'agit pour M. Després, dans ces cas, d'ulcérations des vaisseaux par corps étrangers. Tout le monde sait que les abcès ou les ulcérations tuberculeux ouvrent très facilement les vaisseaux et donnent lieu à de fréquentes hémorragies. Mais les perforations artérielles dans des abcès chauds sont extrêmement rares.

M. LANNELONGUE fait observer que les hémorragies dans des abcès tuberculeux sont très fréquentes, pour ne pas dire qu'elles sont la règle. Dans tout abcès tuberculeux, on trouve un grand nombre de globules sanguins. Ces hémorragies dans les abcès tuberculeux peuvent se produire par deux mécanismes, soit par l'ouverture de gros capillaires dans la cavité même de l'abcès, provenant de sa paroi interne, soit par suite des lésions de la périartérite, lésions siégeant sur la périphérie de l'artère.

M. MONOD se félicite de voir les observations de M. Lannelongue confirmer l'opinion qu'il a émise sur les causes de certaines de ces hémorragies. Mais, quoi qu'il en soit, on est forcé d'admettre que, dans certains cas, les artères peuvent être perforées au contact des foyers purulents, sans cause mécanique étrangère.

M. DESPRÈS est d'accord avec M. Lannelongue sur la fréquence des hémorragies dans les abcès tuberculeux, mais, par contre, les hémorragies dans les abcès par congestion sont extrêmement rares. Encore, dans ces cas très rares, faut-il peut-être incriminer certaines interventions, telles que des injections de chlorure de zinc, de teinture d'iode, etc.

Ostéotomie. — **M. VERNEUIL** présente un malade qui avait été victime d'un grave accident de voiture, ayant déterminé de grands désordres dont il avait guéri en conservant une difformité extrêmement considérable due à une fracture du fémur sous-trochantérienne qui avait placé le membre inférieur en abduction, en flexion permanente avec équinisme du pied. Ayant diagnostiqué un cal vicieux, M. Verneuil pratique l'ostéotomie au-dessous du grand trochanter, avec la plus grande facilité grâce au ciseau de Macceven. La plaie fut fermée après trois semaines. Une immobilisation de quelques jours fut suffisante. Ce malade est aujourd'hui complètement guéri et marche avec facilité.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE a fait il y a trois mois l'ostéotomie pour un genu valgum. Il a obtenu un excellent résultat, mais la durée de l'opération a été fort longue.

Amputations; pansements. — **M. DESPRÈS** présente un malade qu'il a amputé de la cuisse il y a vingt-huit jours, sans se préoccuper de conserver le périoste, en se contentant des pansements simples d'autrefois. Il s'agissait d'une amputation circulaire pour un cas de tumeur blanche. Le malade sortait le dix-huitième jour. La température s'est élevée à 38° le soir de l'opération. Elle est restée au-dessous tout le reste du temps. Les partisans du pansement de Lister obtiennent-ils de meilleurs résultats ?

M. TRÉLAT reconnaît que les suites de cette amputation ont présenté une marche favorable. Ce fait prouve que s'il y a des méthodes qui assurent l'aseptie mieux que d'autres, il n'y a pas de méthode exclusive et qu'elles se valent toutes plus ou moins, dans des conditions hygiéniques favorables. Ce malade a-t-il guéri plus rapidement que ceux traités par des méthodes plus perfectionnées ? Sans doute la marche ou la guérison a été rapide, mais pas extrêmement rapide. On cite des cas, avec les méthodes nouvelles, où les malades ont été guéris le treizième, le onzième, le neuvième et le septième jour. Mais la rapidité n'est pas seule ici en cause. Il y a aussi la question du moignon. Or le moignon du malade de M. Després ne se trouve pas dans des conditions favorables. Ce malade prouve tout simplement qu'on peut, sans de trop grands inconvénients, panser les amputés avec les anciens pansements.

M. MARC SÉE. Ce malade prouve ce qu'on savait, c'est qu'on guérissait quelques amputés de cuisse avant l'emploi des méthodes antiseptiques. Mais le résultat obtenu ici n'est pas si brillant aux yeux de M. Sée ; il y a un point qui suppure ; il pourra se former, plus tard, un trajet fistuleux. La cicatrice n'est pas dans de bonnes conditions comme toutes celles qui se font après suppuration. En effet, elle est déprimée, la peau est renversée en dedans, les muscles sont adhérents à l'os. Ces cicatrices adhérentes sont défavorables. Si M. Després avait cherché et obtenu la réunion par première intention, il aurait eu une cicatrice beaucoup plus nette et plus régulière.

M. NICAISE s'étonne de la satisfaction de M. Després en présence de ce résultat. C'est là, évidemment, un mauvais moignon,

et le résultat obtenu aurait été certainement bien meilleur, si M. Desprès avait recherché la réunion immédiate.

M. DESPRÈS fait observer que les moignons ne sont pas, le trentième jour, ce qu'ils seront à six mois. Avec le temps, les parties molles finissent toujours par adhérer aux os. On sait, en effet, que quand un os est coupé, la moelle bourgeonne, que ce bourgeon médullaire recouvre l'os dans l'espace de quatre à cinq jours, et ce bourgeon adhère aux parties molles.

M. Desprès fait observer que son malade n'a pas suppuré, car on ne peut considérer comme du pus la sérosité qui apparaît sur le trajet des fils à suture. Il rappelle avoir présenté, il y a peu de temps, une femme amputée en 1872 et dont le moignon était devenu superbe.

M. Desprès demande que ses collègues, partisans des pansements antiseptiques, montrent des malades guéris le vingtième jour.

Tumeur osseuse. — **M. THÉOPHILE ANGER** présente des pièces anatomiques provenant du malade dont il a donné l'observation dans l'une des dernières séances (voyez la *Gazette des Hôpitaux*, n° 122 du 21 octobre). Ce malade avait toujours refusé l'amputation, lorsqu'à la suite d'hémorragies continuelles, il fut pris d'accidents cardiaques graves et de syncope, après lesquels il se décida à se laisser amputer la cuisse. A la partie postérieure du fémur se trouve une poche formée par le périoste soulevé, contenant des parcelles osseuses et une masse de caillots sanguins. Sur le fémur fendu on voit une excavation profonde remplie de caillots noirâtres. En avant et en arrière il y a des parties où l'os a disparu. Plus haut le fémur est épaissi et éburné. Il semble qu'il s'agisse d'une de ces tumeurs décrites autrefois sous le nom d'anévrysmes des os; on n'a pas trouvé de tissu sarcomateux, mais on a constaté la présence de quelques myéloplaxes. Il est donc impossible de savoir encore s'il s'agit d'un sarcome, d'un myéloplaxome ou d'un anévrysme des os. La tumeur sera soumise à l'examen histologique. M. Anger a retiré, pendant l'opération, de la veine fémorale, un caillot de 8 centimètres; il a lié cette veine. Dans la nuit, le malade eut une syncope à laquelle il succomba. A l'autopsie, on a trouvé le cœur droit rempli par un caillot fibrineux se prolongeant jusque dans l'artère pulmonaire.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'état des malades atteints de fièvre typhoïde dans les hôpitaux de Paris nous fournit les renseignements suivants pour les journées du 2 au 8 novembre 1882 :

	2 nov.	3 nov.	4 nov.	5 nov.	6 nov.	7 nov.	8 nov.
Existants dans les hôpitaux le matin. . . .	1,967	1,953	1,920	1,893	1,870	1,830	1,803
Entrées.	69	65	40	23	57	47	44
Sorties après guérison.	74	85	56	41	86	66	82
Décès.	9	13	11	5	11	8	9

Quant aux inhumations de typhoïdiques décédés, elles se sont élevées, *en ville*, à 16 pour la journée du 2 novembre, 15 pour celle du 3, à 14 pour celle du 4, à 17 pour celle du 5, à 16 pour celle du 6, à 11 pour celle du 7, et à 13 pour la journée du 8 novembre 1882.

En résumé, il n'y a aucune décroissance sur le chiffre des entrées que nous avons donné dans notre bulletin de samedi dernier (1) ; la mortalité seule a un peu diminué.

— *Corps de santé militaire.* — La solde et les allocations à attribuer au médecin-inspecteur général sont fixés de la manière suivante :

Activité. — Solde budgétaire par an : 19,856 fr. 84 c. ; retenue à déduire : 992 fr. 84 c. ; solde nette, par an : 18,864 fr.; par mois : 1,572 fr.; par jour : 52 fr. 40 c.; solde nette d'absence par jour : 26 fr. 20.

Réserve. — Solde budgétaire par an : 9,000 fr. ; retenue à déduire : 180 fr.; solde nette, par an : 8,820 fr.; par mois : 735 fr.; par jour : 24 fr. 50 c. ; solde nette d'absence par jour : 12 fr. 25 c.

Disponibilité. — 1° Pendant les six premiers mois, solde budgétaire par an : 19,856 fr. 84 c. ; retenue à déduire : 992 fr. 84 c. ; solde nette, par an : 18,864 fr. ; par mois : 1,572 fr. ; par jour, 52 fr. 40 c. ; solde nette à l'hôpital par jour : 26 fr. 20 c.

2° Après les six premiers mois, solde budgétaire par an : 9,928 fr. 42 c. ; retenue à déduire : 496 fr. 42 c. ; solde nette, par an : 9,432 fr.; par mois : 786 fr.; par jour : 26 fr. 20 c.; solde nette à l'hôpital par jour : 13 fr. 10 c.

Non-activité. — S'il est sorti de l'activité par suite de licenciement, de suppression d'emploi, de rentrée de captivité à l'ennemi ou d'infirmités temporaires; solde budgétaire par an : 9,928 fr. 42 c.; retenue à déduire : 198 fr. 57 c.; solde nette, par an : 9,729 fr. 85 c.; par mois : 810 fr. 82 c.; par jour : 27 fr. 03 c.; solde nette à l'hôpital par jour : 13 fr. 51 c.

S'il est sorti de l'activité par retrait ou suspension d'emploi, solde budgétaire par an : 7,942 fr. 74 c.; retenue à déduire : 158 fr. 85 c.; solde nette, par an : 7,783 fr. 89; par mois : 646 fr. 66 c., par jour : 21 fr. 62 c.; solde nette à l'hôpital par jour : 10 fr. 81 c.

Indemnité pour résidence : dans Paris, par jour : 2 fr. 50 c.; en Algérie, par jour : 3 fr. 55 c.

Indemnité pour frais de service : fixation budgétaire de l'indemnité par an : 3,424 fr.; à déduire le montant de l'abonnement au *Journal officiel* : 40 fr.; somme nette à payer par an : 3,384 fr.; par mois : 282 fr.; par jour : 9 fr. 40 c.

Indemnité d'entrée en campagne : 6,000 fr.; indemnité pour perte de chevaux et d'effets ; montant de l'indemnité comme prisonnier de guerre, pour perte d'effets : 3,000 fr.; pour chaque cheval perdu : 450 fr.; non prisonnier, pour chaque cheval tué à l'ennemi : 450 fr.

Retenue journalière à opérer sur le traitement lorsque le logement avec ou sans ameublement est fourni en nature ; logement avec ameublement dans les places où l'indemnité pour résidence dans Paris est allouée : 5 fr.; dans les autres places : 5 fr.; logement sans ameublement dans les places où l'indemnité pour résidence dans Paris est allouée : 2 fr. 50 c.; dans les autres places : 3 fr. 50 c.; s'il est campé ou baraqué dans les places où l'indemnité pour résidence dans Paris est allouée : 1 fr. 25 c.; dans les autres places : 1 fr. 65 c.

Il est, enfin, alloué au médecin-inspecteur général, des rations de fourrages au nombre de deux sur le pied de paix, et de quatre sur le pied de guerre.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le professeur Laboulbène commencera le cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie, le samedi 11 novembre 1882, à quatre heures, au petit amphithéâtre, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure. Dans la première leçon, le professeur résumera l'histoire de Galien et de ses œuvres.

M. le professeur Potain commencera les leçons de clinique médicale le lundi 13 novembre 1882, à dix heures du matin, à l'hôpital Necker, et les continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure ; le mardi, conférence de séméiologie par M. le docteur Gaucher, chef de clinique; le mercredi, conférence de chimie pathologique, par M. le docteur Esbach, chef du laboratoire de chimie ; le samedi, conférence d'anatomie pathologique, par M. le docteur Du Castel, chef du laboratoire d'histologie.

M. le professeur Panas commencera le cours de clinique ophtalmologique le lundi 13 novembre 1882, à neuf heures du matin, à l'Hôtel-Dieu, et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure. — Exercices ophtalmoscopiques, le mercredi, à neuf heures du matin.

M. le professeur Sappey commencera le cours d'anatomie le lundi 13 novembre 1882, à quatre heures, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

(1) Voir la *Gazette des hôpitaux* du 4 novembre 1882.

— *Choléra.* — Un télégramme d'Alexandrie du 8 novembre 1882 nous apprend que la commission sanitaire a reçu une dépêche de de l'inspecteur sanitaire de la Mecque, laquelle constate quarante-neuf décès par suite du choléra pour la journée du 29 octobre. Depuis ce jour la moyenne des décès est de quarante-huit par jour.

— Un nouveau journal de médecine vient de paraître à Nantes, sous le titre de : *Gazette médicale de Nantes.* Nous souhaitons la bienvenue à cette gazette qui paraîtra tous les mois.

— *Faculté des sciences de Paris.* — Les conférences annuelles commenceront le lundi 13 novembre. Les étudiants n'y sont admis qu'après s'être inscrits au secrétariat de la Faculté et sur la présentation de leur carte d'entrée.

M. Mouton, maître de conférences, fera des conférences de physique les lundis, mercredis, jeudis et vendredis, à neuf heures, dans le laboratoire d'enseignement de physique.

M. Lippmann, maître de conférences, donnera des développements sur diverses questions de physique traitées au cours ou indiquées par M. le professeur Jamin ; ces conférences auront lieu les mardis et samedis, à quatre heures, dans l'amphithéâtre de mathématiques.

M. Jannettaz, maître de conférences, fera des conférences sur la minéralogie les mardis et samedis, à huit heures et demie, dans le laboratoire de minéralogie.

M. Joly, maître de conférences, fera des leçons de chimie analytique les mardis et samedis, à dix heures et demie, au nouveau laboratoire, et des conférences sur des sujets indiqués par MM. les professeurs Troost et Debray.

M. Salet, maître de conférences, fera, les mercredis et vendredis, dans son laboratoire, à trois heures et demie, des conférences sur différents points de chimie indiqués par M. le professeur Würtz.

M. Riban, maître de conférences, directeur adjoint du laboratoire de chimie : les travaux ont lieu tous les jours, de neuf heures à midi et de une heure à cinq heures. Les manipulations pour la licence les lundis, mercredis, jeudis et vendredis, à neuf heures.

M. J. Chatin, maître des conférences, fera, les lundis et jeudis, à dix heures, dans le nouvel amphithéâtre, des conférences sur diverses parties de l'étude anatomique et physiologique des animaux, indiquées par M. le professeur Milne-Edwards.

M. Joliet, maître de conférences, fera, au laboratoire de zoologie expérimentale, les mardis à huit heures du soir, et les mercredis et vendredis, à deux heures, des conférences sur les sujets indiqués par M. le professeur de Lacaze-Duthiers.

M. Velain, maître de conférences, fera, les lundis et jeudis, à neuf heures, au laboratoire de géologie, des conférences sur les diverses parties de la géologie. Les élèves seront exercés à la détermination des roches et des principaux fossiles caractéristiques des terrains.

— *Faculté des sciences de Paris.* — Les travaux pratiques de zoologie expérimentale commenceront dans le laboratoire de la Sorbonne lundi prochain, 13 novembre 1882 ; ils auront lieu tous les jours de onze heures du matin à quatre heures du soir, sous la direction du professeur M. Henri de Lacaze-Duthiers et du maître des conférences. Ils consisteront en dissertations, exercices pratiques et conférences de zoologie sur les matières des programmes pour les élèves se préparant à la licence et à l'agrégation des sciences naturelles.

Les laboratoires des recherches seront ouverts à la Sorbonne à partir du lundi 13 de ce mois, ainsi qu'aux stations maritimes de Banyuls-sur-Mer (Pyrénées-Orientales) pendant l'hiver, et de Roscoff (Finistère), où des conférences sont faites pendant tout l'été.

On s'inscrit de midi à quatre heures du soir au secrétariat de la Faculté, à la Sorbonne.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 13622.

93

Dragées et Sirop dépuratifs

DU DOCTEUR GIBERT,

Ancien secrétaire de l'Académie de médecine, ancien médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Ces deux préparations, introduites dans la thérapeutique en 1841, sont employées avec succès, depuis cette époque, dans le traitement des **Affections syphilitiques, scrofuleuses et rhumatismales, des maladies rebelles de la peau** et dans tous les cas où l'emploi des iodiques est indiqué.

Chaque cuillerée à bouche de sirop contient 0,50 d'iodure de potassium et 0,01 de bi-iodure. 2 dragées équivalent à 1 cuillerée à bouche de sirop.

Les dragées conviennent tout spécialement aux *dames* et aux personnes *délicates* ou *fatiguées*.

Administrées, de même que le sirop, au milieu ou à la fin des repas, elles ne troublent pas la digestion, ne fatiguent pas l'estomac et n'occasionnent ni nausées, ni dégoût.

Exiger les signatures du docteur Gibert et de M. Boutigny, phien, et à l'étranger le timbre du gouvernemnet français imprimé en bleu sur l'étiquette de l'enveloppe.

Paris, phie Boutigny-Duhamel, Deslauriers, successeur, 31, rue de Cléry, et dans toutes les pharmacies et drogueries.

66

Cachets digestifs H. Mourrut

PEPSINE ET DIASTASE

PURETÉ GARANTIE. — EFFICACITÉ CERTAINE.

« Eviter les préparations similaires à base alcoolique, l'alcool précipitant de leur dissolution les ferments digestifs. » (Bouchardat, *Annuaire*, 1880, p. 138; Académie de médecine, 12 aout 1879.)

Phie Champigny, rues de Berlin et de Clichy, 39; 10, rue du Port-Mahon, et principales pharmacies.

118

Epilepsie, traitement efficace

par l'Elixir à base de *Picrotoxine* et les Granules de Picrotoxine du docteur Penilleau.

Doses : Elixir, de 2 à 4 cuillerées à soupe par jour; Granules, de 4 à 8 par jour.

Pharmacie Lepinte, 72, r. St-Dominique, Paris.

8

Valérianate Pierlot

D'après l'opinion des professeurs Bouchardat, Gubler, Trousseau, le Valérianate d'ammoniaque de Pierlot est un *névrosthénique* et un puissant *sédatif* des *névroses*, des *névralgies* et du *nervosisme*.

Le Valérianate de Pierlot doit être pris par cuillerée à café matin et soir.

Une instruction accompagne chaque flacon.

139

Vin de Bugeaud, toni-nutritif

AU QUINQUINA, AU CACAO ET AU VIN D'ESPAGNE

Appauvrissemen du sang, névroses, flueurs blanches, diarrhée chronique, pertes séminales, hémorrhagies passives, affections scorbutiques, période de convalescence de toutes les fièvres.

Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les infirmités.

Se défier des contrefaçons et imitations frauduleuses; exiger le véritable nom.

Fabrique et vente en gros : Lebeault, Mayet et Cie, 29, rue de Palestro, Paris.

Seul dépôt pour le détail à Paris : Pharmacie Lebeault, 53, rue Réaumur.

4

Extrait de viande Liebig.

L'Extrait de viande Liebig est du bouillon concentré. Les Etablissements de la compagnie Liebig, situés dans l'Uruguay, sont aujourd'hui universellement connus. La Compagnie a obtenu : 5 médailles d'or et 3 grands diplômes d'honneur.

Le bouillon à l'extrait de viande se prépare instantanément et il est privé de graisse et de gélatine. Ce sont là des qualités qui lui assureront l'approbation du médecin pour qui un bouillon de préparation facile est d'une si grande importance. Plusieurs pharmacopées ont du reste dû l'admettre parmi les médicaments de pharmacie.

Se vend en gros par les principaux droguistes de Paris et de la province.

116

Vins d'Ossian Henry,

membre de l'Académie de médecine.

Vin de Quinquina titré simple. — Titrant un gramme d'alcaloïde et 12 grammes d'extractif par 1,000 grammes. — *Tonique.* — *Fébrifuge.*

Vin de Quinquina ferrugineux. — Contient 0,10 de sel ferreux par 30 grammes de vin. — *Chlorose, Anémie, Longues convalescences*, etc., 5, r. d'Anjou St-Honoré, et dans toutes les pharm.

57

Farine lactée Nestlé

Dont la base est le bon lait. 3 *Diplômes d'honneur* et 5 *Médailles d'or*. — 10 ans de succès. C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel et facilite le sevrage; avec lui, pas de diarrhée, pas de vomissements, la digestion en est facile et complète. Exiger la signature Henri NESTLÉ. — Gros : Christen frères, 16, rue du Parc-Royal. — Détail : Pharmacie Christen, 31, rue du Caire, Paris, et tous les pharmaciens.

134

Goutte, Gravelle

RHUMATISMES CHRONIQUES.

(Diathèse urique)

PILULES H. ROYER

au tartrate de potasse et de lithine.

Le plus soluble des sels de lithine.

Une pilule contenant 10 centigr. de sel pur sature plus de 40 centigr. d'acide urique.

Vente par flacon de 100 dans toutes les phies.

Gros : phie Royer, cours Morand, 40, Lyon.

126

Poudres alimentaires Adrian

Préparées avec un soin tout particulier pour les usages de la médecine.

Richesse des différents produits... —	Azote %	Acide phosphorique total %	Equivalent en phosphate de chaux %	Prix le Ko en divisions
Poudre de bifteck garantie pure viande de bœuf.	13.80	1.69	3.68	24 fr.
Poudre de viande.	12.50	1.66	3.62	12 »
Poudre de lait. .	5.32	1.62	3.55	10 »
Poudre de lentilles cuites à la vapeur..	4.19	0.63	1.37	5 »

Comme garantie de pureté et de bonne conservation de ces produits, exiger le cachet et la marque ADRIAN, ancien préparateur et lauréat de l'Ecole de Pharmacie, directeur de la Société française de produits pharmaceutiques, fournisseur des hôpitaux.

VENTE EN GROS, 11, rue de la Perle, Paris.

Envoi *franco* d'échantillons par la poste aux médecins qui en font la demande.

115

Sirop Balsamo-diurétique

(à l'extrait de Buchu)

Contre toutes les *Maladies des voies urinaires*, spécialement le *Catarrhe chronique de la vessie*, l'*Irritation du canal de l'urèthre*, les *Maladies de la prostate*, l'*Incontinence de l'urine*, la *Gravelle urique*, etc. — Prix : 5 francs le flacon.

SWANN, ph.-chim., r. Castiglione, 12, Paris.

15

EAU SULFURÉE, SODIQUE ET CALCIQUE.

Eaux-Bonnes (*Basses-Pyrénées*)

SAISON DU 15 MAI AU 15 OCTOBRE

Affections chroniques de la gorge, du larynx et des bronches; asthme, pleurésies chroniques. — Prévient la *phthisie pulmonaire* et peut souvent en arrêter les progrès. — Attendu sa *double sulfuration*, privilège qui lui est exclusif, cette eau se distingue, entre toutes, par la *profondeur* et la *durée* de ses effets curatifs.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

74

Pansement antiseptique

Méthode LISTER.

MM. DESNOIX et Cie, pharmaciens, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, préparent, depuis plusieurs années déjà, toutes les pièces nécessaires au pansement antiseptique par la méthode Lister et les tiennent à la disposition des médecins et chirurgiens qui désirent employer ce mode de pansement.

22

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP de HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : cinq francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

23

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire ; apaise les douleurs des reins et de la vessie ; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : deux francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou, et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

7

Les Dragées Carbonel

AU PERCHLORURE DE FER PUR.

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant quatre gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon: quatre francs.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

17

Quina Anti Diabétique Rocher

Préparation spéciale contre le DIABÈTE

A base de GLYCÉRINE

redistillée et chimiquement pure.

Les expériences faites sur des Malades ont donné de très-beaux résultats.

M. Rocher met à la disposition de MM. les Médecins des Flacons d'échantillons qu'il envoie *gratis*, à titre d'expérimentation, sur demande adressée à la Pharmacie Rocher, 1, rue Perrée, à Paris. — Flacon : **3 fr. 50.**

119

Sirop du docteur Reinvillier

Au Phosphate de chaux gélatineux

Phthisie pulmonaire, bronchite chronique, rachitisme, débilité organique, maladies des os.

Le sirop du docteur Reinvillier, administré quotidiennement aux enfants, facilite la dentition et la croissance. Chez les nourrices et les mères, il rend le lait meilleur et empêche la carie et la perte des dents qui suivent souvent la grossesse.

Huile phosphorée titrée pour frictions.

123

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales phies.

73

Institut hydrothérapique

3, rue du Dôme, avenue d'Eylau (28e année). Médecin en chef : E. Duval. Sous presse : *De la cure des maladies par l'eau froide;* clinique de 26 années de pratique. Traitt spécial des affections nerveuses et chroniques. — Jardin, gymnase.

68

Capsules Thévenot

au Goudron, le fl. 1f20; *id.* à la térébentine de Venise, le fl. 1f50; *id.* à l'Apiol, le fl. 4 fr.; *id.* à l'éther, le flac. 1f50. — Se trouvent dans toutes les pharmacies.

N° 131. — MARDI 14 NOVEMBRE 1882. 55e ANNÉE. MARDI 14 NOVEMBRE 1882. — N° 131.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : VINGT centimes.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

M. LABOULBÈNE.

Histoire de Galien, sa vie, ses œuvres; son dernier traducteur Charles Daremberg.

En reprenant aujourd'hui le cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie, je tiens, suivant la promesse que je vous ai faite l'année dernière, à vous renseigner tout d'abord sur le programme de l'enseignement que vous y trouverez.

L'*Histoire des maladies populaires de la France* m'a déjà permis de vous exposer une partie des doctrines médicales et des systèmes qui se sont succédé jusque à notre époque. Cette étude attrayante et instructive est loin d'être terminée, et j'espère, en la poursuivant, ajouter à vos connaissances médico-chirurgicales. Vous apprendrez de quelle manière les médecins des divers âges ont considéré, compris et décrit les maladies de notre pays, et quelles ressources thérapeutiques ils ont employées contre elles, en vue des idées dominantes. Je comparerai le passé avec le présent.

Ceci bien convenu, j'aborde le sujet spécial de notre première leçon. Que de fois vous m'avez entendu parler de Galien et de son système médical ! Il n'est pas de semaine pendant laquelle le nom et les opinions du médecin de Pergame ne se soient présentés et n'aient fixé votre attention. J'ai pensé qu'un aperçu de la vie si remplie de Galien, un résumé de son œuvre considérable, ainsi que du système galénique, vous seraient utiles pour coordonner ce que je n'ai pu vous dire que partiellement.

Mais la tâche est ardue. Galien, souvent opposé à Hippocrate (vous connaissez le dicton populaire : Hippocrate dit oui, Galien dit non), a été longtemps regardé comme un oracle, puis dédaigné comme une fausse idole. Sachez-le bien, Galien a pesé sur la médecine et presque exclusivement pendant plus de quatorze siècles. Un pareil homme a droit à vos méditations. Il convient donc de rechercher les mérites incontestables de Galien et le concours de circonstances qui a pu lui donner une omnipotence pareille. Je vais tâcher d'esquisser avec vérité les lignes principales de cette grande figure médicale. La matière est abondante ; le difficile pour moi sera d'être clair et surtout d'être court.

Examinons successivement la vie de Galien, son œuvre, son influence. J'ai fait placer sous vos yeux de vraies richesses bibliographiques : les spécimens rares des livres galéniques, ainsi que les éditions des œuvres complètes, grecques, latines, gréco-latines et françaises.

I

VIE DE GALIEN.

Voyez sur cette carte Pergame, ville située près des côtes de la Mysie, dans l'Asie Mineure actuelle : c'est la patrie de Galien. Pergame avait un temple d'Esculape, ses murs étaient baignés à l'orient par le Caïque qui se jette dans la mer Égée, au voisinage d'une île, la célèbre Lesbos. Vous savez que les rois de Pergame avaient formé une bibliothèque comparable à celle d'Alexandrie d'Égypte ; Plutarque nous apprend qu'elle contenait deux cent mille volumes. C'est à Pergame et pour remplacer le papyrus, dont les Égyptiens empêchaient la sortie, qu'on prépara le parchemin, nommé par les Latins : *membrana pergamena.* La population de Pergame, au dire de Galien, était de 80,000 citoyens, tant hommes que femmes et enfants, plus 40,000 esclaves.

Nicon, sénateur de Pergame, riche et fort érudit, était le père de Galien; il nomma son fils Γαληνός, qui veut dire : calme, doux. Nicon, d'un naturel paisible, voyant sans trouble les peines et les revers, frugal, à la fois philosophe, mathématicien et architecte, connaissait à fond tous les dialectes de la langue grecque. Nous ne savons pas si Galien était resté fils unique, mais sa mère, colère, emportée, rappelait, par son humeur acariâtre, Xantippe, femme de Socrate.

Hippocrate ne s'est pas mentionné dans ses ouvrages et sa biographie est nécessairement incomplète ; il n'en est pas de même de Galien. Un ancien professeur de cette faculté, et un de mes prédécesseurs dans la chaire d'histoire de la médecine en 1795, Jean Goulin, a suivi Galien pas à pas, pour ainsi dire, en recherchant les mentions consignées dans les livres galéniques. Avec une patience à toute épreuve, Goulin a noté les passages où Galien a parlé de ses parents, de ses voyages, de ses succès, des circonstances diverses de sa carrière. Nous avons donc sur Galien des données non douteuses, authentiques, et que je vais résumer.

Labbe et Daniel Leclerc ont placé, en l'année 131 de notre ère, la naissance de Galien, mais Goulin démontre qu'il est né l'an 128, à la fin du mois d'août ou au commencement de septembre.

Galien eut son père pour précepteur; puis, à l'âge de quinze ans, il commença à suivre les leçons des philosophes de Pergame sur les systèmes des stoïciens, de Platon, d'Aristote et d'Épicure. Un songe de son père le décida pour l'étude spéciale de la médecine à laquelle il associa la philosophie. Son premier maître fut Satyrus, disciple de Quintus, qui venait de mourir. En 146, Galien perdit son père : il avait alors dix-huit ans; il n'était pas sorti de sa ville natale, il suivit encore les leçons des médecins de Pergame. Peu après, il eut pour second maître Pelops, qui était de Smyrne, ville peu éloignée de Pergame, et à vingt ans, séjournant à Smyrne, Galien y composa trois petits traités.

Déjà instruit, possesseur d'une fortune qui lui permettait de fournir à tous ses besoins, Galien était en état de voyager avec fruit. Dans sa vingt-troisième année, il se rendit à Corinthe pour écouter les leçons de Numesianus, le plus célèbre des disciples de Quintus. Après avoir visité Lemnos et la Palestine, il gagne Alexandrie, où il reste pendant quatre ans et profite des leçons de Stratonicus, de Sabinus, de Lucius; il acquiert des connaissances approfondies en anatomie.

De retour à Pergame, après avoir observé le plus possible dans les contrées placées sur sa route, et à l'âge de vingt-huit ans, Galien exerça la médecine et surtout la chirurgie, car il fut chargé par le pontife de traiter les blessures des monomaques ou gladiateurs. Son succès fut complet, cinq pontifes lui donnèrent successivement le même emploi pendant environ cinq ans.

Une sédition s'étant produite dans sa patrie, Galien, au printemps de 161, se rend à Rome et y arrive au commencement du règne de Marc-Aurèle; il avait trente-trois ans. Ses débuts à Rome firent du bruit et, en effet, préparé par quinze années d'études sous les maîtres les plus habiles de son temps, possédant des connaissances remarquables en anatomie, ayant exercé avec succès l'art médico-chirurgical, Galien était merveilleusement préparé. De plus, la dialectique n'avait pour lui aucun secret; sa facilité pour parler ou pour écrire était surprenante; son érudition était servie par une prodigieuse mémoire. Tant de talents naturels et acquis sont bien rarement réunis chez le même homme : ils devaient donner à Galien une réelle supériorité.

Plusieurs biographes ont vanté les mœurs douces et le désintéressement de Galien ; il tenait de son père de grands biens et des principes d'une philosophie élevée. Observez qu'il n'avait pas besoin de courir après la fortune ; ses goûts paraissent avoir été simples; toutefois il avait reçu de sa mère l'humeur batailleuse, le caractère violent, emporté, sans mesure, quand il fallait combattre un adversaire qu'il traitait en ennemi.

Galien, doué d'un talent hors ligne, fit des cours publics; il eut bientôt des envieux nombreux et puissants; il en triompha par la force ou par la souplesse. L'envie fut sinon désarmée, du moins réduite au silence, à la suite d'une polémique soit violente, soit subtile. Après avoir étonné ses rivaux par la justesse de ses pronostics, tout ce qu'il y avait à Rome de plus éminent et de plus savant s'était intéressé à Galien. Il eut pour amis Sergius Paulus, préteur; Barbarus, parent de l'empereur Lucius Verus; Boethus, qui devint gouverneur de la Palestine, et dont il guérit en peu de jours la femme, atteinte d'une leucorrhée opiniâtre; Septime Sévère, alors consul; Eudème, philosophe péripatéticien, qu'il débarrassa d'une fièvre quarte.

Il n'est pas douteux que, pendant ce premier séjour, Galien n'ait écrit plusieurs livres. Il demeura quatre ou cinq ans à Rome, où, à l'âge de trente-cinq ans, il eut une luxation de l'épaule, dans une palestre.

En 166, pendant que la peste dévastait Rome, Galien exécuta le projet qu'il avait formé de quitter la ville. « Je partis, dit-il, pour retourner dans ma patrie, étant âgé de trente-sept ans accomplis. » Prêt à s'éloigner et craignant d'être retenu, il demande à ses amis de n'en rien dire à Marc-Aurèle. Peu de temps après, Lucius Verus, vainqueur de Vologèse, chef des Parthes, étant revenu à Rome et une attaque étant décidée contre les Germains, les amis de Galien parlèrent alors de lui aux deux empereurs.

Grâce à Goulin, nous pouvons suivre la route de Galien par la Campanie, Capoue, Brindes. Il s'embarque, et, après deux jours de navigation, il aborde à Cassiope, en Épire. A Corinthe, avec un compagnon de route et dans un véhicule de louage, il passe par Mégare, Éleusis et Athènes. Il arrive enfin à Pergame où il se repose avec ses amis et d'où il fait des excursions nombreuses.

On a fait beaucoup voyager Galien avant de se rendre à Rome. Je suis d'avis que c'est surtout après avoir quitté pour la première fois cette ville, en 166, et après son retour à Pergame, qu'il a visité tour à tour Chypre, l'île de Crête, la Célésyrie, etc.

Pendant que Galien était à Pergame, les deux empereurs Marc-Aurèle et Lucius Verus avaient quitté Rome et s'étaient établis à Aquilée, pour la guerre de Germanie ; de là, ils dépêchèrent un courrier à Galien pour le faire venir auprès d'eux. La peste décimant cette partie de l'empire, les empereurs s'éloignèrent d'Aquilée. Lucius Verus fut frappé d'apoplexie pendant la route, et, après avoir été saigné, mourut le troisième jour, au fort de l'hiver, dit Galien, en 169 et peut-être en janvier 170. Galien rentre à Rome trois ans et demi après en être sorti; il y reste malgré le désir de Marc-Aurèle, qui veut l'emmener à l'armée avec lui. Mais Galien invoque un songe où Esculape lui a défendu de quitter Rome. Je dois vous faire remarquer l'importance attribuée aux songes dans l'antiquité. Marc-Aurèle n'insiste pas et confie à Galien ses deux fils Commodus et Sextus.

Galien compose alors ses principaux ouvrages; il partage son temps entre le soin des malades et ses livres. Il y retrace la physionomie des médecins de Rome, divisés en sectes nombreuses. Il combat avec tous, il les écrase sous les coups d'une lutte acharnée, enfin il établit un système médical bien à lui.

Je dois placer ici un trait de mœurs romaines en vous parlant de Commode, alors âgé de treize ans, et l'un des fils de l'empereur Marc-Aurèle. Galien lui avait prescrit le bain parce qu'au retour du gymnase il s'était senti malade. Commode, ayant trouvé le bain trop chaud à son gré, fit jeter dans la fournaise des bains l'esclave qui avait fait chauffer l'eau.

Je pourrais vous raconter présentement plusieurs cures de Galien, je les réserve pour plus tard quand je vous montrerai Galien anatomiste, physiologiste et pathologiste. Je veux noter cependant qu'il guérit Marc-Aurèle, revenant de la guerre de Germanie et atteint d'un dérangement d'estomac causé par l'usage d'aliments froids et grossiers. Il

donna le vin additionné de poivre et prescrivit les frictions d'huile de nard. Il prépara maintes fois de la thériaque pour Marc-Aurèle.

Galien avait cinquante-deux ans, quand arriva la mort de Marc-Aurèle Antonin. Il resta sûrement à Rome après la perte de son protecteur et ami, sous les règnes de Commode, de Pertinax et de Septime Sévère ; mais, après l'an 193, première année de l'empire de Sévère, on ne trouve plus de renseignements précis dans les Livres galéniques.

Tout porte à croire que Galien retourna dans sa patrie et qu'il finit ses jours à Pergame, à l'âge de soixante-dix ans. Certains historiens ont prétendu qu'il mourut à Rome et qu'il y vivait encore sous Caracalla ; d'autres l'ont fait périr dans une traversée de Rome à Pergame. Cœlius Rhodiginus, par une erreur manifeste, a prolongé la vie de Galien jusqu'à l'âge de cent quarante ans. Nous avons vu les admirateurs d'Hippocrate agir de même pour le vieillard de Cos.

J'ai cherché à faire revivre Galien, et j'ai pu y parvenir en grande partie avec l'aide des Livres galéniques scrutés par Goulin, et qui offrent un vrai luxe de renseignements biographiques. Rien de pareil n'existe pour Celse, pour Cœlius-Aurelianus et pour beaucoup d'autres anciens auteurs grecs ou latins. Je tiens à vous le faire remarquer.

La collection si considérable des Livres galéniques a été commencée de bonne heure. A vingt ans, Galien avait déjà fait trois petits traités ; à trente-quatre ans, à Rome, luttant avec les philosophes et les médecins, il composait pour Boethus le traité célèbre *De l'utilité des parties du corps*. Revenu dans la métropole, Galien, dominant ses rivaux, donnait sa *Méthode thérapeutique*, et il établissait avec un art infini, dans divers livres, son système médical.

Quelle idée peut-on avoir du courage civil et militaire de Galien ? Plusieurs l'ont accusé de lâcheté, disant qu'il a fui devant la peste. D'autres ont insinué qu'il a craint les fatigues et les dangers de la guerre, en refusant à Marc-Aurèle de l'accompagner et en invoquant un songe dans lequel Esculape lui aurait défendu de quitter Rome.

Il est certain que Galien s'échappa de Rome au temps de la grande peste venue de l'Éthiopie, d'où elle s'était répandue dans le pays des Parthes et avait infecté l'armée de Verus. Je vous ai déjà parlé de cette peste quand je vous ai fait l'histoire des pandémies et des pestes antiques, de la peste de Thucydide, de la peste de Gallus, de la peste Antonine. Galien a-t-il manqué réellement de courage ? Sans vouloir affirmer le contraire ni me porter garant du courage civique et militaire de Galien, je dois dire que les médecins anciens et même relativement modernes, que Sydenham en particulier, ne considéraient pas le devoir médical comme nous le comprenons. Le milieu épidémique est notre champ de bataille qui n'est jamais déserté. Sydenham s'est jadis éloigné de Londres, ravagée par la peste.

De plus, Galien, que n'attachaient à Rome ni sa nationalité propre, ni les charges d'une magistrature, avait eu avec Eudème un entretien sérieux qui mérite d'être rapporté. Un an avant le départ, Eudème, philosophe péripatéticien, avait prévenu Galien pour l'avertir de la redoutable jalousie des médecins qui avaient fait chasser Quintus de la ville et qui avaient fait périr par le poison un jeune médecin de talent ainsi que deux esclaves qui le servaient. Galien confie alors à Eudème que déjà il avait le projet de retourner dans sa patrie et qu'il le mettrait à exécution aussitôt que la sédition serait apaisée. Le départ de Galien était donc prémédité un an à l'avance, et il tenait à retourner à Pergame où il possédait les biens considérables de l'héritage paternel.

Le besoin de rester à Rome après son retour avec Marc-Aurèle, seul empereur, et venant rendre les derniers devoirs à Lucius Verus, me paraît facile à expliquer. Galien riche, mais orgueilleux, tenant à être le premier médecin de la métropole, ne pouvait accomplir ses desseins à la suite d'une armée : il invoque le songe pendant lequel le dieu de la médecine lui ordonnait de ne pas s'éloigner. Le doux Marc-Aurèle, ne voulant pas obliger son médecin à faire un voyage auquel il répugnait, partit en lui laissant la charge de soigner ses deux derniers fils.

Il me semble que celui qui, à travers l'éloignement des siècles, cherche à approfondir la conduite de Galien, doit tenir compte des penchants et des mobiles que je vous ai plusieurs fois signalés. Nul doute que Galien ne soit allé à Rome pour ajouter à son savoir et de plus pour s'y faire un nom ; qu'avec ses connaissances étendues et sa dialectique habile où nul ne pouvait le dépasser, il n'ait recherché le premier rang, la considération, les honneurs.

Quittant la seconde fois Pergame pour Rome, c'est-à-dire pour le plus vaste théâtre du monde, il veut combattre les médecins de toutes les sectes, il signalera la routine aveugle de la plupart d'entre eux. Et puis, l'entraînement des luttes violentes, les blessures données et reçues, exciteront au plus haut point sa faculté d'écrire et lui feront mettre au jour ses livres si nombreux. Sous la critique acerbe des travaux de ses devanciers, sous l'ingéniosité de son vaste esprit, il résumera et pliera la médecine réduite à son système. Son désir sera accompli.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Verneuil.

Lupus elevatum tertiaire.

Voici un grand et fort gaillard que j'ai fait amener sur un brancard à l'amphithéâtre pour que vous ayez sous les yeux la démonstration des faits dont je vais vous entretenir.

Il est entré à l'hôpital, il y a environ une semaine, pour un de ces ulcères de la jambe que l'on rencontre si rarement, qu'il est nécessaire que je vous arrête quelques instants devant lui. Ce n'est point une de ces variétés que l'on observe fréquemment à la suite de varices ou d'un traumatisme quelconque. Nous avons ici une forme toute spéciale, une ulcération extrêmement étendue qui a détruit les téguments sur presque toute la circonférence du membre gauche à partir des deux cinquièmes inférieurs et qui empiète même sur la région tibio-tarsienne et les malléoles.

Cette vaste ulcération nous offre des bords festonnés, taillés à pic, mais non décollés ; au lieu de présenter, comme d'habitude, une dépression plus ou moins considérable, elle est recouverte de bourgeons charnus exubérants, qui constituent une sorte de tumeur mamelonnée, inégale, ressemblant à des tissus glandulaires, ou mieux encore à ces fongosités que l'on observe dans les cas de fistules articulaires, à ces végétations qui apparaissent à l'orifice externe des fistules consécutives à une névrose osseuse.

L'ulcération que vous avez sous les yeux paraît au premier abord avoir la peau pour siège, mais en réalité elle est plus profonde, l'aponévrose est détruite et la plaie est en connexion étroite avec les muscles sous-jacents, si même

elle n'en dépend pas. En tous cas, lorsque nous demandons à cet homme de remuer les orteils du côté malade, nous voyons la masse morbide se mouvoir avec les tendons extenseurs du pied.

Notre malade a bien quelques varices, mais elles sont si peu de chose qu'il n'y a pas lieu d'y attacher la moindre importance. En revanche, dès que nous l'examinons quelque peu, nous découvrons bien vite l'existence d'un *corona veneris*. Du reste, il ne fait nulle difficulté de nous avouer qu'il eut autrefois la syphilis. Il y a donc là une affection générale. Mais existe-t-il quelque relation entre elle et l'ulcère de la jambe? — Certainement, et c'est même pourquoi j'ai saisi cette occasion de vous montrer une variété particulière d'ulcère qui caractérise une forme tout à fait spéciale d'accidents syphilitiques tertiaires.

Au mois de décembre 1876, entrait dans notre service un petit homme, alors âgé de trente-quatre ans, à la fois alcoolique et syphilitique de la plus belle eau, pâle, blême, plongé dans une cachexie profonde, avec un foie énorme et une ascite considérable. L'organe hépatique était tel qu'il s'étendait depuis la mamelle droite jusqu'à la fosse iliaque. Enfin les membres inférieurs étaient œdématiés. De plus, et c'est là-dessus que je veux appeler surtout votre attention, on constatait sur la jambe droite un ulcère à bords taillés à pic, dentelés, décollés, dont le début remontait à trois ans. Cet ulcère s'était produit, disait cet homme, à la suite d'une contusion; il n'avait jamais pu se cicatriser par les topiques ordinaires; loin de là, et sous l'influence de la cirrhose syphilitique du foie, il n'avait fait qu'augmenter d'étendue.

Sur la jambe gauche on trouvait aussi une ulcération, cette fois d'un aspect différent, occupant la moitié de la circonférence de la jambe, à bords dentelés, taillés à pic, tandis que la partie centrale était occupée par une tumeur considérable, saillante de 2 à 3 centimètres de hauteur, molle, rénitente, élastique et ne saignant pas. Le malade n'avait jamais eu de varices.

Tout d'abord j'essayai de le guérir par un traitement local topique pur, mais n'ayant obtenu aucun résultat favorable, j'eus l'idée de recourir au traitement spécifique mixte : iodure de potassium et proto-iodure de mercure. Sous l'influence de cette médication un changement des plus heureux se produisit; l'ascite disparut, le foie diminua rapidement de volume et l'ulcère lui-même guérit, démontrant ainsi la vérité du diagnostic que nous avions porté d'un ulcère syphilitique à variété granuleuse hypertrophique. J'ai pu suivre l'observation jusqu'à la fin, car cet homme, après sa guérison, est entré à l'hôpital comme infirmier; et il y est encore à l'heure actuelle. Il n'existe donc aucun doute dans mon esprit sur la nature du mal dont cet homme a été atteint.

L'année d'après, en 1877, nous avons reçu aussi un individu, âgé de cinquante ans, malade depuis plus d'une année et qui présentait une plaie occupant les régions antérieure et postérieure de la jambe, plaie bourgeonnante, avec tumeur saillante de 4 centimètres, molle, rénitente, élastique, indolente, non saignante. L'observation en a été publiée dans le numéro du 19 janvier 1877 de la *Gazette hebdomadaire*.

Cette tumeur semblait adhérer aux tendons de la région antérieure, et, comme chez le malade que vous avez sous les yeux, elle se mouvait en même temps que les tendons extenseurs du pied. Cet individu portait des traces non équivoques d'une syphilis ancienne, syphilis qu'il avouait très franchement, du reste, sans pouvoir cependant nous fixer sur l'époque à laquelle elle remontait. Là-dessus ses souvenirs étaient absolument nuls.

Ne vous semble-t-il pas, en entendant la description de l'ulcère de cet homme, avoir l'image exacte de l'individu qui est couché devant vous sur son brancard? Le cas n'est-il pas complètement identique?

Mais, pour en revenir au malade de 1877, j'éloignai, après examen, toute pensée d'une affection cancroïdale, ou d'un ulcère variqueux, et considérant la plaie comme de nature syphilitique, j'instituai le traitement spécifique qui eut un plein succès.

Voilà donc, avec le cas actuel, trois faits semblables d'ulcère de jambe, de forme spéciale caractérisée par une saillie centrale plus ou moins considérable, indolente, ne saignant pas, et sans coïncidence avec un état variqueux quelconque; ulcère n'ayant rien de commun avec un cancroïde ni avec une tumeur variqueuse. Ce qui le différencie, entre autres caractères, de l'un de ces épithéliomas que l'on voit parfois se développer à la surface d'un cautère, c'est la marche lente de la plaie, son indolence, l'absence de toute hémorragie, enfin les recherches histologiques qui, pour les deux premiers cas, ont nettement démontré que l'on ne retrouverait, dans les bourgeons de l'ulcération, aucune trace d'une tumeur épithéliomateuse. Ici l'étude histologique n'a pas encore été faite, mais tout nous prouve que nous avons affaire à une lésion de nature spécifique, analogue à celle qui a caractérisé les deux malades de 1876 et de 1877, à une ulcération syphilitiqne.

Il est bien remarquable que, dans l'espace de cinq années, nous ayons trouvé trois cas identiques sous tous les rapports, voire même sur le siège occupé par la lésion. De là certaines hypothèses quant au point de départ. C'est ainsi que nous avons décrit une syphilis tertiaire des bourses séreuses sous-cutanées mises à nu par le travail ulcératif, et qui sont en connexion intime avec les muscles de la région qu'elles occupent.

En résumé, donc, il s'agirait d'une affection spécifique tertiaire des gaines tendineuses des muscles extenseurs des pieds mises à nu par l'ulcération et devenant hypertrophiques, lésion à laquelle j'ai cru pouvoir donner le nom de *lupus* en raison de sa forme ulcératrice, la dénomination d'*elevatum* à cause de la saillie qui la caractérise, remplaçant les dépressions ordinaires de tout ulcère, enfin la qualifiant de *tertiaire* en raison de son caractère spécifique et de la date éloignée des premiers accidents syphilitiques.

Quant au traitement, nous aurons recours à la compression méthodique au moyen de bandelettes d'emplâtre de Vigo, recouvertes d'un pansement ouaté légèrement compressif, tandis que comme médication interne nous prescrirons une pilule de proto-iodure de 5 centigrammes le matin et 1 gramme d'iodure de potassium le soir; enfin, un bain de temps en temps, et un bon régime.

THÉRAPEUTIQUE

De la pepsine et de la diastase.

Par le docteur Richaud.

Tous les médecins savent que c'est à cette époque de l'année que l'on voit apparaître avec le plus de fréquence et le plus d'acuité la série des affections de l'estomac qu'engendrent les digestions

mauvaises ou incomplètes. Aussi croyons-nous être utile en rappelant succinctement le mécanisme de la digestion et les phénomènes physiologiques et chimiques auxquels elle donne lieu.

Considérés au double point de vue de leur digestion et du rôle qu'ils sont appelés à jouer dans l'organisme, les aliments empruntés au règne animal et au règne végétal peuvent être classés en deux groupes distincts :

1° Les aliments azotés ;

2° Les aliments non azotés.

Au nombre des premiers figurent l'*albumine*, la *fibrine*, la *gélatine*, le *gluten*, la *chair des animaux*, etc.

Parmi les seconds se trouvent les *matières grasses* et les *matières amylacées ou féculentes*.

D'autre part on rencontre, dans le tube digestif, à des étages différents :

1° La *diastase*, qui existe dans la salive (ptyaline) et se produit dans la germination des céréales ; on l'extrait facilement de l'orge germée ;

2° La *pepsine* qui se trouve dans le suc gastrique des herbivores et des carnivores et que l'on retire de la caillette du veau, du mouton ou du porc, par un procédé qui est décrit tout au long dans le Codex ;

3° La *pancréatine*, principe actif du suc pancréatique. Comment, sous l'influence de la digestion, les trois ferments digestifs agissent-ils sur les deux groupes d'aliments indiqués plus haut ? Rien n'est plus simple.

La *pepsine* solubilise les matières azotées en les transformant en peptones ; la *diastase* convertit en sucre les matières amylacées, et enfin la *pancréatine* porte son action sur les matières grasses et les émulsionne. De cette façon se trouvent assurées et la digestion stomacale, c'est-à-dire celle des aliments azotés, et la digestion intestinale, c'est-à-dire celle des aliments gras et féculents.

De tous ces faits aujourd'hui définitivement acquis à la science, il semble résulter qu'aux malades atteints de dyspepsie, de gastralgie ou d'affections du tube digestif, il suffira de prescrire un mélange de pepsine, de diastase et de pancréatine. Cependant il a n'en est rien. Dans un travail très-remarquable, M. H. Mourrut a établi nettement, à la suite d'expériences faites au laboratoire de M. Vulpian, que la diastase et la pancréatine ne peuvent agir que dans un milieu alcalin, et que, par conséquent, elles perdent toute action lorsqu'elles se trouvent introduites dans l'estomac ; mais il a prouvé également que tandis que la pancréatine reste inactive par suite de l'acidité de cet organe, la diastase recouvre ses propriétés dès qu'elle entre dans l'intestin. La pancréatine ne servirait donc absolument à rien, et le mélange de la pepsine et de la diastase suffit à composer un médicament doué de toutes les propriétés nécessaires au rétablissement des fonctions digestives.

Le choix de la forme pharmaceutique sous laquelle ces médicaments doivent être absorbés, est d'une grande importance ; on les a présentés sous diverses formes : élixirs, vins, pilules ; toutes ces préparations sont défectueuses. Voici, en effet, comment s'exprimait le savant professeur M. Vulpian, dans une communication faite à l'Académie de médecine, dans sa séance du 12 août 1879 : « J'ai fait plusieurs séries d'expériences sur l'action de ces différentes substances ; j'ai cherché surtout si cette action peut s'exercer librement et entièrement dans les conditions où les place leur introduction dans l'estomac ; j'ai examiné, en outre, si elles ont la même activité quelle que soit la forme pharmaceutique sous laquelle elles sont ingérées. J'ai constaté quelques faits qui me paraissent offrir un certain intérêt. Ainsi, il est facile de se convaincre, par des expériences de digestion artificielle, que les pepsines livrées par diverses pharmacies n'ont pas toutes le même degré de puissance digestive. Il y a des pepsines qui modifient si lentement et si faiblement l'albumine avec laquelle on les met en contact, qu'on ne voit pas de quelle utilité peut être leur administration à des dyspeptiques.

« D'autre part, les expériences du même genre permettent de se convaincre que l'addition d'alcool à une solution de pepsine acidifiée ou à du suc gastrique naturel retarde la digestion. Ce retard a lieu, même lorsque la proportion d'alcool ajoutée au suc gastrique ou au liquide qui doit servir à la digestion artificielle, n'est pas supérieure à celle que contient le vin de Bordeaux ou le vin de Bourgogne. Les résultats de mes expériences sur ce point ont été des plus nets. D'où je me suis cru autorisé à conclure que l'on doit s'abstenir de prescrire les vins et les élixirs de pepsine... etc., etc. »

Ces expériences, si concluantes et si nettes, faites par un savant de premier ordre, démontrent la nécessité, pour le médecin, d'abord de prescrire la pepsine et la diastase en nature, et ensuite d'être assuré de leur pureté, s'il veut avoir un médicament d'une efficacité certaine.

C'est dans le but d'offrir au monde médical de pareils avantages que M. Mourrut, le chimiste distingué dont nous citions tout à l'heure le remarquable travail, a créé à Saint-Ouen (près Paris) un vaste laboratoire où il se consacre à la fabrication de la pepsine et de la diastase, et à la confection de cachets qui renferment ces deux médicaments si précieux.

Grâce au voisinage des abattoirs de la Villette, M. Mourrut peut traiter les estomacs encore frais d'animaux tués le matin même, et dont le suc gastrique n'a pu être altéré ni par le temps ni par la fermentation. Grâce aux appareils dont il dispose, il peut évaporer les sucs peptiques dans le vide, c'est-à-dire dans les meilleures conditions d'inaltérabilité.

En résumé, pureté absolue et par conséquent efficacité certaine, tels sont les avantages que possèdent les cachets Mourrut et qui assurent à ce mode d'administration de la pepsine et de la diastase une supériorité incontestable sur toutes les autres formes pharmaceutiques ayant pour base ces ferments digestifs.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 11 novembre 1882. — Présidence de M. Laborde.

COMMUNICATIONS

Physiologie du plexus solaire. — **M. Leven** fait une communication sur ce sujet.

L'étude physiologique du plexus solaire, dit-il, ne peut se faire par l'expérimentation directe, car dès qu'on ouvre le ventre de l'animal, qu'on tire une anse d'intestin, qu'on la laisse exposée à l'air une ou deux heures, tous les viscères abdominaux s'irritent et la vie de l'animal est rapidement compromise en moins de vingt-quatre heures.

J'ai donc substitué, aux opérations chirurgicales, des recherches avec des substances médicamenteuses. J'ai fait avaler, à des chiens à jeun, du charbon, du sulfate de magnésie, de l'opium, du seigle ergoté, de la coloquinte, du calomel, et je laissais vivre les animaux plusieurs heures pour que le médicament eût produit son effet physiologique.

Les expériences que j'ai répétées un grand nombre de fois, m'ont démontré que l'action des médicaments dépend du degré d'irritation qu'ils déterminent sur le plexus solaire ; que leur effet ne peut s'expliquer que par l'impression des substances sur le plexus solaire ; que c'est le plexus qui maintient l'unité physiologique des viscères abdominaux et que tous se dérangent simultanément sous l'influence des désordres produits dans le plexus par le médicament.

Ces désordres se traduisent par des excitations des nerfs musculaires du plexus, par la paralysie à des degrés divers des nerfs vaso-moteurs émanant du plexus. Il faut, pour connaître l'action complète du médicament, ajouter à celle sur le plexus l'action directe sur la muqueuse.

Les substances médicamenteuses se divisent en deux groupes :

Dans le premier, il faut classer les substances inertes dont le type est le charbon.

Vingt grammes de charbon donnés à un chien n'influencent ni la muqueuse du tube digestif qui conserve sa coloration normale,

ni le plexus solaire, puisqu'on ne trouve aucune sécrétion dans le tube digestif, ni les viscères qui ont leur aspect normal.

Dans le deuxième groupe, je rangerai les substances qui irritent la muqueuse du tube digestif, produisent le catarrhe de la muqueuse, irritent le plexus solaire, ses branches nerveuses et les viscères.

Je passerai en revue quelques-unes d'entre elles.

Le sulfate de magnésie n'agit pas, comme le disait Poiseuille, en faisant de l'osmose; il rougit la muqueuse du tube digestif; fait une excrétion de 250 grammes de liquide dans l'intestin du chien; quand on l'administre à la dose de 30 grammes, congestionne tous les viscères.

Il n'y a aucun rapport entre l'irritation de la muqueuse et le flux intestinal; le flux diarrhéique n'est pas dû au catarrhe de la muqueuse.

Le flux intestinal, le liquide, se compose d'eau et de chlorure de sodium, c'est-à-dire de deux des éléments du sang : l'eau et le sel.

Les purgatifs salins font donc le catarrhe de la muqueuse, paralysent les vaso-moteurs et excitent tout le système viscéral.

Le drastique agit bien plus énergiquement, détermine des désordres bien plus graves que le salin.

La coloquinte, à la dose de 50 centigrammes, au bout de deux heures, a rougi toute la muqueuse digestive, a fait des hémorragies dans le tissu cellulaire sous-muqueux, des ulcérations de la muqueuse, a augmenté les contractions musculaires de l'estomac, de l'intestin, et a entraîné dans l'intestin une excrétion d'un liquide alcalin composé d'eau, de chlorure, d'albumine, de leucocytes et de globules rouges, et a irrité tous les viscères bien plus que les purgatifs salins.

Les drastiques n'ont donc qu'un effet, c'est de troubler tout le tube digestif, d'y faire des lésions, de désorganiser les viscères.

Ils n'ont pas une action isolée sur tel ou tel viscère (il n'y a pas de substances cholagogues, par exemple) ; ils impressionnent tous les viscères défavorablement ; les drastiques sont des agents très dangereux et qui jamais ne devraient être utilisés dans la thérapeutique.

Le seigle ergoté, à la dose de 4 grammes, administré au chien, fait également un catarrhe de la muqueuse digestive, augmente les contractions musculaires de l'estomac et de l'intestin, congestionne les viscères, mais ne produit pas de flux diarrhéique; ce qui prouve que le catarrhe n'entraîne pas le flux, qu'il n'y a pas de rapport entre l'irritation de la muqueuse et la diarrhée, que ce sont là deux faits distincts, pas plus qu'il n'y a de relation entre l'augmentation de contraction des fibres musculaires et la diarrhée (comme le professaient Thiry et ses élèves).

Enfin je citerai l'expérience faite avec l'extrait d'opium :

Qu'il soit donné par la bouche ou par l'injection sous-cutanée, les effets physiologiques sont identiques.

L'opium à haute dose qui, dans une expérience non prolongée, anémie la muqueuse gastro-intestinale, fait, si l'expérience dure deux heures, du catarrhe de la muqueuse, augmente les contractions des fibres musculaires du tube digestif et n'entraîne pas de flux intestinal; si on répète plusieurs jours de suite l'usage de l'opium, on trouvera dans l'intestin une petite quantité de liquide identique comme composition à celui que donne le drastique.

Ces expériences, que j'ai répétées sur un assez grand nombre d'animaux, m'ont démontré que tous les médicaments administrés par l'estomac, qui ne sont pas inertes, ont une action générale et sur le tube digestif et sur les viscères abdominaux; qu'elle ne peut s'expliquer ni par les désordres qu'ils entraînent dans la muqueuse, ni par les modifications de contraction des fibres musculaires, ni par les modifications du sang. Tous les symptômes que l'on observe ne sont que consécutifs et dus à l'impression des médicaments sur le plexus solaire qui est le véritable centre nerveux de l'abdomen.

M. LABORDE fait des restrictions sur l'action de certaines des substances dont vient de parler M. Leven. Il y a d'abord de très grandes différences à faire, selon que ces substances sont introduites directement dans l'estomac ou sous la peau. Il faut en effet tenir compte, dans le premier cas, de l'action locale irritative. Pour le seigle ergoté, par exemple, il y a une grande distinction à faire selon qu'il s'agit de poudre de seigle ergoté introduit directement dans l'estomac ou d'une solution d'ergotine injectée sous la peau. En outre, le seigle ergoté agit comme vaso-constricteur typique; M. Laborde ne comprend donc pas l'action vaso-dilatatrice constatée par M. Leven.

M. LEVEN. Cela dépend des périodes pendant lesquelles on observe les effets de ces substances. L'opium, par exemple, exerce d'abord une action anémiante, puis une action congestive. Il en est de même pour le seigle ergoté qui exerce d'abord sur la muqueuse un effet de constriction; on trouve ensuite cette muqueuse rouge et congestionnée.

M. BLOT. M. Leven ne parle que des effets locaux, M. Laborde parle à la fois des effets locaux et généraux. En ne tenant compte que de l'état local de la muqueuse stomacale, M. Leven ne va certainement pas assez loin; à côté de cette réaction toute physique, il faudrait tenir compte de l'action générale physiologique.

M. LEVEN maintient que c'est l'action sur le plexus solaire qui est le point de départ de tous les phénomènes observés.

Transmission des maladies virulentes de la mère au fœtus. — M. STRAUS, en son nom et au nom de M. Chamberland, fait une communication sur ce sujet.

Animaux continuant à vivre enfermés dans du plâtre. — M. CHARLES RICHET a fait un certain nombre d'expériences sur les animaux enfermés dans du plâtre. Il montre une tortue complètement recouverte de plâtre, de telle sorte que la respiration soit à peine possible. Cette tortue a été ainsi placée dans cet appareil plâtré le 18 juillet. Aujourd'hui 11 novembre, elle est encore parfaitement en vie. M. Richet a enduit un de ces appareils de paraffine, de façon à le rendre imperméable à l'air. Il obtenait ainsi le minimum de la respiration compatible avec la vie. La grenouille ainsi claquemurée est encore parfaitement en vie. La persistance de la vie, dans ces cas, tient à l'immobilité qui permet le minimum de consommation.

M. MALASSEZ fait observer qu'il faut que la paraffine soit très épaisse pour être tout à fait imperméable.

M. GREHANT dit que les animaux de M. Richet devraient être placés sous une cloche de façon qu'on puisse calculer combien il y a d'oxygène absorbé et d'acide carbonique exhalé dans un temps donné.

Alimentation surazotée des volatiles. — M. REGNARD présente des canards de quatre mois nourris avec de la poudre de sang desséchée. Les résultats obtenus par cette alimentation sont des plus remarquables. M. Regnard a nourri de même des poulets, des jeunes faisans. L'application de cette méthode pourrait rendre les plus grands services dans les faisanderies. Pour les faisans, en effet, la poudre de sang remplacerait avec avantage les œufs de fourmis qu'on est souvent obligé d'aller chercher si loin.

M. LABORDE cite plusieurs exemples dans lesquels l'administration de cette méthode a rendu de très grands services, principalement chez des jeunes filles chloro-anémiques.

Procédé rapide pour transporter sur une feuille de collodion les tracés obtenus sur du papier enfumé (procédé collodiographique). — M. HÉNOCQUE. Le tracé, verni ou non, est étendu sur une lame de verre; on recouvre la face enfumée d'une forte couche de collodion riciné; on laisse sécher le collodion ; puis, faisant tremper la feuille dans l'eau, on sépare avec précaution le papier du collodion qui conserve le noir de fumée et forme une sorte de cliché, lequel peut être immédiatement employé pour les projections et servir à des reproductions photographiques, à faire des décalquages par le procédé Marion, enfin peut être utilisé pour la photogravure.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le jury pour le concours de l'agrégation en médecine (section de pathologie interne et de médecine légale) qui doit commencer le 1er décembre prochain est, si nous sommes bien informé, composé de la manière suivante :

Président : M. le professeur Lasègue. — *Juges titulaires :* MM. Sée, Fournier, Jaccoud, Cornil, Dieulafoy, Mayet (de Lyon), Dupré (de Montpellier), Bergeron (de l'Académie de médecine). — *Juges suppléants :* MM. Brouardel, Laboulbène, Peter, Parrot.

— M. le docteur Macret (H.-), est nommé médecin du bureau de bienfaisance du quatorzième arrondissement de Paris.

— *Faculté de médecine de Paris.* — MM. les étudiants consignataires pour l'épreuve seulement des premier et deuxième examens de doctorat (ancien régime) et des deuxième et troisième examens de doctorat (nouveau régime) sont priés de vouloir bien en faire la déclaration au secrétariat en réclamant le bulletin de versement. Ils éviteront ainsi des retards ou des erreurs dans les convocations.

— MM. les étudiants, inscrits pour subir leurs examens, seront placés en séries dans l'ordre de leur inscription à la Faculté (numéro d'ordre du bulletin de versement. Ceux d'entre eux qui, pour des motifs légitimes, désireraient que le jour de leur examen fût avancé ou retardé, devront en adresser la demande par écrit à M. le doyen. MM. les candidats seront mis en séries trois semaines au plus ou quinze jours au moins après le jour de leur inscription à la Faculté. Ce laps de temps est nécessaire pour rédiger la feuille des actes, soumettre cette feuille à la commission scolaire, la faire tirer et distribuer.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le professeur Cornil commencera le cours d'anatomie pathologique le mercredi 15 novembre 1882, à trois heures et demie, à l'École pratique (rue Vauquelin), et le continuera les lundis et mercredis suivants, à la même heure, et les vendredis à deux heures.

M. le professeur Duplay commencera son cours de pathologie chirurgicale, le mercredi 15 novembre 1882, à trois heures et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure.

M. Hanriot, professeur agrégé, commencera le cours auxiliaire de chimie biologique, le mercredi 15 novembre 1882, à trois heures, dans le petit amphithéâtre, et le continuera les mercredis suivants à la même heure.

M. le professeur Lasègue commencera le cours de clinique médicale, le jeudi 16 novembre 1882 à huit heures du matin, et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure. — Visite des malades à huit heures et demie tous les jours. — Le lundi, consultation externe; le mercredi, conférence d'anatomie pathologique; le vendredi, conférence de chimie pathologique.

— *École supérieure de pharmacie de Paris.* — L'ouverture des cours du premier semestre de l'année scolaire 1882-1883 aura lieu le mercredi 15 novembre.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la Maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 13635.

43

Eaux minérales de Vals.

Acidules, Gazeuzes, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre.	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude...	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse.	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.021	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives* Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux:* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ;— RIGOLETTE, chlorose, anémie ; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

62

Poudre Laxative de Vichy Rocher

CONTRE LA **Constipation**

Ne contient aucun drastique tels que : *Aloès, Podophylle, Scammonée, Jalap, etc.;*

Ne provoque pas les *Diarrhées* séreuses et débilitantes des *Purgatifs salins.*

GOUT AGRÉABLE. — Flacon **2** fr. **50**.

Pharmacie Rocher, 1, rue Perrée (Paris-Temple) ET TOUTES LES PHARMACIES.

71

CACHEXIE, RACHITISME, CONSOMPTION.

Peptone phosphatée Bayard

VIN : moitié de son poids de viande et 0gr,20 de *chlorhydrophosphate de chaux* par cuillerée.

54

Le phosphate monocalcique

CRISTALLISÉ DE BARBARIN

C'est le phosphate de chaux à son maximum de puissance et de pureté.

Le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.

Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. p. 30.
Vin id, id. à 1 — 60.

Paris, 163, r. de Belleville, et bonnes pharmies.

65

APPROUVÉES PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

Dragées de Gélis et Conté

AU LACTATE DE FER

Deux rapports académiques et de nombreuses expériences anciennes et récentes ont démontré leur supériorité sur tous les autres ferrugineux, et leur efficacité contre les *Pâles couleurs,* pour fortifier les *Constitutions lymphatiques*, et combattre toutes les maladies qui ont pour cause l'*Appauvrissement du sang.*

Dépôt général : LABÉLONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

40

VIANDE ET QUINA.

Vin Aroud au quina

et aux principes solubles de la Viande.

MÉDICAMENT ALIMENT d'une supériorité incontestable sur tous les vins de quina et sur tous les toniques et nutritifs connus, renfermant tous les principes solubles des plus riches écorces de quina et de la viande, représentant par 30 gr., 3 gr. de quina et 27 gr. de viande.— Prix : 5 fr.

Se vend chez J. Ferré, pharm., 102, *r. Richelieu,* successeur de Aroud, Paris, *et toutes pharm. de France et de l'étranger.*

1

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.

Orezza, EAU MINÉRALE FERRUGINEUSE ACIDULE

la plus riche en fer et acide carbonique.

Cette **eau** n'a pas de rivale pour la guérison des GASTRALGIES, FIÈVRES, CHLOROSE, ANÉMIE,

et toutes les maladies provenant de

L'APPAUVRISSEMENT DU SANG.

123

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales phies.

38

Coton iodé préparé par J. THOMAS

pharmacien de 1re classe.

Le Coton iodé est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique, dont on peut graduer les effets à volonté. On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hopitaux de Paris : le lumbago, la pleulodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc., ont été guéris, sans lésions de la peau, en un court espace de temps.

48, avenue d'Italie, Paris, et toutes les pharm.

35

Produits de l'Eucalyptus

par DELPECH et ARDISSON.

Les CAPSULES A L'ESSENCE PURE D'EUCALYPTUS (*Eucalyptol*), l'Alcoolature, le Sirop, le Vin, le Liniment réussissent contre : *Affections du poumon, névralgies, migraines, rhumatisme, pansement et désinfection des plaies.*

La phie DELPECH, rue du Bac, 23, prépare les **Capsules à l'Extrait éthéré de Cubèbe.**

120

Eau Minérale de Bussang

Gazeuse Naturelle

Souveraine contre la CHLOROSE, l'ANÉMIE et les maladies de l'ESTOMAC, des REINS et de la VESSIE. — RECONSTITUANTE.

Indiquée dans toutes les convalescences

On l'emploie à jeun ou aux repas, coupée avec le vin, ou mélangée à des sirops rafraîchissants.

Chez les Mnds d'*Eaux minérales* et bonnes Phies.

91

MALADIES DE LA GORGE
DE LA VOIX ET DE LA BOUCHE

Pastilles de Dethan

AU SEL DE BERTHOLET (*chlorate de potasse*), contre les maux de gorge, angines, extinctions de voix, ulcérations de la bouche, scorbut et salivation mercurielle.

Adh. DETHAN, pharmacien, rue de Strasbourg, 10, Paris, et dans toutes les principales pharmacies de France et de l'étranger.

Adh. Dethan

52

Pastilles Géraudel

agissant par inhalation et par absorption contre toutes maladies des voies respiratoires.

Seules PASTILLES DE GOUDRON *récompensées par jury international, Exposit. univers.* 1878, *Paris.* — Expérimentées, par décision ministérielle, sur l'avis du Conseil de santé.

Détail : dans toutes phies ; Gros : Géraudel, pharmacien de 1re cl., à Ste-Ménehould (Marne).

41

Rhumatismes. Guérison par la

Flanelle et la Ouate végétale du Pin sylvestre.

REYNAUD, chemisier, rue de la Paix, 22, Paris.

22

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de Sirop de Henry Mure contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : cinq francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

23

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire ; apaise les douleurs des reins et de la vessie ; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : deux francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou, et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

7

Les Dragées Carbonel

AU PERCHLORURE DE FER PUR.

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant quatre gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : quatre francs.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies.— Vente en gros chez tous les droguistes.

50

Institut orthopédique

28, rue Lauriston. Traitement des difformités de la taille, gibbosités, pieds-bots, fausses ankyloses du genou, torticolis, coxalgies. — Médecin en chef : E. Duval, seul élève de son père, le docteur V. Duval, directeur pendant plus de quarante ans des traitements orthopédiques dans les hôpitaux de Paris. — Jardin, gymnase.

47

PHTHISIE, AFFECTIONS DES BRONCHES.

Capsules molles de Bourgeaud

à la **CRÉOSOTE VRAIE** du goudron de hêtre et à l'**Huile de foie de morue.**— *Récompense unique à l'Exposit. universelle de Paris,* 1878. Les seules expérimentées et employées dans les Hôpitaux de Paris. — BOURGEAUD, pharm. de 1re cl., fourn. des hôp., 20, r. de Rambuteau, Paris.

Capsules contenant 0,02, 0,05 et 0,10 de créosote. la boîte, 4 fr. — Vin et Huile créosotés conten. 0,20 de créosote par cuillerée, la bouteille, 5 fr.

82

Diathèse urique

Goutte, gravelle, rhumatisme, diabète, albuminurie, coliques néphrétiques, coliqes hépatiques.

CARBONATE DE LITHINE.
CITRATE DE LITHINE.
BENZOATE DE LITHINE.
SALICYLATE DE LITHINE.
BROMHYDRATE DE LITHINE.

Granulés effervescents de Ch. LE PERDRIEL.

Les sels granulés effervescents étant très-solubles, la Lithine est sûrement assimilée.

Vingt ans de succès.

Paris, 9, rue Milton et dans toutes les pharm.

97

Pelletiérine de Tanret

Lauréat de l'Institut.

C'est le tænifuge le plus sûr et le plus facile à prendre. Elle ne se délivre que par doses préparées pour adultes et avec le mode d'emploi.

LA PELLETIÉRINE TANRET EST ADOPTÉE PAR LA MARINE ET LES HOPITAUX DE PARIS.

Paris, phie Tanret, 64, rue Basse-du-Rempart.

N° 132. — JEUDI 16 NOVEMBRE 1882. 55e ANNÉE. JEUDI 16 NOVEMBRE 1882. — N° 132.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La fièvre typhoïde a fait, à elle seule, tous les frais de la séance de l'Académie et elle a défrayé aussi en partie la dernière séance de la Société médicale des hôpitaux, où a été lu le rapport sur les maladies régnantes du troisième trimestre de l'année. Ce rapport, dont les documents relatifs aux premières phases de l'épidémie typhoïde durant les mois de juillet, août et septembre font le principal intérêt, sera publié à peu près intégralement dans notre compte rendu de cette Société.

Quant à la discussion de l'Académie, elle a roulé tout entière sur l'étiologie et la prophylaxie des épidémies typhoïdes. MM. Noël Gueneau de Mussy et J. Rochard, dans deux discours très remarquables et écoutés avec un très vif intérêt, ont exposé à qui mieux mieux les nombreuses causes d'insalubrité qui subsistent encore, soit sur la voie publique, soit dans les sous-sols, soit dans l'intérieur des maisons, soit dans les environs mêmes de Paris; causes dont les effets s'accroissent incessamment en raison de l'accroissement incessant lui-même de la population et de l'encombrement qui en résulte dans les quartiers populeux. Jamais peut-être ce tableau de Paris n'avait été peint sous d'aussi sombres couleurs et le cri *Caveant consules!* n'avait été poussé avec autant d'unanimité et d'énergie qu'il l'a été dans cette dernière séance de l'Académie.

La séance prochaine nous promet un retour à la question du traitement de la fièvre typhoïde, par l'organe de M. Hardy, qui s'est inscrit.

HOPITAL NECKER. — M. Potain.

I. Érysipèle de la face. — II. Tuberculisation pulmonaire. — III. Sclérose des cordons postérieurs. — IV. Tuberculisation et affection du cœur.

I. Parmi les malades qui sont entrés dans nos salles depuis deux jours, nous citerons d'abord celui du n° 13 de la salle Saint-Luc, qui a été amené ici pour un érysipèle de la face des plus bénins, avec quelques petites phlyctènes. La maladie est en bonne voie d'amélioration, la température s'abaisse depuis son arrivée dans nos salles. Son érysipèle en est au cinquième jour pour la face du moins, et non pour l'érysipèle proprement dit qui a commencé par la gorge sans déterminer une bien grande gêne de la déglutition en raison même de son siège à la partie supérieure du pharynx. La maladie a donc débuté par une pharyngite érysipélateuse supérieure avec engorgement des ganglions sous-maxillaires, ce qu'autrefois l'on considérait comme le signe précurseur d'un érysipèle et non comme cette maladie même.

Ici, les premiers phénomènes érysipélateux n'étaient point accessibles à la vue; de la partie supérieure du pharynx ils ont gagné la narine gauche, puis la droite, pour s'étendre bientôt à toute la figure.

Aujourd'hui ce qui prédomine surtout, c'est un certain degré d'embarras gastrique dont nous aurons raison au moyen d'un purgatif.

II. Au n° 16, nous avons un malade qui est entré avec une tuberculisation pulmonaire caractérisée par une certaine obscurité du son au sommet avec craquements humides circonscrits sous la clavicule gauche, facilement reconnaissables aujourd'hui surtout; car, ces jours derniers, ils étaient en grande partie masqués par une bronchite généralisée assez intense. Ce sont là des cas où pendant quelques jours le diagnostic peut rester indécis.

Notre malade est un homme de quarante ans, âge auquel il est assez rare de voir la tuberculisation apparaître. La maladie a débuté assez brusquement, il y a six semaines, par des malaises, une certaine faiblesse, de la toux, affectant bien plutôt la marche d'une bronchite ou d'une pneumonie que celle de la phtisie pulmonaire. Il ne semble pas qu'il y ait eu de période prodromique; point d'amaigrissement, point de perte d'appétit, peu de fièvre au début; tandis que l'un des éléments de diagnostic de la tuberculisation, c'est la détérioration progressive de l'organisme. Aussi, lorsque cet homme nous affirme qu'il est tombé tout à coup malade, nous sommes vivement portés à croire qu'il ne s'est point observé pendant les premiers temps qui ont précédé l'apparition du mal.

Quoi qu'il en soit, il est pour nous certain aujourd'hui que cet homme est tuberculeux; et pour admettre que la tuberculose ne date que d'un mois, il nous faudrait croire

soit à une marche rapide que les phénomènes actuels paraissent démentir, soit au début du mal par une pneumonie passée inaperçue. Au point de vue du pronostic, cette seconde hypothèse serait moins grave que la première. Enfin une troisième supposition serait que sa tuberculisation a un caractère chronique à développement lent.

Quoi qu'il en soit, la maladie a, chez lui, une marche lente et l'état général n'est pas si détérioré que nous devions désespérer d'obtenir une amélioration. Aussi recourrons-nous à une médication topique par des cautères sur le côté gauche de la poitrine qui ont l'avantage de diminuer beaucoup la tendance aux congestions pulmonaires.

III. Le malade du n° 33 est atteint d'une affection mal faite pour nous, en ce sens qu'elle ne rentre pas commodément dans le cadre nosologique. Une dénomination précise est assez difficile à lui donner; ce que nous pouvons dire tout d'abord, c'est qu'il s'agit d'une affection myélique chronique avec altérations progressives.

Le début a été caractérisé par des malaises vagues, des maux de tête, un certain degré d'affaiblissement et d'engourdissement dans les membres, des douleurs en ceinture surtout dans la région postérieure, de la difficulté dans la fixité du regard, une sorte de flottement de l'œil qui n'est pas de la diplopie. Tout cela ne dirait pas encore grand'-chose; les troubles de la sensibilité sont très médiocres, mais il existe un trouble d'équilibration manifeste lorsque le malade, debout, les pieds joints, ferme les yeux. Cependant la marche s'effectue sans difficulté, sans hésitation ni aucune anomalie; cet homme tourne sur ses talons sans la moindre difficulté.

De plus, les réflexes, ordinairement troublés dès le début de la maladie qui nous occupe, sont conservés chez lui sans diminution appréciable, un seul excepté, celui de la plante du pied gauche, lequel nous suffit pour indiquer qu'il existe réellement quelque modification dans les fonctions du système nerveux.

En résumé, les quelques troubles de l'innervation qui sont manifestes se rapportent surtout à une sclérose des cordons postérieurs, sclérose disséminée, en raison même de la conservation normale de certains actes fonctionnels.

IV. Si maintenant nous passons à la salle Sainte-Adélaïde, nous trouvons au n° 11 une jeune Africaine de dix-neuf ans, à Paris depuis un an, manifestement strumeuse. Elle présente non seulement la cicatrice de ganglions suppurés, mais encore une petite tuméfaction due à l'existence d'un ganglion qui n'a pas encore été évacué.

Cette jeune fille tousse depuis quelque temps; elle a eu quelques petits crachements de sang qui n'auraient pas une grande importance s'il n'y avait pas dans la fosse sous-épineuse gauche une diminution notable de la sonorité, un retentissement manifeste de la voix, en un mot, les signes évidents d'une tuberculisation commençante du sommet. Ajoutons à cela que la température est d'un dixième de degré plus élevée à gauche qu'à droite, soit en avant, soit en arrière au même niveau de la poitrine comme chez les tuberculeux.

Enfin il existe aussi chez elle une affection du cœur. On entend à la pointe un souffle systolique très net, un peu rude, d'une tonalité un peu élevée; le cœur est large et la pointe bat dans le cinquième espace intercostal. Le souffle est complètement systolique : il commence avec le premier bruit du cœur et finit avec le deuxième, remplissant ainsi tout le petit silence. Il se distingue des souffles extra-cardiaques, c'est-à-dire qui se produisent dans le poumon, en ce sens que ces derniers sont méso-systoliques, très doux, superficiels, quelquefois un peu sibilants, se confondent comme timbre avec le murmure vésiculaire et ont leur maximum un peu au-dessus de la pointe du cœur dans le troisième espace intercostal.

Il y a donc chez notre jeune Africaine une insuffisance mitrale; l'impulsion du cœur n'est pas très excessive, la matité n'est pas très considérable comme étendue. Mais on entend, de plus, un dédoublement du second bruit, à la base, dédoublement constant, caractéristique d'un rétrécissement de l'orifice mitral.

En résumé, notre malade est atteinte d'une affection du cœur d'origine rhumatismale; elle a eu, en effet, un rhumatisme articulaire aigu à Alger, il y a deux ans, et pour lequel elle a gardé le lit pendant un mois environ sans avoir éprouvé, dit-elle, à cette époque aucun phénomène cardiaque morbide. Ce n'est qu'un peu plus tard qu'elle a commencé à avoir des étouffements, une certaine anhélation, la respiration moins longue, tous accidents en rapport avec une lésion cardiaque dont l'origine remontait à l'affection rhumatismale.

Il est assez rare de trouver associées ensemble une tuberculisation pulmonaire et une affection du cœur, si ce n'est le rétrécissement de l'artère pulmonaire, lequel prédispose à la maladie du poumon. Ici ce n'est point le cas, la lésion cardiaque portait sur l'orifice mitral seul. Cette complication, bien que fâcheuse, n'aggrave cependant pas beaucoup notre pronostic, et le repos joint à des soins convenables peut nous permettre d'espérer que nous arriverons à enrayer les progrès de la tuberculisation pulmonaire.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 novembre 1882. — Présidence de M. Gavarret.

CORRESPONDANCE

Elle comprend : 1° des lettres de candidatures de MM. Bouchardat fils, Javal, Henninger, Hardy, Brame (de Tours) pour la section de physique et de chimie, Cadet de Gassicourt pour la section de pathologie médicale; 2° une note sur l'épidémie de fièvre typhoïde au Gros-Caillou, par M. Paul Raymond; 3° une note de M. Pigeon (de la Nièvre) sur les vaccinations et la fièvre typhoïde; 4° un travail de M. Bertherand (d'Alger) sur la variolisation des Arabes (Comm. MM. Blot, Fournier et Bouley); 5° un extrait du rapport sur le service de santé du 5e régiment de hussards, caserne de la Part-Dieu, à Lyon, par M. Challan de Belval, médecin-major; 6° un rapport du même auteur sur l'hôpital militaire d'Orléansville.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA FIÈVRE TYPHOIDE

M. N. GUENEAU DE MUSSY. La discussion ouverte sur l'épidémie de fièvre typhoïde qui sévit en ce moment sur Paris, a un double objet. Elle doit : 1° chercher à éclairer les causes de cette épidémie, et 2° indiquer les moyens les plus propres à en limiter les ravages et à guérir ceux qui en sont atteints.

Pour arriver à la solution du problème étiologique, M. Proust a montré la nécessité d'une centralisation, depuis longtemps demandée, de nos institutions sanitaires, et il a proposé, comme modèle, l'admirable bureau d'hygiène de Bruxelles, dont j'ai eu déjà l'oc-

casion de rappeler les excellents résultats. Mais, tout en demandant d'une voix unanime ces institutions, il me semble que nous ne sommes pas dépourvus de renseignements sur les causes qui peuvent produire ces épidémies et que nous pouvons, dès à présent, signaler à l'autorité les vices de la situation hygiénique de Paris qui appellent des réformes.

M. Gueneau de Mussy rappelle que, dans le travail sur l'étiologie de la fièvre typhoïde qu'il a offert à l'Académie en 1877, il affirmait la spécificité et la contagiosité de cette affection, et soutenait que son origine la plus commune devait être placée dans les déjections des malades.

Cette opinion, qui a été très répandue depuis, ne doit cependant pas être admise sans réserve ; on peut concevoir, en effet, pour la dothiénentérie, un autre habitat et un autre milieu de culture que l'organisme qui en a reçu l'imprégnation.

En partant de ces prémisses, la prophylaxie de la dothiénentérie doit avoir pour un des objets les plus importants de ses efforts, d'éloigner de l'air que nous respirons, des boissons et des aliments dont nous faisons usage, les émanations et les infiltrations des déjections dothiénentériques ; car, dans leurs conditions actuelles, nos égouts sont peu propres à remplir le rôle qu'on leur attribue. J'avais prévu qu'ils pourraient devenir un danger permanent d'infection et que ce danger serait encore bien plus grand si, trompant la vigilante surveillance de nos médecins sanitaires, le choléra parvenait à s'introduire dans nos murs.

Depuis que j'ai signalé ces périls, loin de s'améliorer, l'état de nos égouts est devenu plus mauvais ; on a développé la surface des égouts sans augmenter proportionnellement la quantité d'eau qui y circule.

Ce que je viens de dire de l'atmosphère des rues s'applique à l'atmosphère des maisons. Si les déjections des dothiénentériques sont, comme je le crois, le principal véhicule du germe transmissible de la maladie, il est important que les réservoirs qui les reçoivent soient isolés de l'atmosphère des appartements ; et pour cela il faudrait que les cuvettes des cabinets renfermassent toujours une quantité d'eau suffisante, que le tuyau qui la fait communiquer avec l'égout ou avec la fosse fût également muni de soupape, et qu'au-dessus de ces soupapes ou de tout autre appareil d'isolement, il y eût un ventilateur pour empêcher que l'air, déplacé dans ce tuyau par la chute de l'eau et des matières, ne refluât dans l'appartement. Il faudrait exiger des propriétaires la mise en pratique de toutes ces précautions si nécessaires et les exiger à tous les étages ; car il y a, entre les habitants des appartements convenablement tenus et ceux qui logent dans les locaux négligés et insalubres, une solidarité devant la maladie qui ne tient compte ni du rang ni de la fortune. La diffusion des gaz peut porter, dans toute l'étendue de l'habitation commune, les germes morbigènes dont l'air est le véhicule.

Cette solidarité d'intérêts entre le riche et le pauvre peut s'étendre beaucoup plus loin. Dans les logements infects de certains quartiers de Paris, dont il a été plusieurs fois question, les exhalaisons des latrines sont un des éléments de l'atmosphère qu'on y respire. C'est là que souvent naissent les épidémies. Que les habitants des quartiers luxueux ne se rassurent pas sur la distance qui les sépare de ces foyers, l'égout qui va de l'un à l'autre peut porter et répandre dans la demeure du riche ces germes nés dans le taudis de la misère. S'il veut s'en préserver, qu'il contribue à le détruire dans sa source, en prélevant, s'il le faut, sur son superflu. En agissant ainsi, non seulement il aura fait une œuvre charitable, mais il aura travaillé pour son propre intérêt.

Que les modifications apportées aux égouts et aux réservoirs de vidanges soient, avec la fourniture d'une eau abondante et salubre, mises au premier rang des dépenses publiques. La qualité des eaux laisse souvent autant à désirer que la quantité, et trop souvent les eaux de la Dhuys et de la Vanne sont mêlées aux eaux impures de l'Ourcq ou de la Seine prises en aval de Paris, toutes chargées de détritus organiques et peut-être de germes infectieux. Combien les Romains comprenaient mieux l'hygiène avec leurs douze aqueducs dont quatre ou cinq, qui subsistent encore aujourd'hui, suffisent à l'alimentation de la ville moderne ! M. Haussmann, en généralisant la canalisation souterraine de Paris, s'était préoccupé d'y amener une quantité d'eau suffisante et avait obtenu des crédits pour prendre dans la Nièvre une dérivation de la Loire qui devait arriver à Paris. Ne pourrait-on reprendre la réalisation d'un plan si bien conçu ? Il est dispendieux, mais on trouve de l'argent pour des dépenses de luxe, pour des fêtes moins indispensables au bonheur du peuple que des mesures d'assainissement qui sont de l'intérêt de tous et, à la fois, une condition de bien-être et de moralisation.

Sans rendre les égouts et le système de vidange exclusivement responsables de l'épidémie actuelle ou, pour mieux dire, des épidémies, il faut tenir compte aussi bien de la diphtérie que de la fièvre typhoïde. M. Gueneau de Mussy les considère comme des facteurs très importants de ces épidémies. L'épidémie actuelle a dû trouver un coefficient dans la température du dernier hiver, la chaleur paraissant favoriser l'évolution du germe dothiénentérique. Relativement aux bains froids que, par parenthèse, il condamne pour le traitement de la fièvre typhoïde, M. Gueneau de Mussy se demande si un de leurs effets ne serait pas de troubler l'évolution et la multiplication des germes infectieux.

L'orateur partage entièrement l'opinion de M. Proust sur les conditions d'une bonne prophylaxie et la nécessité d'une bonne direction donnée aux mesures préventives. Mais il faut une déclaration exacte des maladies infectieuses, et ici M. Gueneau de Mussy fait appel au bon vouloir des praticiens de la Ville ; il est même partisan de la déclaration obligatoire et regrette qu'il n'existe pas en France comme en Belgique un service d'inspection spéciale dans les cas de maladies infectieuses. Il voudrait que les habitants aisés fussent forcés de prendre les mesures prescrites à leurs frais et que la commune fournît aux malades pauvres les moyens de le faire. Pour ceux qui doivent être transportés à l'hôpital, que l'Administration fournisse les moyens de transport. Mais il faudrait, pour cela, à Paris comme à Bruxelles, une administration sanitaire permanente, non un ministère soumis aux fluctuations de la politique, mais un simple bureau d'hygiène. Quelle dépense plus utile, quel intérêt plus grand que la conservation de ce capital vivant qui est à la fois la première condition de la force et la première source de richesse ! A Bruxelles, on a construit un palais pour ce bureau d'hygiène. A Paris, M. Gueneau de Mussy propose d'y affecter le palais d'Orsay, où l'on pourrait trouver une place pour l'Académie et des salles pour les sociétés savantes. Ce serait le temple de la science et de l'hygiène, et un gouvernement qui fonderait une pareille institution aurait mieux mérité du pays et de l'humanité que celui qui achète au prix du sang des victoires éphémères. La guerre aux maladies infectieuses nous promet des résultats plus durables et plus satisfaisants. (Applaudissements.)

M. ROCHARD, bien que son prédécesseur, M. Gueneau de Mussy, ait développé une grande partie des arguments qu'il voulait présenter, croit qu'il y a encore beaucoup à glaner dans le champ que son collègue a si brillamment parcouru. De quoi s'agit-il ? d'une question d'étiologie et de prophylaxie. La fièvre typhoïde, dit M. Rochard, est fille de l'encombrement et de la malpropreté. Elle atteint plus spécialement des hommes jeunes, mal nourris, mal logés et surmenés de travail. C'est dans les casernes que ces conditions se trouvent le plus souvent réunies. Quand une épidémie de fièvre typhoïde éclate dans une caserne, que fait-on ? On prend dans l'armée les mêmes mesures que dans la marine ; on commence par évacuer la caserne, on l'aère, on la lave, on recouvre les murs de chaux, puis on y fait rentrer les hommes ; pendant quelque temps la maladie ne se montre plus, puis, à un moment donné, les mêmes mauvaises conditions hygiéniques se trouvent de nouveau réunies, une nouvelle épidémie apparaît. Les choses se passent de même à bord. Tout le prouve, la fièvre typhoïde est le résultat de l'encombrement. Faut-il conclure qu'elle naît spontanément ? On peut admettre que les germes existent, mais il faut un terrain convenable, un milieu propice à leur développement. La fièvre typhoïde n'a rien de fatal,

contrairement à l'opinion soutenue au Congrès de Genève par le docteur Arnould ; elle est le fait de l'inobservation des lois de l'hygiène ; il ne faut pas se payer des mots de génie épidémique, de constitution médicale ; des faits démontrent que la maladie en question suit la même voie que l'encombrement, se développe avec les mauvaises conditions hygiéniques d'une ville, progresse avec l'accroissement de la population. Par exemple, de 1869 à 1874, tandis qu'à Paris la fièvre typhoïde entraîne, sur 100,000 habitants, 48,6 décès, de 1876 à 1881 elle en entraîne 96,4. Il en est de même pour la diphtérie : dans la première période de 1869 à 1874, 53 décès pour 100,000 habitants, plus tard 88,8, actuellement enfin 101,3. La mortalité par la diphtérie a donc presque doublé. Il serait facile de démontrer qu'il en est de même pour la variole, la rougeole, la scarlatine. Comme l'a prouvé M. Brouardel, il y a eu à Paris un accroissement constant, périodique, de toutes les maladies infectieuses.

Si l'on consulte les statistiques intéressantes de Niesler, qui portent, non plus sur Paris, non plus sur la France, mais sur le monde entier, on voit au contraire que la fièvre typhoïde diminue, s'arrête dans sa marche devant les progrès de l'hygiène et de la civilisation. Or, si elle augmente en France, la conséquence en est facile à tirer.

L'épidémie actuelle présente des allures de bénignité trompeuses ; en effet, nous avons perdu 2,300 malades, ce qui est un chiffre réellement considérable. Nous avons eu six fois plus de morts par la typhoïde en octobre 1882 que dans le même mois de l'année précédente. L'épidémie offre actuellement une décroissance très marquée et très rassurante. La bénignité en est réelle, puisqu'on ne compte qu'un décès sur quinze cas. Cette décroissance de l'épidémie actuelle peut, en partie, s'expliquer par les considérations atmosphériques que nous traversons. Ces grandes pluies, en effet, purifient l'atmosphère, lavent les maisons depuis la toiture jusqu'aux soupiraux des caves, donnent à boire à ces malheureux égouts si pauvrement pourvus d'eau. En outre, les vents du sud-ouest sont assez généralement tièdes et portent à ouvrir les fenêtres et, conséquemment, à ventiler l'intérieur des logements. Enfin nous entrons dans l'hiver, période de décroissance habituelle de la fièvre typhoïde. Mais les mêmes conditions étiologiques se trouveront de nouveau réalisées à la fin de l'été prochain. D'ici là nous avons neuf mois devant nous : si nous savons bien les employer, nous arriverons peut-être à prévenir en partie les effets que nous déplorons aujourd'hui.

M. Marjolin à cette tribune, M. Du Mesnil à la Société de médecine publique, ont tracé un tableau émouvant des logements, des taudis dans lesquels la fièvre typhoïde fait le plus de ravages. L'encombrement des quartiers les plus éprouvés a été péremptoirement démontré par M. Du Mesnil, qui, une première fois, en 1876, a fait le dénombrement complet de tous les hôtels garnis de Paris, depuis le Grand-Hôtel jusqu'aux garnis où l'on loge à la nuit, voire même à la corde. Il vient de faire le même travail et il est arrivé à cette conclusion générale que de 1876 (1er juillet) à 1882 (2 octobre), le nombre des logeurs en garnis a augmenté de un quart, tandis que celui des locataires a augmenté des deux tiers. Pour ne citer que quelques arrondissements, plus particulièrement maltraités par la fièvre typhoïde, on voit que, par exemple, pour le IVe arrondissement, le nombre des garnis est en 1876 de 594, en 1882 de 682, tandis que le nombre des locataires, qui, en 1876, était de 9,208, est, en 1882, de 16,266 ; pour le XIe arrondissement, le nombre des garnis est, en 1876, de 559, en 1882 de 545 ; le nombre des locataires, en 1876, de 10,471, en 1882 de 13,886. Dans le XVe arrondissement, la progression est encore plus sensible : en 1876, 350 garnis, 4,435 locataires ; en 1882, 633 garnis, 13,750 locataires. Pour le XVIIIe, en 1876, 601 garnis, 8,933 locataires ; en 1882, 853 garnis, 20,816 locataires ; enfin pour le XIXe, en 1876, 517 garnis, 9,074 locataires ; en 1882, 752 garnis, 17,662 locataires. En résumé, en 1876 (1er juillet), il y avait à Paris 9,050 logeurs et 142,671 locataires. En 1882, il y a 11,535 logeurs et 243,564 locataires. Cet accroissement de la population explique donc l'encombrement et la fièvre typhoïde qui marche avec lui. Cet encombrement est surtout constitué par des ouvriers en bâtiment, venant non seulement de la province, mais aussi de l'étranger et surtout de l'Italie. Le nombre de ces ouvriers va toujours croissant. De 1877 à 1881 il en est arrivé 127,229. Le nombre des étrangers s'élève beaucoup plus que celui des ouvriers français ; ces ouvriers nouveaux venus sont des hommes jeunes, mal nourris, mal logés, surmenés, c'est-à-dire présentant toutes les conditions de réceptivité pour la fièvre typhoïde.

M. Marjolin a montré l'influence de la malpropreté des habitants, des logements, des cours, des rues, des égouts sur le développement de l'épidémie actuelle. M. Rochard insiste à son tour sur l'insuffisance des eaux, sur la malpropreté de l'eau de Seine, à laquelle, en cas de sécheresse, sont souvent mélangées les eaux de la Dhuys, sur l'influence désastreuse des dépotoirs qui se trouvent en amont de la Seine, sur l'augmentation considérable des populations suburbaines de Créteil, Saint-Maur, Joinville, etc., qui envoient leurs égouts, leurs vidanges, leurs eaux ménagères dans la Marne, sur cette enceinte d'usines insalubres qui entourent Paris et qui y envoient toujours des émanations désagréables, de quelque côté que vienne le vent, puisqu'il y en a maintenant au nord, au sud, à l'est et à l'ouest, sur les 2,000 mètres cubes d'ordures qui sont enlevées chaque jour par 600 tombereaux et transportées trop près de Paris, à Montreuil par exemple, où il s'en trouve accumulées depuis plusieurs années, etc., etc., comme autant de facteurs dont on doit tenir compte dans l'étude de l'étiologie des dernières épidémies de fièvre typhoïde.

Passant ensuite à l'examen des mesures prophylactiques proposées, il croit qu'on exagère la valeur des désinfectants et surtout la nécessité de l'isolement pour la fièvre typhoïde qui n'est pas, à beaucoup près, transmissible comme la variole ou la scarlatine. Ainsi, dans l'épidémie actuelle, on n'a compté, dans les hôpitaux, que vingt-cinq cas intérieurs. On n'a pas eu à déplorer la mort d'un seul médecin, ni d'un seul élève, ni d'une sœur, ni d'un infirmier (1).

Ayant eu lui-même, à bord, une épidémie terrible de fièvre typhoïde, il n'a pas perdu un seul collègue, ni une seule sœur, ni un infirmier. L'isolement n'est donc pas même nécessaire. M. Rochard partage entièrement l'opinion de M. Proust, à savoir qu'on ne fera de bonne hygiène que quand la santé publique sera sous la direction d'un pouvoir autonome, compétent et responsable. Mais il est à craindre qu'il ne se passe encore beaucoup de temps avant que ces vœux si sages, si rationnels ne soient réalisés. Voilà trente mois que M. Martin a lu, à la Société de médecine publique, un travail sur ce sujet et a proposé un plan qui a rallié tous les suffrages. Ce plan a été aussitôt envoyé au ministère compétent...... il y est encore. Il ne faut donc pas nous faire d'illusions sur le succès de nos demandes et de nos propositions, mais il n'importe pas moins d'examiner ce que nous ferions si nous avions pour nous l'autorité et la liberté d'action.

Il y aurait lieu tout d'abord d'exiger l'exécution de la loi de 1810 sur les établissements insalubres ; nous savons qu'on a essayé ; l'administration a fait des procès, mais les industriels poursuivis en ont constamment rappelé et ont fini par avoir gain de cause. Relativement aux égouts, que le « tout à l'égout » soit ou non adopté, il importe, il est de toute nécessité qu'une ville comme Paris s'assure une quantité d'eau plus que suffisante. Quant à la loi sur les logements insalubres, l'histoire en a été faite suffisamment ; cette loi est sur le point d'être modifiée dans le sens que nous désirons ; mais, à notre époque et dans notre pays, c'est aboutir qui est difficile. Enfin il faudrait favoriser l'augmentation du nombre des maisons et des cités ouvrières. Au lieu de constructions riches qui restent à louer, il serait plus utile et certainement plus lucratif pour les entrepreneurs et les propriétaires eux-mêmes de construire, dans des quartiers excentriques, des cités ouvrières.

(1) Nous croyons que c'est là une erreur ; plusieurs élèves des hôpitaux sont morts de la fièvre typhoïde, très probablement contractée dans leur service.

Grâce à un dégrèvement d'impôts pendant quelques années, ces cités pourraient être louées moins cher aux ouvriers que les galetas et les taudis qu'ils habitent aujourd'hui. Il faudrait y faire venir l'eau et le gaz en grande abondance ; il y faudrait également favoriser l'arrivée des tramways et des omnibus. On parviendrait ainsi à obtenir peu à peu le désencombrement.

Presque toutes ces mesures sont de nature à être prises de suite et dépendent uniquement du préfet de police. Le rôle, le devoir même de l'Académie est, dans ces grandes questions d'hygiène publique, d'avertir l'autorité du mal qui existe, d'indiquer le remède.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

La Captivité de Mme la duchesse de Berry à Blaye (1).

Journal du docteur P. Ménière.

Il y a quelques semaines, on élevait une statue à un savant de premier ordre, dont toute la vie a été consacrée au culte de la science. Nous voyons encore ce vénéré maître arriver au premier signal dans le temple élevé à l'imprimerie par les Didot, et que notre imprimeur actuel, M. Chamerot, maintient avec tant d'honneur à la tête de la typographie française. Espoir du compositeur que la *copie* académique faisait attendre, M. Becquerel était toujours sur la brèche, et ses mémoires succédaient à ses mémoires avec une activité toute juvénile. L'âge n'avait pas de prise sur lui ; toujours au travail ; il est mort la plume à la main.

En inscrivant, en tête de cet article, le nom du docteur Ménière, nos regrets et notre admiration pour M. Becquerel ne nous font pas sortir de la même famille. M. Becquerel avait donné sa fille en mariage à M. le docteur Prosper Ménière, et c'est le petit-fils de M. Becquerel, notre sympathique confrère le docteur Émile Ménière, qui, obéissant aux vœux de son père, nous donne le très intéressant Journal de la captivité de la duchesse de Berry.

Si les années qui nous séparent de 1833 sont déjà bien nombreuses, les passions de cette époque ne sont pas encore complètement éteintes, et le document que nous présentons à nos lecteurs soulève encore bien des points de controverse. Mais, dans un journal comme la *Gazette des Hôpitaux*, on doit éviter avec soin tout ce qui peut froisser les opinions politiques d'un public nombreux, éclairé et si à même de se faire une opinion.

Restons donc sur le terrain médical : aussi bien M. le docteur P. Ménière n'arrivait-il à Blaye que comme médecin. Il n'eût pas accepté d'autre mission ; mais ce qui, dans son Journal, mérite toute notre attention, c'est le côté pratique si intéressant qui se développe au jour le jour.

Il est inutile de rappeler par quel concours de circonstances Mme la duchesse de Berry se trouvait à Blaye en 1833. Son état réclamait les soins d'un médecin. Il fallait un homme instruit, intelligent, qui voulût bien s'enfermer dans une prison. La citadelle de Blaye en était une. Orfila eut la main heureuse : il proposa le docteur P. Ménière. C'était un homme jeune, ayant déjà fait ses preuves scientifiques, et, ce qui devait bien lui servir, d'un esprit fin et délicat.

(1) 2 vol. in-8. Prix : 15 fr. Paris, Calmann Lévy.

En se reportant à l'année 1833, où les ardeurs des luttes politiques dépassaient toute vraisemblance, on comprendra l'inquiétude dont ne pouvait se défendre un jeune médecin, dont la responsabilité était si engagée. La duchesse de Berry présentait des troubles que M. Ménière suivait d'un œil inquiet. Mal accueilli d'abord, avec une patience, une finesse, un tact que rien ne peut mettre en défaut, notre confrère s'empare peu à peu de la confiance de sa malade.

Il faut le suivre dans cette lutte de chaque jour, voir ses craintes, ses espérances, ses découragements, pour se rendre compte des difficultés de sa tâche. Le soir venu, il tient un journal, où nous trouvons retracé chaque évènement avec la franchise, l'abandon, quelquefois la mauvaise humeur, suite du découragement de la journée. Au bout d'un mois il a gagné la bataille : « Mes relations avec la princesse deviennent de plus en plus agréables. » Et certes ce n'a pas été sans peine ; mais le médecin est enfin apprécié par sa noble cliente et il saura, à force de dévouement, conserver une confiance si dure à obtenir.

Le Journal du docteur Ménière ne saurait être analysé sans en déflorer tout le charme. C'est une lecture des plus attrayantes où les scènes de gaieté succèdent aux scènes de tristesse : c'est la vie d'une prisonnière avec toutes ses espérances, tous ses déboires, tous ses partis pris et tous ses découragements ; le tout écrit au jour le jour d'une manière charmante, quelquefois caustique, parfois même gauloise ; notre confrère ne recule devant aucune reproduction d'anecdote, à la condition que la forme reste élégante et de bonne compagnie. La princesse aime parfois à rire, et son médecin est prêt à lui tenir le dé.

Que de charmants tableaux et comme nous voyons défiler devant nous toute une galerie de confrères qui revivent avec leur talent, leur bonté, leurs travers ou leurs défauts ! Nous ne voulons nommer personne, mais nous promettons de bien bonnes et charmantes heures à ceux qui ouvriront ce Journal du docteur P. Ménière.

Si les médecins sont les premiers appelés à comprendre et à apprécier tout ce que l'œuvre de M. P. Ménière renferme de délicat au point de vue de la profession, tous ceux qui s'intéressent aux choses de l'histoire, y trouveront une mine très riche de détails et d'anecdotes sur une époque tourmentée. Ce Journal est digne de figurer dans la collection des mémoires historiques, et nous remercions vivement M. le docteur Émile Ménière d'avoir publié un livre qui nous fait connaître plus intimement ce qu'avait de bon et de distingué le cœur et l'esprit de M. le docteur P. Ménière.

Dictionnaire de chimie pure et appliquée (1),

par Ad. Wurtz.

Le 5e fascicule du supplément (DICR-FER) est presque entièrement consacrée au fer et à sa métallurgie. Les recherches les plus récentes sont analysées avec le plus grand soin, et maintiennent ce précieux dictionnaire à la hauteur de la science.

Il est juste de signaler encore dans ce fascicule les articles : *Distillation, Eau oxygénée, Essences, Étain, Éthylamines, Éthyles, Éthylène* et *Éthers éthyliques*.

(1) Gr. in-8o. Prix du fascicule : 3 fr. 50. — Paris, Hachette et Cie.

CORRESPONDANCE

Paris, 10 novembre 1882.

MONSIEUR LE DIRECTEUR DE LA *Gazette des hôpitaux*,

Ainsi que plusieurs journaux français et étrangers, votre excellente *Gazette des hôpitaux* a publié les négations théoriques de M. le professeur Verneuil au Congrès de la Rochelle à propos de la transfusion déclarée par lui être inutile, insuffisante, dangereuse, trop difficile; pouvant même être avantageusement remplacée par des injections de lait, d'ergotine ou d'éther.

J'ai répondu péremptoirement, mais ma réponse n'a pas été retenue par M. le secrétaire du Congrès, qui est aussi le secrétaire particulier de M. Verneuil. Déjà les paroles du professeur ont produit leur effet : plusieurs malades d'hémorragies auxquels leurs médecins ont refusé la transfusion sont morts. On ne saurait nier la mort par hémorragies ; or je ne dois pas souffrir qu'une méthode excellente, à laquelle M. Verneuil m'a reproché d'avoir appliqué « l'acharnement de toute une vie (*sic*) », reste sans défense *publique* sous le coup d'une *publique* condamnation préjudiciable à la science et à l'humanité.

La réponse m'est facile.

M. Verneuil avoue qu'*il n'a jamais observé ni pratiqué une seule transfusion; « qu'on n'en fait point dans son service!* »

Si, en revanche, il a observé les injections d'éther nées de ses élèves et dans son service, s'il les a protégées et s'il a médaillé leurs auteurs, il ne saurait les comparer à la transfusion qu'il ne connaît pas.

A notre époque, où l'observation sévère des faits bien étudiés est devenue la seule base scientifique, si M. Verneuil s'autorise à professer ainsi par simple *oui-dire,* pourquoi n'a-t-il entendu que les *dires* des quelques anonymes qui n'ont pas réussi la transfusion, — parce qu'ils ne s'étaient pas auparavant renseignés sur ses lois; — ainsi que les dires de « son ami », qui n'a pas su introduire une canule dans une veine! — Ce qu'il faudrait pourtant savoir faire même pour une injection de lait? — Pourquoi M. Verneuil n'a-t-il ni lu ni entendu les opinions de ses collègues les professeurs Potain, Hardy, Richet, Alphonse Guérin, Péan et tant d'autres en France? ou celles des étrangers James Pajet, Barnes, Barwell, Hèbra, Neudörfer, Leidesdorf, Heyfelder, Fromont, Cristoforis, Cabello, etc., etc., qui tous, ayant pratiqué et observé la transfusion, la placent au rang qu'elle mérite? Ce n'est pas bien loin de M. Verneuil que M. Hayem, professeur de thérapeutique à l'École de Paris, après de nombreuses opérations sur les animaux, — toutes faites avec mon instrument, le seul qui se soit montré correct, — a professé textuellement en janvier 1882 : « *Toutes les injections de liquides autres que le sang complet sont insuffisantes et nuisibles..... Seul le sang complet peut assurer la survie définitive de l'animal mis en état de mort imminente par hémorragie.* »

M. Verneuil a ajouté au Congrès, et votre journal a publié, Monsieur le Directeur, qu'avant de discuter de la méthode et du manuel opératoire de la transfusion, il faudrait être fixé sur l'utilité, les indications, les doses et les dangers de l'opération! C'est absolument comme s'il fallait être fixé sur la trajectoire, la pénétration et la portée du boulet avant de savoir forer le canon, — cela ne se dit plus depuis 1870.

L'observation démontre que la transfusion reçoit toute sa valeur de la méthode qui la dirige et du procédé qui l'accomplit. Avant de l'entreprendre, il faut avoir appris à manipuler le sang complet et vivant sans aucune altération *in transitu.*

Il ne peut ressortir des anciennes injections, qui altéraient le sang, aucun enseignement, aucune conclusion relative aux indications, aux doses et aux résultats de la transfusion du sang vivant. Ce n'est qu'après l'avoir correctement pratiquée que l'on pourra dire si elle est utile, et à quelles doses et dans quelles indications. Quant à sa prétendue difficulté, que je nie, ce ne saurait être une critique légitime dans notre siècle de progrès chirurgicaux. C'est en forgeant que l'on devient forgeron.

Le nombre et le succès de mes opérations ainsi que la sincérité des observations qui en découlent me donnent le droit de maintenir comme scientifiquement exactes les conclusions et les leçons sur la transfusion que j'ai publiées dans la *Gazette des hôpitaux* en 1867, 1870, 1876, 1880 et 1882, ainsi que dans les *Archives générales de médecine* en 1875.

Telles sont, Monsieur le Directeur, les observations pour lesquelles je vous demande la loyale hospitalité de votre journal, afin que vos lecteurs puissent les opposer aux négations préconçues de M. Verneuil. J'ajoute que j'ai souvent déploré, pour la rapidité des progrès de la transfusion, de n'avoir pas été jadis l'élève de M. Verneuil, mais seulement celui de Dubois, Velpeau, Malgaigne, Jobert, Grisolles et Trousseau.

Agréez, Monsieur le Directeur, l'assurance de ma considération la plus distinguée.

Docteur J. ROUSSEL.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — Les élèves qui ont passé avec succès un premier examen de doctorat (nouveau régime) dans la session actuelle de novembre, sont prévenus que le dernier cours d'ostéologie commencera le jeudi 16 novembre 1882, à l'École pratique.

— *Épidémies.* — Une dépêche d'Alexandrie du 14 novembre nous apprend que la Commission sanitaire a reçu de l'inspecteur ottoman à la Mecque la nouvelle que le choléra avait disparu de cette ville depuis le 4 de ce mois.

— *Corps de santé militaire.* — MM. les médecins-majors de première classe Scoutetten, Goinard et Godot prennent leur retraite.

— Par décrets en date des 16 et 27 octobre 1882, les docteurs en médecine ci-après désignés ont été nommés au grade de médecin aide-major de deuxième classe dans le cadre des officiers de réserve :

10 octobre 1882. — MM. Large, Massot, Navarre, Huchard, Comby, Romestan, Bertin du Chateau, Damée, Richard de la Prade et Derbez.

27 octobre 1882. — MM. Vallon, Doassans, Naudet, Ménager, Blanc, Déru, Rougier, Sergent, Bignon et Chavet.

— Par arrêté préfectoral, M. le docteur Léon Colin, inspecteur général du service de santé des armées et membre de l'Académie de médecine, est nommé membre de la commission technique instituée par arrêté du 25 octobre 1882, pour la recherche du procédé d'évacuation des matières fécales le plus conforme aux lois de l'hygiène.

— *Hôpitaux de Bordeaux.* — Sont désignés pour remplir les fonctions d'interne et d'externe pendant l'année 1882-1883 :

Internes titulaires (troisième année) : MM. Doche et Dumont. — (Deuxième année) : MM. de Fleury, Princeteau, Barraud, Priolleau et Sieur. — (Première année) : MM. Ferrier, Biart, Sengensse, Ramey et Phélippot.

Internes provisoires : MM. Auche, Suzanne, Tronchet, Dignat et de Massias.

Externes : MM. Rabaine, Tricot, Chevalier, Girard, Farganel, Firpo, Augis, Monphous, Conil, Binaud, Hameau, Larauza, Aubin, Charazac, Cadenaule, Pillot, Chaleix, Capdeville, Gouzot, Boisvert, Canac, Videau, Chagnoleau, Guary, Mauny, Cazaux, Faure, Ganivet, Desgraviers, Escoubes et Barbière.

— *Hôpitaux de Lyon.* — Un concours pour la nomination d'un médecin des hôpitaux s'ouvrira, à l'Hôtel-Dieu, le lundi 5 mars 1883.

— *Hôpitaux de Nantes.* — A la suite des concours annuels, ont

été proclamés : 1° *internes*, MM. Bureau, Vignard, Baudoin, Grias, Peignon, Chiron et Branchu ; 2° *externes*, MM. Laine, Fortineau, Mitry, Gaboriau, Toché, Rousseau, Verlet et Joyau.

— *École de médecine de Nantes.* — Ont été proclamés lauréats de l'école pour l'année scolaire 1881-1882 :

Médecine. — Première annnée, prix : M. Terrien ; deuxième année, prix : M. Vignard ; troisième année, prix : M. Bureau ; acccessit : M. Chiron. — Clinique, 1er prix *ex æquo* : MM. Vigot et Brossier ; 2e prix : M. Pedrono ; 3e prix : M. Bibard.

Pharmacie. — Première année, prix : M. Aumont ; accessit : M. Loysel ; deuxième année, 1er prix : M. Berger ; 2e prix : M. Camaret ; troisième année, prix : M. Réby. — Travaux pratiques, première année, prix : M. Aumont ; accessit : M. Praud ; mention honorable : M. Loysel ; deuxième année, prix : M. Berger ; troisième année, 1er prix : M. Réby ; deuxième année, prix : M. Ollivier ; accessit : M. Jarno.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le professeur Charcot commencera son cours de clinique des maladies du système nerveux le vendredi 17 novembre 1882, à neuf heures et demie du matin, à l'hospice de la Salpêtrière, et le continuera les vendredis suivants, à la même heure. — Le mardi, consultation externe ; le mercredi, conférence au lit du malade ; le vendredi, leçon à l'amphithéâtre.

Des cartes spéciales seront délivrées chez le concierge de l'hospice aux élèves en médecine sur la présentation de leur feuille d'inscription.

— M. le professeur Hardy commencera le cours de clinique médicale le samedi 18 novembre 1882, à neuf heures du matin, à l'hôpital de la Charité, et le continuera les mardis et les samedis suivants, à la même heure.

— M. le docteur Descroizilles recommencera ses leçons de pathologie et de clinique infantiles le samedi 18 novembre, à l'hôpital des Enfants, salle Saint-Ferdinand, et les continuera les samedis suivants, à neuf heures et un quart. — Il s'occupera principalement des maladies chroniques. — Consultation le mercredi et le jeudi.

— M. le professeur Gavarret commencera le cours de physique biologique le lundi 20 novembre 1882, à quatre heures, dans le petit amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les lundis suivants à la même heure.

— *Muséum.* — Les travaux du laboratoire d'enseignement de zoologie anatomique commenceront, sous la direction de MM. les professeurs H. Milne-Edwards et Alphonse Milne-Edwards, le lundi 20 novembre 1882. Ils auront lieu tous les jours, de onze heures à quatre heures pendant l'hiver ; ils consisteront en dissections, autres exercices pratiques et conférences.

Le laboratoire des recherches restera ouvert au Muséum pendant toute la durée de l'année scolaire. Les étudiants qui voudraient prendre part à ces travaux devront s'inscrire au laboratoire, rue de Buffon, n° 55, de midi à quatre heures.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 13650.

N° 133. — SAMEDI 18 NOVEMBRE 1882. 55e ANNÉE. SAMEDI 18 NOVEMBRE 1882. — N° 133.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Transmission des maladies virulentes aiguës de la mère au fœtus et inoculation directe intra-utérine du fœtus.

Ce ne sera pas la première fois, — et par le courant d'expérimentation qui règne, ce ne sera certainement pas la dernière, — que nous accueillerons dans cette Revue des travaux de pathologie expérimentale dont les résultats sont de nature à éclairer des points de clinique ou à ouvrir une voie nouvelle à des tentatives de thérapeutique ou de prophylaxie. En pathologie humaine, la transmission de certaines maladies virulentes de la mère au fœtus est un fait bien connu, admis sans aucune contestation pour la variole, pour la rougeole, pour la scarlatine, avec quelque doute peut-être encore pour la fièvre typhoïde. A cette question se rattache étroitement celle de l'immunité à conférer à l'enfant d'une mère atteinte, pendant la gestation, d'une maladie virulente.

Pour arriver à la solution de cette importante question, MM. Straus et Chamberland ont entrepris une série de recherches qui, tout en confirmant l'exactitude de ce point, ont eu pour but d'en préciser la signification.

Leurs expériences ont porté sur des femelles de cobaye pleines; le passage ne s'effectue pas, quel que soit le moment de la gestation, qu'il s'agisse de fœtus presque à terme ou d'autres ne mesurant que 1 à 2 centimètres. L'examen des coupes de placenta colorées par le violet de gentiane fournit, au sujet de la répartition des bactéridies au niveau de cet organe, des données anatomiques sur lesquelles les auteurs se réservent de revenir.

Le non-passage de la bactéridie au niveau du placenta n'est, du reste, qu'une manifestation plus frappante et plus constante d'un fait plus général et qui domine toute l'histoire de l'affection charbonneuse.

Sur un grand nombre d'animaux et surtout de cobayes charbonneux, MM. Straus et Chamberland ont recueilli à l'état de pureté, avec les précautions convenables, divers produits de sécrétion, surtout la bile et l'urine. Ces liquides ont été examinés au point de vue de la présence des bactéridies par l'examen microscopique, les inoculations et enfin par les cultures. Ils ont constaté, surtout par la méthode des cultures, que dans des conditions qu'ils se sont appliqués à bien déterminer (absence de ruptures vasculaires, autopsie faite rapidement après la mort, etc.), les sécrétions telles que la bile, le lait, l'urine, ne contiennent pas de bacillies chez la cobaye charbonneuse. La paroi des glandes constitue donc, dans ce cas, comme le placenta, ce que M. Pasteur appelle un *filtre parfait*.

Ils signalent ensuite les particularités anatomiques dans le réseau vasculaire à franchir, qui rendent compte de la perfection du placenta comme appareil de filtration. Les dimensions relativement énormes de la bactéridie charbonneuse, son immobilité, ses propriétés éminemment curatives expliquent le non-passage hors des vaisseaux (sauf les cas d'effraction vasculaire), et l'absence d'invasion des parenchymes, des produits de sécrétion et du fœtus.

Au point de vue de la non-transmission de la mère au fœtus, comme à d'autres égards, le charbon occupe une position tout à fait exceptionnelle. C'est ce qui résulte des expériences de MM. Straus et Chamberland sur la transmission du charbon symptomatique, du choléra des poules et de la septicémie expérimentale aiguë.

MM. Arloing, Cornevin et Thomas ont déjà constaté que la *bactérie du charbon symptomatique* passe de la mère au fœtus chez la brebis. Sur les cobayes femelles, sur lesquelles seules MM. Straus et Chamberland ont expérimenté, les résultats obtenus jusqu'ici ont été moins nets que les faits très positifs établis par MM. Arloing et ses collaborateurs chez la brebis.

Le *choléra des poules* a été étudié au point de vue du passage chez la poule et chez la lapine. Le microbe du choléra des poules, si ténu, envahit tous les organes, toutes les sécrétions ; l'œuf de la poule ainsi que le fœtus de la lapine sont remplis de micrococcus et sont virulents.

Le *vibrion septique* de Pasteur, l'organe le mieux étudié d'une des septicémies expérimentales, envahit aussi non seulement tous les tissus et les liquides maternels, mais il passe au fœtus chez la lapine et la femelle de cobaye.

Voilà donc trois maladies à micro-organismes très déterminés qui, contrairement à ce qui se passe pour le charbon et conformément à ce qu'on observe chimiquement pour la variole humaine, pour la clavelée du mouton, franchissent le placenta et se transmettent de la mère au fœtus. Ce passage s'explique par la mobilité de la bactérie du charbon

symptomatique et du vibrion septique de Pasteur, et par l'extrême ténuité des micrococcus du choléra des poules.

MM. Straus et Chamberland ont imaginé une *méthode nouvelle* consistant dans l'*inoculation directe intra-utérine du fœtus* à l'aide d'un trocart capillaire introduit dans les tissus du fœtus. Chez les femelles des cobayes, ils n'ont d'abord jamais réussi à infecter un fœtus sans contaminer en même temps la mère. Ils observaient ainsi ce résultat curieux d'avoir une mère charbonneuse, *un seul fœtus charbonneux,* les autres fœtus renfermés dans l'utérus (un, deux ou trois) demeurant, au contraire, indemnes. Ils eurent ensuite l'idée de pratiquer les mêmes expériences sur des brebis, des lapins et des femelles de cobaye rendues réfractaires au charbon virulent par la méthode de vaccination de M. Pasteur, dans le but d'inoculer le fœtus seul, sans crainte de contaminer en même temps la mère.

Ces expériences sont en cours d'exécution ; elles fourniront sans doute des données sur la réceptivité ou la non-réceptivité des fœtus dans l'affection charbonneuse et sur les variations que cette réceptivité peut présenter selon le moment de la gestation où l'immunité a été conférée à la mère par les inoculations préventives.

Les expérimentateurs espèrent ainsi pouvoir aborder d'une façon directe, et par un de ses côtés, le problème si important de l'immunité en général.

La fièvre typhoïde. — Considérations sur l'étiologie des épidémies de diphtérie et de fièvre typhoïde de Maxéville, près de Nancy.

Nous avons reçu, il y a quelque temps, de M. le docteur Ancelon (de Nancy), les réflexions suivantes, à propos d'une épidémie de fièvre typhoïde qui sévissait alors dans cette ville. Il nous a paru intéressant de rapprocher les observations faites par notre confrère sur quelques-unes des particularités étiologiques de cette épidémie, de ce qui se dit et se passe en ce moment autour de nous à l'occasion de l'épidémie de Paris. Si elles ont surtout un intérêt local, on ne leur méconnaîtra pas une portée générale pleine d'actualité.

« L'épidémie de fièvre typhoïde qui sévit actuellement à Nancy, dit M. Ancelon, a commencé par le village de Maxéville. Coïncidence curieuse, c'est également dans ce village que débuta la diphtérie, qui avait depuis longtemps épargné notre ville. Elle fit, à Maxéville, durant les hivers de 1880 et 1881, d'assez nombreuses victimes. Au printemps, et surtout pendant l'été de cette dernière année, une épidémie d'angine couenneuse et de croup, de moyenne intensité, se déclara à Nancy, où actuellement encore on en observe quelques cas sporadiques.

Ces faits appelèrent mon attention sur l'état sanitaire de Maxéville.

Cette localité était autrefois réputée très saine ; d'où lui vient donc son insalubrité actuelle ?

A cette question, les réponses doivent être multiples : Maxéville est devenu, depuis 1871, un petit centre industriel ; la population y est dense, entassée dans des locaux trop étroits, mal aérés, humides. Ajoutez à cela la malpropreté, compagne de la misère. Voilà un terrain bien préparé pour l'ensemencement des maladies épidémiques.

Le village de Maxéville est situé sur le versant est d'un amphithéâtre de collines, qui dominent le nord-ouest de Nancy, sur la rive gauche de la Meurthe et du canal de la Marne au Rhin. Ces deux cours d'eau sous-tendent l'arc de l'amphithéâtre, et entre eux se trouvent des jardins et des prés humides. Malzéville, autre localité de la banlieue, est vis-à-vis Maxéville, aux pieds des hauteurs qui commandent la partie nord-est de Nancy.

L'altitude de ces hauteurs ne va pas au delà de 200 mètres. C'est donc sur la pente orientale de l'une d'elles, appartenant au versant occidental du bassin de la Meurthe, qu'est assis le village en question. Il est entouré de plantations, de bois qui couvrent la pente de la colline et le plateau au-dessus du village. Ce dernier est divisible en deux parties bien distinctes : une partie haute, montante, formant la grande rue, qui se dirige en ligne droite vers le plateau ; une partie basse, encaissée, dominée de tous côtés par des accidents de terrain, sauf sur le côté est regardant la vallée de la Meurthe et les collines du versant oriental.

Dans cette partie basse, où la population est nombreuse, la stagnation de l'air est fréquente, en raison de la prédominance du vent d'ouest dans nos pays.

Aussi est-ce là que se concentrèrent d'abord les deux épidémies de diphtérie (1880-1881) et l'épidémie récente de fièvre typhoïde (novembre 1881). Par contre, la partie élevée a été à peu près complètement épargnée.

Ces détails topographiques étaient nécessaires pour montrer toutes les conditions favorables au développement des affections épidémiques et contagieuses, que l'on rencontre dans cette localité. Mais où est la cause efficiente, d'où vient le miasme infectieux ? Nous entrons maintenant dans le monde des probabilités. Jusqu'ici on a beaucoup discuté, entassé théories sur théories, pour aboutir à quoi ? à une incertitude d'autant plus grande que l'on se perd dans une infinité d'hypothèses.

Je n'ai pas la prétention de faire la lumière, où d'autres plus compétents que moi ont échoué. Qu'il me soit permis, cependant, de proposer une théorie qui m'a séduit par sa simplicité ; car les théories les plus simples doivent être celles qui se rapprochent le plus de la nature.

Le fond de toutes les maladies épidémiques et contagieuses est, pour moi, le même : d'origine miasmatique, peu importe la nature du miasme. Ces miasmes existent en tout temps, ils nous enveloppent, nous menacent sans cesse. Leur origine est multiple. Pourquoi l'aller chercher plutôt dans les matières fécales en décomposition que dans les émanations telluriques, dans les produits de décomposition végétale, plutôt que dans ceux de décomposition animale ? Bien plus, l'homme ne peut-il pas être son propre poison ? Dans certaines conditions hygiéniques défavorables, en particulier l'encombrement, si le milieu et la constitution médicale s'y prêtent, l'homme peut être la source de développement de miasmes, produite par le mouvement de décomposition dont il est le foyer. Dans de telles conditions, nous aurons beau lutter, nous pourrons peut-être amoindrir notre ennemi ; mais l'anéantir, jamais ! Son existence est une loi de la nature : une population trop agglomérée doit être éclaircie.

Mais revenons à la question. Si ce fond commun des maladies épidémiques était admis, d'où viendrait leur variété ? Pourquoi à telle époque a-t-on la fièvre typhoïde, à telle autre la dipthérie ? Cette mutabilité morbide peut s'expliquer par les variations continues du milieu, favorisant le développement des miasmes et leur donnant leurs propriétés nocives spéciales. N'avons-nous pas un exemple de cette influence du milieu dans les fermentations ?

Maxéville me semble avoir donné, sinon une preuve, tout

au moins une probabilité assez forte pour diriger les recherches dans ce sens et mériter la publicité. Voici quel a été, pour moi, le foyer principal du dégagement miasmatique infectieux qui, sous une influence de milieux différents, a donné lieu dans les hivers de 1880 et 1881 à la diphtérie et, dans l'automne (novembre et décembre 1881), à la fièvre typhoïde.

L'origine tellurique est, à mon avis, la plus probable, ou au moins prédominante. Elle nous explique comment cette localité, réputée saine avant 1871, est devenue de plus en plus insalubre. La colline qui sert d'assise à Maxéville est minée par l'exploitation des minerais de fer : il en résulte un affaissement du sol, un glissement de terrain, qui a amené des éboulements et des crevasses. C'est de ce sol tourmenté que se dégageraient les miasmes délétères dont la constitution atmosphérique favoriserait ou empêcherait l'action. Condition également importante à noter : ces émanations se font sur le versant est et ne sont pas balayées par le vent d'ouest, dont le courant est arrêté par la colline qui domine le village. Que la constitution médicale soit favorable à l'efficacité de ces émanations, elles trouveront dans Maxéville un terrain tout préparé pour l'ensemencement. Ce terrain, je le répète, est dans la partie basse du village, là où la population est dense, la stagnation de l'air favorisée par la topographie sus-mentionnée.

Au début de ce travail, j'ai signalé la succession qui eut lieu entre les épidémies de Maxéville et celles de Nancy et l'antériorité des premières. Les épidémies de Maxéville ont peut-être pour Nancy des conséquences plus graves que ne le ferait supposer un examen superficiel. Cette localité n'aurait-elle pas contagionné Nancy, soit par la diffusion des miasmes, soit par contagion pure et simple, à la suite des relations journalières de ses habitants avec ceux de Nancy? Il y a à Maxéville des jeunes gens qui fréquentent le lycée, y sont demi-pensionnaires ou internes ; ces derniers, sortant le dimanche pour venir chez leurs parents ou correspondants, ont pu être les agents de transport de l'épidémie dans cet établissement, si cruellement éprouvé. Point à noter : c'est au lycée que débuta à Nancy l'épidémie.

Il y a là, ce semble, une relation de cause à effets bien plus admissible que cette accusation portée contre le cimetière de Préville, qu'on a déjà chargé de tant de méfaits.

La conclusion de tout ce qui précède est :

1° La confirmation de cette loi de Malthus : La population d'un endroit donné ne peut s'accroître que dans certaines limites plus ou moins restreintes, suivant les conditions hygiéniques. Une fois ces limites dépassées, les affections épidémiques, dont l'encombrement humain peut être seul l'origine, débarrassent la localité de son trop plein ;

2° Que la stagnation de l'air, l'absence d'un courant atmosphérique balayant les miasmes infectieux, est une condition favorable à la localisation de l'épidémie en ce point, surtout si des fautes contre l'hygiène en favorisent le développement ;

3° Que la même source, le même dégagement miasmatique, semble pouvoir donner lieu à des variétés morbides différentes, suivant les conditions de milieux, la constitution médicale ;

4° Que la prophylaxie a des limites, et que prétendre supprimer les maladies épidémiques et contagieuses est une utopie : ce qui s'explique par la multiplicité des origines miasmatiques et par notre action restreinte sur le milieu qui en favorise le développement ;

5° Qu'il est important, pour les grandes villes, de surveiller les localités avoisinantes, surtout quand elles sont populeuses et industrielles, car les épidémies qui y naissent peuvent faire invasion dans ces grands centres, soit par contagion médiate ou immédiate, soit par diffusion de l'agent miasmatique. »

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 novembre 1882. — Présidence de M. L. Labbé.

COMMUNICATIONS

Ouverture des artères dans les foyers purulents. — **M. MONOD** présente de la part de M. le docteur Bertin (de Gray) une nouvelle observation qui vient à l'appui de l'opinion qu'il a soutenue relativement aux hémorragies artérielles dans les foyers purulents. Il s'agit d'une jeune femme, enceinte de trois mois, qui se pique le talon de la main. Survient un phlegmon de la main s'étendant à l'avant-bras. Trois ouvertures se font spontanément. Quinze jours après, hémorragie artérielle extrêmement abondante qui ne peut survenir que de la radiale. Ligature de l'humérale au milieu du bras. Le malade guérit; la grossesse suit son cours et l'enfant naît à terme. M. Bertin attribue, dans ce cas, à la grossesse une certaine influence, comme cause générale, sur la production de l'hémorragie. Tel n'est pas l'avis de M. Monod qui croit que cette hémorragie eut une cause purement locale. Ce fait vient donc à l'appui de l'opinion qu'il a émise. Il en cite un semblable qui appartient à Demarquay.

M. DESPRÈS n'a pas nié la possibilité de ces hémorragies, il a seulement dit qu'elles étaient prodigieusement rares. Le fait de M. Bertin ne lui paraît pas être d'une rigueur absolue. On ne peut nier qu'il s'est produit une hémorragie dans le cours d'un phlegmon grave, mais il n'est pas prouvé qu'il s'agisse d'une artère ouverte dans le foyer purulent.

Ablation du maxillaire inférieur. — **M. DESPRÈS.** Parmi les opérations qui se pratiquent sur la face, il en est une qui est particulièrement grave : c'est l'amputation du corps de la mâchoire inférieure. Entre les accidents auxquels elle peut donner lieu, il faut signaler la chute de la langue, privée de soutien, sur l'orifice supérieur du larynx et la difficulté ou même le défaut d'alimentation du malade qui est souvent une cause de mort. M. Desprès, ayant ainsi perdu un de ces opérés par suite d'une alimentation insuffisante, avait résolu de chercher à se mettre en garde contre ces deux accidents : la chute de la langue sur l'orifice supérieur du larynx, et le défaut d'alimentation. Il a récemment pratiqué cette opération chez un malade atteint de sarcome myéloplaxique de la mâchoire inférieure; il a dû enlever des parties saines de l'os de chaque côté de la tumeur et tout le plancher de la bouche. Il a fait une incision allant d'un angle de la mâchoire à l'autre et, relevant le lambeau antérieur sur la face, a pu mettre ainsi à nu tout le maxillaire inférieur dont il a réséqué le corps dans sa totalité. Pour prévenir la chute de la langue, il a placé un fil de fer, recouvert de caoutchouc, empêchant le rapprochement des deux branches montantes, puis il a traversé la base de la langue par un fil fixé à la joue. Pour prévenir l'insuffisance de l'alimentation, il a introduit, par le nez, une sonde d'homme de 24 à 25 centimètres pénétrant jusqu'au point de l'œsophage où la déglutition devient indépendante de la volonté. Ce malade faisait ainsi deux repas par jour ; on se servait de l'appareil de Potain renversé, c'est-à-dire refoulant au lieu d'aspirer les liquides. Ce malade a été rapidement guéri, sans que la température ait dépassé 38°,5, 39° un seul jour. M. Desprès a enlevé, le quatrième jour, la tige métallique qui maintenait écartées les deux branches montantes du maxillaire inférieur. Cette tige avait déterminé une douleur assez intense, probablement par suite d'un frottement exercé sur le nerf dentaire.

M. BERGER, dans deux cas de ce genre, a essayé de mettre préalablement la sonde œsophagienne à demeure. Ses deux malades n'ont pu la supporter et cependant elles étaient du plus petit calibre. Il n'a pas remarqué d'ailleurs que l'alimentation fût aussi difficile après la résection du maxillaire inférieur.

M. VERNEUIL fait observer qu'au point de vue de l'alimentation, la sonde en caoutchouc vulcanisé est supportée par les malades avec la plus grande facilité. Pour éviter le renversement de la langue, il se sert également d'un fil de fer recourbé suivant les forces de la mâchoire; mais, au lieu de l'enfoncer dans le tissu spongieux de l'os, comme M. Desprès, il préfère creuser un godet dans l'os et l'appliquer dans ce godet. Il le retire le quatorzième jour. Il conseille de choisir pour cela un fil très fin et, autant que possible, en argent.

M. MAGITOT fait observer qu'on peut, avec l'acide chromique, arriver à guérir un certain nombre de tumeurs à myéloplaxes du maxillaire inférieur.

M. POZZI pense que la sonde œsophagienne n'est utile que dans les cas où le plancher de la bouche est largement intéressé. Elle n'est pas toujours bien supportée. Dans un cas, il l'a vue devenir le point de départ d'un œdème de la glotte assez intense pour nécessiter la trachéotomie.

M. MONOD considère la pratique de M. Magitot comme dangereuse, en ce sens que la tumeur à myéloplaxes est toujours un sarcome, et, par conséquent, ne peut pas être guérie par les caustiques.

M. MAGITOT cite plusieurs cas de tumeurs à myéloplaxes incontestablement guéries par des cautérisations à l'acide chromique.

M. MONOD pense qu'il faudrait supprimer le mot « à myéloplaxes » qui ne signifie rien et répond à plusieurs variétés de tumeurs, ce qui le porte à croire que la tumeur guérie par l'acide chromique était un épulis.

M. MAGITOT répond qu'il possède un exemple de tumeur du centre de l'os guérie par l'acide chromique.

M. DESPRÈS fait observer que l'épulis peut s'étendre en profondeur, mais que seul il peut guérir par des cautérisations à l'acide chromique. Pour le sarcome, il faut une opération radicale.

Revenant aux observations qu'a suscitées sa communication, M. Desprès déclare qu'il considère les sondes à demeure comme inutiles quand on peut recourir à un cathétérisme biquotidien.

M. VERNEUIL admet que la sonde œsophagienne n'est pas tolérée par les malades; aussi la repousse-t-il; mais la sonde urétrale, en caoutchouc vulcanisé, est toujours bien supportée. Elle évite l'inconvénient d'un cathétérisme répété.

M. TRÉLAT pense que les petites tumeurs à myéloplaxes peuvent être guéries par des cautérisations à l'acide chromique. Mais les sarcomes profonds, ceux qui débutent dans le centre de l'os, exigent une opération large et radicale. Quant à la sonde à demeure, il est vrai qu'elle est parfois mal supportée, mais il ne faut pas s'y prendre trop tard et attendre que l'isthme du gosier soit atteint. Quand elle peut être supportée, elle est préférable parce qu'avec elle l'introduction des aliments dans le larynx est impossible.

M. LANNELONGUE a toujours vu, chez les enfants, les tumeurs à myéloplaxes récidiver quand elles avaient été simplement cautérisées. Ces tumeurs demandent donc une opération radicale. M. Lannelongue ajoute que les enfants supportent en général très bien la sonde à demeure.

PRÉSENTATION DE MALADES

Résection de la mâchoire. — **M. BERGER** présente un malade auquel il a pratiqué la résection de la mâchoire pour une tumeur à myéloplaxes. Un appareil prothétique, construit par M. Dujardin, corrige très bien l'aspect défectueux de la face, tout en remplaçant les dents qui manquent.

M. MAGITOT fait observer que cet appareil ne présente rien de particulièrement nouveau.

M. BERGER maintient qu'il est très bien compris et très intelligemment construit.

Ostéotomie. — **M. DELENS** présente un jeune homme auquel il a fait récemment une ostéotomie double pour un genu valgum. Il y avait 35 centimètres d'écartement entre les deux malléoles. Ce malade est aujourd'hui dans un état très satisfaisant.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE présente également un malade auquel il a pratiqué la même opération, avec le même succès.

Ligature de l'iliaque externe. — **M. KIRMISSON** présente un jeune malade chez lequel il a fait la ligature de l'iliaque externe pour un anévrysme.

ÉLECTION

M. GUYON est élu membre honoraire.

La séance est levée.

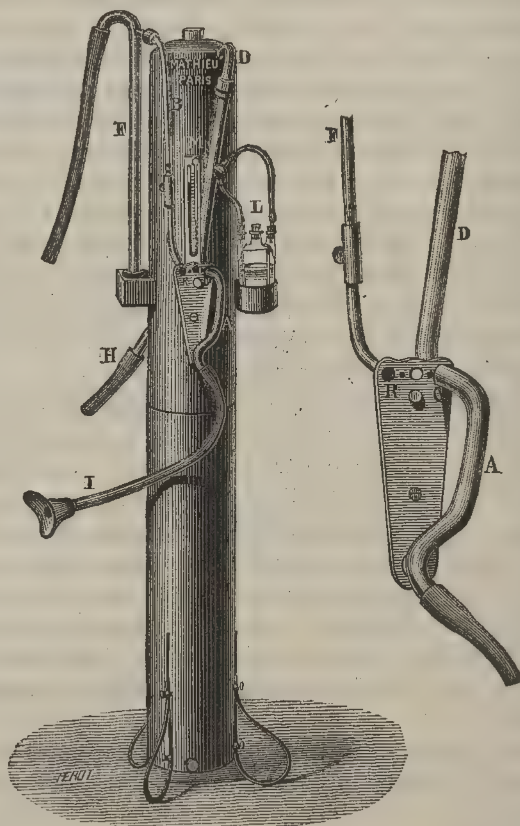
INSTRUMENTS ET APPAREILS

Appareil aérothérapique du docteur Maurice Dupont.

Ce nouvel appareil, nommé appareil aérothérapique, a été construit par MM. Mathieu fils, d'après les indications du docteur Maurice Dupont.

Bien différent des appareils compliqués et volumineux de Waldenburg, de Schnitzler, etc., dont l'application clinique est fort difficile, l'appareil du docteur M. Dupont, d'un mécanisme très simple, est destiné à vulgariser dans la pratique des hôpitaux et de la ville cette méthode aérothérapique puissante que MM. les professeurs Dujardin-Beaumetz et Jaccoud ont si hautement préconisée comme thérapeutique souveraine, prophylactique ou curative de la phtisie pulmonaire.

Cet appareil fournit simultanément de l'air raréfié et de l'air comprimé (1).



L'appareil se compose d'un cylindre métallique sur lequel s'ajuste en F la prise d'eau. La colonne d'eau détermine une aspiration

(1) Pour le faire fonctionner, il suffit de disposer d'une prise d'eau avec une pression suffisante.

énergique qui se transmet par le tube B au dehors. L'air entraîné par la colonne d'eau se trouve comprimé dans l'appareil et ressort par le tube D. Devant les deux orifices R et C glisse à frottement doux l'extrémité du manipulateur A qui communique par un tube de caoutchouc avec le masque I.

Le malade en respirant doit déplacer alternativement à chaque mouvement respiratoire le manipulateur A, de telle sorte que l'expiration ait lieu dans l'air raréfié et l'inspiration dans l'air comprimé. Un troisième orifice E permet de faire l'expiration dans l'atmosphère.

Le manomètre M indique à tout instant la pression de l'air raréfié et de l'air comprimé; pour faire varier cette pression, il suffit de modifier le débit de l'eau. Au moyen du robinet à trois voies, on peut faire passer l'air comprimé dans le vase à trois tubulures qui contient les principes médicamenteux que l'on veut faire respirer au malade.

L'appareil du docteur M. Dupont offre sur tous les autres les avantages suivants : Réduction énorme du volume de l'appareil, suppression complète de toute manœuvre et production instantanée d'air raréfié et d'air comprimé, ce dernier absolument pur, puisqu'il n'a pas servi à la respiration.

ENSEIGNEMENT LIBRE.

M. le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts a adressé, en date du 8 novembre 1882, aux recteurs, la circulaire suivante :

« La question de savoir comment pourraient être réglementés des cours libres faits dans les Facultés par des docteurs qui ne seraient pas investis d'une fonction officielle, a été souvent discutée. Elle n'a guère été résolue que par exception ; par exemple, pour la Faculté de médecine de Paris et autrefois pour la Faculté de théologie protestante de Strasbourg. Il est vrai de dire que la pénurie des locaux, insuffisants pour les maîtres réguliers, était un obstacle sérieux.

« Déjà un certain nombre de Facultés ont été ou agrandies ou reconstruites et on peut prévoir le moment prochain où toutes possèderont les laboratoires, les salles de cours et d'études indispensables. Tous les ans, les Chambres augmentent le nombre des chaires, les leçons données par chaque professeur sont devenues dans beaucoup d'écoles plus fréquentes, les Facultés des sciences et des lettres ont de plus acquis des élèves réguliers. Bien que les cours libres soient peu dans les habitudes de notre enseignement supérieur, qu'une telle nouveauté ne puisse réussir que si l'opinion publique lui devient favorable, et que ces cours doivent du reste rencontrer dans bien des cas des difficultés matérielles que le temps seul fera disparaître, il me paraît utile d'étudier dès maintenant les conditions auxquelles ils pourraient être autorisés dans les Facultés où l'état des locaux permettrait cet essai.

« Le projet de décret que je vous adresse et qui sera soumis successivement aux établissements d'enseignement supérieur de votre ressort et au Conseil académique a pour objet d'appeler ces assemblées à délibérer sur cette importante question. Les quelques articles de ce projet ne doivent en rien limiter la discussion. Il importe que l'opinion des Facultés soit exprimée de la façon la plus complète et la plus précise. Elles ne négligeront donc aucune des considérations qu'elles croiraient utile d'exposer.

« Les Facultés et les Conseils académiques n'oublieront pas les conditions particulières que les lois du 12 juillet 1875 et du 20 mars 1880 sur la liberté de l'enseignement supérieur, ainsi que l'existence des Facultés libres, font au législateur quand il étudie les conditions auxquelles les cours libres doivent être autorisés dans les établissements de l'État. Il est indispensable de prévoir toutes les conséquences des mesures qui seront proposées, et même les tentatives regrettables que l'autorité du Ministre peut toujours réprimer, mais qu'il est peut-être plus sage de ne pas provoquer, ou du moins de rendre plus difficiles et plus rares.

« Il est aussi nécessaire de ne pas se départir de ce principe, que tout règlement sur les cours libres ne peut avoir d'autre but que le progrès des études et de la science. Tout essai qui aurait pour résultat d'encourager des enseignements médiocres ne pourrait que compromettre l'institution. Les Facultés n'ont pas non plus à prêter leurs locaux à des répétitions que les professeurs libres peuvent plus convenablement donner chez eux. Elles ne sont pas faites davantage pour des cours isolés que la loi autorise, quiconque le désire, à ouvrir comme il lui convient et dans la salle qu'il a choisie, en se soumettant à une simple déclaration préalable. Il ne peut s'agir ici que de leçons suivies, le plus souvent d'un caractère très spécial et rentrant dans le cadre, du reste très vaste, des enseignements donnés par l'État dans les établissements d'instruction supérieure.

« La situation des docteurs ès sciences et ès lettres qui demanderaient à enseigner est la plus simple. Les Facultés auront à rechercher si les docteurs en médecine qui ont pris ce grade surtout pour des raisons professionnelles doivent être assimilés exactement aux docteurs ès sciences et ès lettres. Si le doctorat ès sciences médicales existait, la question serait beaucoup plus facile. Les Facultés de droit seront également attentives au nombre relativement assez considérable de diplômes de docteurs qu'elles délivrent chaque année. Dans ces deux ordres de Facultés, le doctorat ne vient qu'au second rang ; l'agrégation et, dans certains cas, le concours sont au premier.

« Des savants distingués peuvent n'avoir pas de grade. Quand il s'en trouve parmi eux dont le mérite mis hors de toute contestation a été consacré par l'opinion des juges les plus autorisés, leur refuser le droit d'enseigner serait souvent priver nos Facultés de maîtres qui peuvent leur être très utiles. Nous devons nous rappeler que le cercle d'études de beaucoup de nos écoles, surtout dans l'ordre des lettres, a été longtemps trop restreint, que plus de variété doit y être introduit sans retard. Il est très regrettable, par exemple, qu'un archiviste, maître dans la science à laquelle il se consacre, qu'un archéologue véritablement érudit, qu'un philogogue versé dans la langue d'Oc ou dans le Celtique, ne puissent avoir, s'ils le désirent, des auditeurs réguliers et ne soient pas invités à les chercher. Il serait facile de multiplier ces exemples. Dans beaucoup de villes de province, des hommes qui ont des connaissances spéciales très solides, le plus souvent sur les sujets d'études mêmes que fournit leur pays, rendraient grand service s'ils étaient mis à même de former des élèves ; outre qu'il faut habituer la province à mieux connaître ses richesses et que ce mode de décentralisation ne peut être que profitable à l'esprit public.

« L'enseignement supérieur en France est gratuit ; mais si les professeurs investis par l'État de la fonction d'enseigner n'ont droit à aucune rétribution spéciale pour chaque leçon qu'ils font, est-il juste qu'un professeur libre, autorisé à faire un cours, ne puisse recevoir aucune indemnité de ses élèves ? Le droit de l'État ne peut-il pas se borner à réglementer d'une façon générale la rétribution qui sera perçue par les intéressés sans son intervention, à charge pour eux de ne pas dépasser un maximum, qui est à fixer, et de tenir les autorités académiques au courant de ce qu'ils font, l'État devant, dans une question de cette nature, considérer avant tout l'intérêt des étudiants et de la science ? Il est du reste évident que l'État n'a aucun moyen d'empêcher le professeur libre de recevoir une rétribution de ses élèves pour des cours fermés. Il peut ne pas en connaître ou intervenir pour édicter quelque règle très simple : c'est entre ces deux systèmes qu'il faut choisir. Quand un cours aura été fait durant quelque temps, l'État verra s'il lui convient de le rétribuer et dans quelles conditions.

« Il a été souvent demandé, à l'exemple de ce qui se fait en d'autres pays, que le professeur de Faculté, une fois qu'il a rempli les obligations que lui impose sa fonction et donné l'enseignement qui de par la loi est gratuit, fût autorisé à ouvrir des cours

complémentaires pour lesquels il recevrait une rétribution des élèves. L'État, ici encore, n'aurait pas à réglementer, mais à ne pas interdire, se bornant à un contrôle très général. L'essai vaut-il la peine d'être tenté ? Quels inconvénients aurait-il ? En l'état actuel des esprits, chez les maîtres comme chez les étudiants, que faudrait-il attendre de cette mesure ?

« Les délibérations des Facultés et des conseils académiques seront résumées pour être soumises à la section permanente et au Conseil supérieur. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La statistique de la fièvre typhoïde nous fournit les indications suivantes pour les journées du 9 au 15 novembre 1882 :

	9 nov.	10 nov.	11 nov.	12 nov.	13 nov.	14 nov.	15 nov.
Existants dans les hôpitaux le matin. . . .	1,756	1,746	1,722	1,721	1,698	1,649	1,592
Entrées.	41	36	51	18	44	22	39
Sorties après guérison.	42	55	43	32	86	75	67
Décès.	9	5	9	9	7	4	6

Pour les inhumations de typhoïdiques décédés, nous trouvons, *en ville*, les chiffres suivants : 10 pour la journée du 9 novembre ; 18 pour la journée du 10 ; 16 pour celle du 11 ; 10 pour celle du 12 ; 13 pour celle du 13 ; 17 pour le 14 et 17 pour la journée du 15 novembre 1882.

En résumé, il y a décroissance véritable sur le chiffre des entrées et de la mortalité.

— Par décret en date du 4 novembre 1882, les professeurs titulaires des facultés, des écoles supérieures, de plein exercice et préparatoires, des lycées et collèges, qui réunissent les conditions légales pour être admis à la retraite, ne peuvent y être admis que sur leur demande ou après que le ministre a pris l'avis de la section permanente du Conseil supérieur de l'instruction publique. Les délibérations de la section, dans les affaires de cet ordre, ne sont valables que si la moitié plus un des membres sont présents.

— Par décret en date du 4 novembre 1882, M. Judée, médecin-major de première classe de l'armée active, retraité dans les conditions de la loi du 22 juin 1878, a été nommé au grade de médecin-major de première classe, dans le cadre des officiers de l'armée territoriale. (Emploi vacant par organisation.)

— M. le docteur Heuyer, médecin-major au 74e de ligne, vient de recevoir du roi de Suède et de Norwège la croix de chevalier de l'ordre de Wasa.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les différentes commissions des prix pour l'année 1881-1882 sont ainsi constituées :

Prix Corvisart : M. Lasègue, président; MM. Charcot, Hardy, Germain Sée et Ball, juges. — *Prix Montyon :* M. Vulpian, président; MM. Bouchard, Parrot, Hayem et Cornil, juges. — *Prix Barbier :* M. Richet, président; MM. Trélat, Panas, Verneuil et Le Fort, juges. — *Prix Châteauvillard :* M. Regnauld, président; MM. Sappey, Baillon, Depaul et Gosselin, juges. — *Prix Lacaze :* M. Bouchardat, président ; MM. Jaccoud, Cornil, Potain et Peter, juges. — *Prix des thèses :* M. Béclard, président ; MM. Wurtz, Laboulbène, Duplay, Robin, Fournier, Brouardel, Pajot et Guyon, juges. — *Legs Trémont :* la Commission scolaire. — *Legs Barkow :* le Doyen.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — Un concours public pour la place de Directeur du laboratoire municipal de la ville de Lyon s'ouvrira à la Faculté de médecine de cette ville le lundi 22 janvier 1883, à neuf heures du matin. Ce concours comprendra : 1° une épreuve écrite sur la chimie organique ; 2° une épreuve orale sur la chimie minérale analytique ; 3° une première épreuve pratique ayant pour but l'examen des denrées alimentaires diverses ; 4° une seconde épreuve pratique représentée par l'analyse chimique de denrées falsifiées ; 5° l'examen des titres des candidats. — Le traitement annuel du Directeur est fixé à cinq mille francs. — Les conditions pour être admis à concourir sont d'être français ou naturalisé français, d'être âgé de vingt-cinq ans et de justifier d'un travail régulier, pendant cinq ans, dans un laboratoire de chimie.

— Par décret en date du 15 novembre 1882, la chaire de gynécologie de l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille est transformée en chaire d'histologie.

— *Hôpitaux de Bordeaux.* — Sont proclamés lauréats des hôpitaux : — Prix Delord : M. A. Dumont. — Prix de l'administration : M. Chambrelent. — Prix Levieux : M. Sieur. — Médailles d'argent : MM. Tronchet et Phélippot. — Médaille de bronze : M. Sengensse.

— *Corps de santé de la marine.* — M. le médecin de deuxième classe Trollet des Longchamps prend sa retraite.

M. Chabert, aide-médecin, et M. Blondin, aide-pharmacien, ont donné leur démission.

— Par arrêté préfectoral, M. le docteur Worms est nommé membre de la commission technique instituée à l'effet de rechercher le procédé d'évacuation des matières fécales le plus conforme aux lois de l'hygiène.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le professeur Parrot commencera le cours de clinique des maladies des enfants, le samedi 18 novembre 1882, à neuf heures du matin, à l'hospice des Enfants-Assistés (rue Denfert-Rochereau), et le continuera les mardis et samedis suivants à la même heure. — Consultation externe le jeudi, à neuf heures du matin ; tous les jours, travaux de laboratoire.

M. le professeur Ball commencera le cours de clinique des maladies mentales, le dimanche 19 novembre 1882, à dix heures du matin, à l'Asile Sainte-Anne et le continuera les jeudis et les dimanches suivants à la même heure. Visite des malades à huit heures du matin.

M. Joffroy, professeur agrégé, commencera le cours auxiliaire d'anatomie pathologique, le mercredi 22 novembre 1882, à deux heures, à l'École pratique (rue Vauquelin), et le continuera les mercredis suivants, à la même heure.

— M. G. Pouchet, professeur d'anatomie comparée au Muséum, ouvrira ce cours le mardi 21 novembre 1882, à neuf heures du matin, dans le laboratoire d'anatomie comparée, rue de Buffon, 55, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

— M. le docteur Auguste Voisin reprendra ses leçons cliniques sur les maladies mentales et les affections nerveuses, à l'hospice de la Salpêtrière, le dimanche 19 novembre, à neuf heures et demie, dans les salles de son service, et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

— M. le docteur Reliquet commencera son cours sur les maladies des voies urinaires le lundi 20 novembre, à cinq heures, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique, rue de l'École de Médecine, 15, et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure.

— M. le docteur Dubuc, ancien interne des hôpitaux, commencera son cours public sur les maladies des voies urinaires le mardi 21 novembre, à cinq heures, amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

— *École pratique des Hautes-Études.* — Les exercices relatifs à l'emploi du microscope dans l'étude comparative de la structure intime des tissus consécutifs des animaux auront lieu tous les jours de midi à cinq heures, sous la direction de M. le docteur Ch. Robin, professeur à la Faculté de médecine de Paris, et de M. le docteur G. Pouchet, professeur au Muséum, au laboratoire d'anatomie comparée et d'histologie zoologique, rue de Buffon, n° 55, où les élèves devront se faire inscrire près du directeur adjoint, M. le docteur Huet.

— *Faculté des sciences de Paris.* — Les candidats aux baccalauréats ès sciences doivent s'inscrire au secrétariat de la Faculté des sciences ; les registres sont clos irrévocablement cinq jours avant l'ouverture des sessions. Les sessions pour ces divers baccalauréats s'ouvriront : la première le 10 juillet 1883, la seconde le 25 octobre 1883.

Le registre des inscriptions prescrites pour la licence sera ouvert, au secrétariat de la Faculté, pendant les quinze premiers jours des mois de novembre, janvier, avril et juillet. La deuxième session pour les trois licences aura lieu du 1er au 31 juillet 1883. Les candidats sont tenus de s'inscrire au secrétariat de la Faculté. L'inscription sera close huit jours avant l'ouverture de la session.

Les Hystériques, *état physique et état mental, actes insolites, délictueux et criminels*, par le docteur LEGRAND DU SAULLE, médecin de la Salpêtrière. 1 vol. in-8° de xx-625 pages. — Prix : 8 francs. Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 13659.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

M. Laboulbène.

Histoire de Galien, sa vie, ses œuvres; son dernier traducteur Charles Daremberg (1).

II

LA MÉDECINE AU TEMPS DE GALIEN.

Me voici arrivé, dans cette étude abrégée sur Galien, à vous montrer le milieu où il vivait. J'ai besoin de toute votre attention, car le sujet est complexe et rempli de détails souvent arides. Et cependant, pour apprécier le rôle de Galien de son vivant, et pour comprendre l'influence si considérable et si étonnante qu'il a exercée après sa mort, il faut absolument connaître l'état de la médecine à cette époque et les sectes si nombreuses qui se disputaient la prééminence.

Hippocrate avait séparé la médecine des systèmes philosophiques de son temps; il l'avait dirigée dans une voie sûre, il avait pris pour base le fait réel τὸ ἐόν, en rejetant les hypothèses. Le raisonnement appuyé sur les observations; expérience et induction, telle est la médecine hippocratique.

Mais les successeurs n'avaient pas suivi longtemps cette direction admirable. Bientôt plusieurs scissions se produisent, et au lieu de voir simplement les choses comme elles se présentent, les médecins s'égarent à la recherche, à la poursuite des problèmes insolubles, ils s'y complaisent et s'y perdent. Chacun veut avoir un système à lui, l'imagination n'a plus de bornes en s'efforçant de donner la raison de toutes choses.

Les écoles dérivant de Cnide et de Cos avaient ainsi des dogmes ou des doctrines, d'où le nom de dogmatiques pris par les successeurs d'Hippocrate. A côté des dogmatiques avaient existé de tout temps les empiriques purs, qui rejetaient toute espèce de raisonnement.

L'école d'Alexandrie, sous les Ptolémées Lagides, avait déplacé le foyer scientifique. La médecine, venue de Grèce en Égypte, mais restant absolument grecque, voyait s'ouvrir, avec les découvertes anatomiques, de nouveaux horizons. Hérophile qui appartenait à Cos, et Érasistrate qui tenait de Cnide, disséquaient plus qu'ils ne philosophaient. Chacun avait son système, mais, remarquez-le avec soin, Hérophile était hérophiléen et non hippocratique, Érasistrate était érasistratéen. Les médecins hippocratiques n'avaient pas d'existence à part, il y avait des dogmatiques, il y avait des empiriques et beaucoup d'autres. Le nom d'Hippocrate pouvait être un point de réunion dans la secte des dogmatiques; un signe de ralliement, mais l'hippocratisme vrai n'existait pas encore; il date de Galien qui a fait l'hippocratisme pour élever en face le galénisme.

Examinons rapidement les écoles et sectes principales qui avaient surgi depuis Hippocrate jusqu'à Galien, amenant une véritable anarchie médicale. Toute secte avait une doctrine à part, et ces doctrines disparates, soutenues avec ténacité par des adeptes plus ou moins nombreux, avaient tantôt gagné la préséance, tantôt perdu le terrain conquis. Vous verrez qu'elles possédaient des droits bien inégaux au mérite que l'histoire reconnaît définitivement.

L'école dogmatique, nous devons commencer par elle, prétendait tout expliquer par l'antique doctrine des quatre éléments. Elle venait de Cos avec Praxagore, maître d'Hérophile, et aussi de Cnide avec Chrysippe, maître d'Érasistrate. Les philosophes ou physiologistes de Cos étaient, du reste, divisés et subdivisés sous le drapeau du dogmatisme. Dioclès, de Caryste, combat Hippocrate quoique respectueusement. Aucun dogmatique ne regarde Hippocrate comme un oracle, c'est un guide et on n'a pour lui aucune soumission aveugle.

L'école pneumatique admettait la suprématie du πνεῦμα, sorte d'air igné qui pénètre par tout le corps. Pour les pneumatistes, les phénomènes du monde grossièrement matériel et inerte, s'expliquaient par l'adjonction d'un principe, d'un esprit moins matériel ou immatériel. Ils attribuaient les dérangements de la santé aux dérangements de cet esprit. Leurs explications aboutissaient à une métaphysique nuageuse. Athénée a été le chef du pneumatisme.

L'épicurisme, transporté en médecine avec la doctrine des atomes, donna, par ses transformations, naissance au méthodisme qui était en renom au temps de Galien. Le

(1) Suite. — Voir le numéro du 14 novembre 1882.

méthodisme, que nous trouvons développé dans Cælius Aurelianus d'après Soranus, avait eu pour chefs Asclépiade, de Bithynie, Thémison, de Laodicée, et Thessalus, de Tralles. Les méthodistes affirmaient qu'il n'y a pas une seule cause pathologique dont la connaissance importe à la pratique ; ils rapprochaient et classaient les maladies suivant leurs analogies, et les réduisaient à l'état de resserrement ou de relâchement des interstices ou pores, placés entre les atomes composant le corps humain. De là les *strictum, laxum, mixtum*. Les méthodistes, à l'encontre des naturistes dogmatiques, soutenaient que la nature n'est pas seulement secourable, mais nuisible parfois ; ils accusaient l'expectation de n'être qu'une sorte de méditation sur la mort. Les méthodistes, appliquant leurs recherches aux maladies chroniques, ont rendu des services en rejetant les vaines théories, en renouvelant l'art médical avec une thérapeutique souvent heureuse.

Les épisynthétiques et les éclectiques, suivant les idées d'Agathinus, d'Archigène, etc., avaient le soin de prendre dans chaque doctrine ce qu'ils jugeaient le meilleur, et ils avaient la prétention de fonder un système ayant les qualités de tous les autres, sans offrir aucun de leurs défauts.

Enfin, au milieu de ce chaos d'opinions différentes, des erreurs indéniables ainsi que des contradictions de systèmes opposés, l'empirisme, qui avait commencé dès les temps hippocratiques, se poursuivait, mais dégénéré, exercé par les habiles ou les fourbes, acclamé par les sots, absolument comme de nos jours.

Les premiers empiriques, Philinus, de Cos, Sérapion, d'Alexandrie, refusaient à l'esprit toute puissance de dogmatiser; la seule force de l'entendement humain était de recueillir par l'expérience des notions simples qu'on ne devait jamais réunir en système. L'empirisme, qui paraissait avoir quelque logique au début, était, sous les Alexandrins, puis à Rome, tombé au dernier degré de la routine et de la nullité.

J'ai essayé de vous donner une idée sommaire et aussi peu embrouillée que possible des sectes médicales anciennes. Au temps où Galien vint à Rome, les méthodiques l'emportaient sur les dogmatiques; ceux-ci ne s'accordant guère, les uns voulant Hippocrate, les autres Hérophile, les autres Érasistrate. Les éclectiques faisaient peu de bruit ; les pneumatistes venaient après les méthodiques; les empiriques, dont le nom était devenu synonyme d'ignorance, se trouvaient avec raison les moins considérés. Les spécialistes exerçaient à Rome sous toutes les formes. Notez cependant que si les empiriques employaient une thérapeutique et une polypharmacie grossières, les relations de l'Afrique avec l'Orient avaient fait arriver à Alexandrie, puis à Rome, une foule de substances médicales inconnues et d'une grande valeur.

Galien, venu à l'heure favorable, protesta contre toutes les sectes. Il déclare ne vouloir en embrasser aucune; il va si loin, qu'il appelle « esclaves » les dogmatiques praxagoréens. Aux invectives il répond par l'injure. Accablé d'épigrammes tels que παραδοξολόγος (faiseur de paradoxes), παραδοξοποιός (faiseur de merveilles), λογίατρος (médecin phraseur), il lance l'anathème contre les méthodistes, il insulte Asclépiade, il traite ses successeurs d'ânes de Thessalus, de Thessalus qui n'est qu'un tyran et le prince de la folie. Cependant Hippocrate devient son dieu médical, mais ici nous devons penser à des hommages intéressés, parfois il rapetisse le vieillard de Cos, il n'a qu'une admiration raisonnée. S'il dresse un autel à Hippocrate, il place bien en face et un peu au-dessus son propre piédestal.

Un homme aussi doué, aussi réellement capable que Galien, survenant au moment de l'anarchie médicale, eut pu, avec un jugement sévère, recueillir les notions acquises, les classer sagement sans les plier au joug des hypothèses, et suivant la vraie méthode hippocratique.

Tel ne fut point Galien. Il avait le talent et plus de savoir qu'aucun de ses contemporains; par malheur, ces avantages précieux étaient liés à un esprit se complaisant aux explications prolixes, imaginaires, et du dogmatisme le plus absolu. De telle sorte que Galien, le grand compilateur et le systématique outré, agit, captiva beaucoup plus par ses défauts saisissants et brillants, par ses hypothèses acceptées et conservées aveuglément pendant des siècles que par ses qualités très réelles.

Jusqu'à l'effondrement de Rome sous les coups des Barbares, la médecine ne fut point asservie à Hippocrate ou à Galien. Ce dernier resta combattu et discuté, mais les Arabes, possesseurs des livres galéniques, placèrent Aristote, Galien et Avicenne, au rang le plus élevé. Pendant la longue période d'éducation des peuples qui s'appelle le moyen âge, l'autorité de Galien fut suprême, indiscutable, ayant force de loi. Il fallut Paracelse, Van Helmont, Vésale, surtout Harvey, et enfin les modernes, pour détrôner le galénisme si longtemps triomphant.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. DESPRÈS.

Des abcès gommeux du morphinisme.

Depuis douze ans que l'on use des injections sous-cutanés médicamenteuses, les injections de morphine ont eu une si grande vogue que les malades se sont passionnés pour ce genre de traitement. Descendus au rang de mandarin chinois, ils se sont peu à peu empoisonnés avec l'opium. On connaît aujourd'hui un morphinisme étudié par les médecins, les chirurgiens ont, de leur côté, constaté des accidents tardifs liés aux piqûres de morphine : ils ont observé des abcès. C'est sur ces accidents mécaniques des injections sous-cutanées de morphine que je veux aujourd'hui appeler de nouveau l'attention.

Divers travaux ont été publiés déjà sur ce sujet, je fais allusion à un mémoire de M. H. Petit et surtout à deux thèses inaugurales, celle de M. Calvet 1879, et celle de M. Jacquet 1882.

Voici d'abord trois faits que j'ai observés en un an à l'hôpital de la Charité :

OBSERVATION I. — *Abcès multiples chez une morphinée.* — La nommée F... (Marthe), trente-six ans, professeur de musique, entre à l'hôpital de la Charité le 11 novembre 1881, pour des abcès multiples disséminés sur les cuisses et les bras.

La santé générale de la malade était très altérée, elle se pratiquait elle-même des injections de morphine depuis deux ans, de quinze à vingt injections étaient répétées quotidiennement.

Les premiers abcès que j'ai observés ressemblaient à des furoncles, avec cette différence que la réaction inflammatoire était peu vive. J'ouvris environ quinze abcès successivement. Quelques-uns guérirent rapidement ou récidivèrent à côté.

Pendant tout l'hiver de 1881-1882, nous avons assisté à une succession d'abcès semblables. Mais, vers le mois de février 1882, la malade présenta sur la cuisse, à un point où il y avait eu autrefois un abcès furonculaire un vaste abcès sous-cutané qui demanda un assez longtemps à guérir.

Tandis que nous traitions ces abcès, la malade, qui était sous l'influence de l'opium, présentait un peu d'hébétude et de l'inappétence; un régime lacté et du quinquina étaient administrés à l'intérieur. Nous avions obtenu que la malade renonçât aux injections, de temps en temps on lui pratiquait des injections d'éther (eau 10 grammes, éther 1 gramme) et même des injections d'eau. C'est ainsi que nous avons déshabitué la malade des injections de morphine.

Quant à la rachialgie dont la malade se plaignait encore et pour laquelle elle avait fait les injections de morphine, nous l'avons améliorée avec la cautérisation ponctuée sur le rachis. La malade est sortie dans un état satisfaisant le 5 avril 1882.

Obs. II. — *Abcès sous-cutanés multiples consécutifs à des injections de morphine.* — La nommée M... (Laure), âgée de quarante et un ans, journalière, entre à l'hôpital de la Charité, salle Sainte-Marthe, lit n° 27, le 20 septembre 1880. (Observation recueillie par M. Olive, interne du service.)

Cette malade entra à l'hôpital de la Charité à la fin de l'année 1880, pour des douleurs très vives siégeant dans la colonne vertébrale et dont on n'a pu encore jusqu'ici déterminer la nature.

Ce n'est que vers le 19 octobre 1881 qu'on commença à administrer des injections de morphine à la malade; d'abord le nombre de ces injections ne dépassa pas 1 à 3 par jour.

Il y a cinq mois (février 1881), un abcès apparut au niveau de la cuisse droite. Cet abcès fut ouvert au bistouri et devint le point de départ d'un érysipèle.

Cet abcès fut unique et il n'en survint plus d'autre jusqu'au mois de juillet où il s'en montra tout à coup vingt ou trente disséminés sur les bras et les cuisses. Douze à quinze de ces abcès étaient arrivés en même temps à maturité et avaient été ouverts. Ces abcès avaient le volume moyen d'une cerise, ils étaient rouge violacé lorsqu'ils étaient mûrs, et ils étaient précédés d'une induration qui durait plusieurs semaines.

M. Desprès, consulté sur l'origine de ces abcès, songea aux piqûres de morphine; il interrogea la malade, qui avoua l'abus fait par elle des injections de morphine, et déclara que les abcès qui venaient de se former siégeaient bien au niveau des piqûres.

Nous devons ajouter que la malade dit bien que parmi ces abcès les uns se formaient presque immédiatement après l'injection, tandis que d'autres n'apparaissaient sous forme de nodosités que plusieurs jours après; mais il lui a été impossible de nous dire sûrement si quelques-uns de ces abcès n'étaient pas survenus en des points où, depuis longtemps déjà, aucune injection n'avait été faite.

Actuellement (15 août) on n'observe plus de ces abcès; mais on constate encore la présence d'un certain nombre de nodosités sur la partie inférieure de l'abdomen et sur les cuisses. Ce sont les traces de piqûres très anciennes indurées.

Au dire de la malade, elle ne se fait plus d'injections que rarement.

Il faut mentionner aussi que la malade a un tempérament scrofuleux assez prononcé. Elle présente, en effet, plusieurs abcès froids considérables au coude, à la cuisse droite, à l'index droit, sur la face dorsale du carpe.

Elle a été amputée en 1881 par M. Desprès du médius droit, pour une tumeur blanche de l'articulation de la première et de la deuxième phalange.

Obs. III. — *Abcès sous-cutanés multiples consécutifs à des injections de morphine.* — La nommée M... (Eugénie), âgée de trente et un ans, domestique, entre au mois de janvier dernier à l'hôpital de la Charité, salle Sainte-Rose, lit n° 8. (Cette observation a été recueillie par M. Ladroitte, interne du service.)

Il y a un peu plus d'un an, cette malade, à la suite d'un traumatisme sur la jambe gauche (pression de cette jambe contre un trottoir par une roue d'omnibus), fut atteinte d'une contracture des fléchisseurs donnant lieu à un pied bot équin varus.

Pour remédier à cette affection, M. Th. Anger, dans le service duquel cette malade se trouvait en septembre 1881, à Cochin, pratiqua la section du tendon d'Achille et des péroniers latéraux. La déformation ne tarda pas à reparaître et persiste encore. L'examen avec le chloroforme permit de constater qu'il s'agissait d'une paralysie des extenseurs. La malade est hystérique et le traumatisme a exagéré l'état nerveux.

Mais le fait sur lequel nous voulons attirer l'attention consiste en une série d'accidents dus à l'abus des injections de morphine.

En effet, à la suite de sa blessure, au début de son séjour à l'hôpital Cochin, pour calmer les douleurs qui paraissaient extrêmement vives, on pratique des injections de morphine. La malade y prit goût, prétendant y trouver un grand soulagement; mais comme une injection par jour (2 centigrammes) ne lui suffisait plus, elle en réclama deux; puis, s'en faisant administrer à l'insu des médecins, elle arriva progressivement, en six mois, à en prendre douze à quinze par jour. Au bout de quelque temps, son insubordination la fit renvoyer de l'hôpital Cochin. Elle rentra alors chez elle où elle continua l'usage immodéré de ces injections.

Elle se décida, au bout de quelques jours, à entrer à la Charité. Là encore elle continua à prendre en cachette, tous les jours, un certain nombre d'injections de morphine jusqu'au moment où l'on s'aperçut de l'abus qu'elle en faisait, et où M. Desprès lui retira une seringue de Pravaz et une solution morphinée qu'elle avait apportées avec elle à son entrée à l'hôpital. Mais, malgré toute la surveillance dont on l'entoura pour la mettre dans l'impossibilité de satisfaire sa passion pour l'opium, elle parvint à s'en procurer, et en ce moment encore, en lui examinant le ventre et les cuisses, il est facile de découvrir les traces de piqûres récentes.

Tout dernièrement (25 juillet), en examinant le ventre, nous avons constaté, au niveau des piqûres, la présence de nodosités variant du volume d'une lentille à celui d'une grosse noisette, et disséminées en grand nombre dans les endroits qui ont été le siège d'injections de morphine. C'est ainsi que, sur une seule cuisse, la cuisse gauche, nous en avons compté plus de vingt. La paroi abdominale, au niveau de la fosse iliaque gauche, semble en être farcie. Les plus petites sont dures, indolentes et recouvertes par la peau saine; les plus grosses sont douloureuses. A leur niveau la peau est rouge, elles sont moins dures, et au niveau de quelques-unes il est possible de percevoir de la fluctuation.

On doit remarquer que ces tumeurs se sont toutes développées presque simultanément, puisque leur apparition ne remonte pas à plus de trois semaines, au dire de la malade, et, en effet, dans toutes les explorations antérieures qui ont été pratiquées sur les parties atteintes actuellement, il n'en existait aucune trace.

Un fait curieux à noter aussi, c'est que non seulement chaque injection pratiquée actuellement est suivie peu de jours après de l'apparition d'une tumeur, mais c'est que ces tumeurs sont apparues aussi dans des points correspondant à des piqûres très anciennes et remontant à plusieurs mois. C'est ainsi qu'à la cuisse droite où aucune injection morphinée n'a été faite depuis l'entrée de la malade à la Charité, il existe une douzaine de ces nodosités apparues depuis quinze jours environ. Cependant ce dernier point ne saurait être affirmé d'une façon absolue, car il serait possible que la malade se soit fait, dans cette partie, des injections à notre insu, bien qu'elle le nie énergiquement.

La malade présente encore un certain nombre de phénomènes d'intoxication chronique par l'opium tels que rêves, cauchemars, lourdeur de tête, paresse intellectuelle et musculaire, etc.

La constipation est opiniâtre; la malade ne va à la selle que tous les huit jours environ et seulement sous l'influence de purgatifs énergiques (deux gouttes d'huile de croton). Le ventre est ballonné, dur, très développé, à ce point qu'on pouvait penser à une tumeur abdominale ou à de la péritonite chronique. Cet

aspect était dû très probablement à la paralysie de l'intestin due à l'empoisonnement par la morphine.

L'appétit est peu développé; il existe souvent des nausées et des vomissements. L'urine est peu abondante. La vessie a été paralysée pendant près d'un mois et pendant ce temps on a dû sonder la malade. Celle-ci possède d'ailleurs un certain nombre des attributs de l'hystérie. Elle a un caractère détestable, cherchant continuellement à ennuyer ses voisines, à tromper les médecins, mentant à tout propos.

Le refus qu'on lui fit de lui pratiquer des injections, provoqua plusieurs fois chez elle de véritables accès de fureur suivis de larmes, qui ne se calmaient que par la menace de l'expulser du service.

Pour être complet, il faut ajouter que la malade avait encore un autre vice : l'ivrognerie. Elle parvenait à se procurer en cachette du vin et dernièrement (1er août), à la visite du soir, on la trouve en proie à une espèce d'attaque qu'on prit d'abord pour un accès d'hystérie ; mais un examen plus approfondi montra qu'il s'agissait seulement d'ivresse ; en effet, la malade ne tarda pas à vomir une quantité considérable (un litre environ) de vin presque pur.

Ce fait fut cause qu'elle quitta le service de l'hôpital (2 août).

Il n'a pas été possible, par conséquent, de suivre plus longtemps l'évolution de ces indurations inflammatoires, mais il est très probable que ces abcès ne tarderont pas à s'ouvrir spontanément, au moins en grande partie.

Cette malade doit être, à l'heure qu'il est, dans un autre hôpital.

La solution employée ne présentait rien de particulier. Elle est au 1/50e ; on la renouvelle fréquemment et elle ne contient pas de substances étrangères ou irritantes. De plus, c'est cette même solution qui sert aux autres malades du service et chez aucun de ceux-ci nous n'avons observé de lésions locales analogues à celles qu'elle déterminait chez la malade qui nous occupe.

Quelle est la nature de ces abcès? En les étudiant bien pendant leur développement, on constate qu'ils sont constitués d'abord par une induration indolente, puis il y a quelques douleurs vives par instant, et enfin vers le neuvième jour, après l'apparition des douleurs vives, la tumeur, qui n'a cessé d'augmenter lentement, devient rouge violette ; et si ce n'était la douleur à la pression, on croirait avoir devant les yeux une gomme. Abandonné à lui-même, l'abcès présente une tache noirâtre, et une ulcération se forme, puis il sort du pus épais, au milieu duquel on trouve une masse plus épaisse qui ressemble beaucoup au bourbillon d'un gros furoncle. En général, ces abcès ont une évolution ou cours naturel déterminé. Il arrive parfois que quand ils sont incisés avant leur période de maturité, ils se reproduisent à un mois ou un an d'intervalle, quoiqu'il n'ait été fait aucune injection nouvelle en ce point.

Lorsque ces abcès se sont ouverts seuls ou lorsqu'ils ont été ouverts, ils guérissent ordinairement assez vite, c'est du moins ce que j'ai observé chez quatre malades que j'ai eu à traiter jusqu'à ce jour. Cependant, comme si l'analogie avec les gommes devait être encore plus complète, nous trouvons, parmi les observations publiées jusqu'à ce jour et réunies dans une thèse de M. Jacquet (1), l'histoire d'un malade de la Charité chez lequel les abcès ont été suivis d'ulcères atones et rebelles. (Chez ce malade qui n'était point diathésique, il y avait eu cependant deux maladies graves antérieures : la fièvre typhoïde et un rhumatisme articulaire aigu.)

(1) Jacquet, *Thèse*, Paris 1882. *De quelques accidents causés par l'abus de la morphine.* Observation recueillie par M. Malécot.

Je ne parle pas ici des abcès très étendus que l'on observe chez quelques malades et qui sont sous-cutanés ; les uns sont des abcès angioleucitiques développés sur le trajet des lymphatiques, d'autres des adénites suppurées, d'autres enfin sont des espèces d'abcès métastasiques perdus tels que ceux observés jadis et décrits dans le Compendium sous le nom d'abcès soudains et qui ont été rencontrés parfois chez les malades soumis aux manœuvres de la lithotritie ; on rencontre surtout ces abcès à la fin de la période des petits abcès et lorsque les malades cessent les piqûres de morphine. Les malades sont quelquefois définitivement guéris après ces abcès étendus.

Ces trois ordres de considération me portent à penser que ces abcès ne sont autre chose que des gommes.

Déjà j'ai formulé cette opinion devant la Société de chirurgie à propos des tumeurs auxquelles donnaient lieu les injections sous-cutanées de sublimé dans la syphilis, imaginées par Lewin et Scarenzio. Je signalais les tumeurs qui existaient au niveau des injections sous-cutanées et qui s'ulcéraient, je les appelais alors des phlébites capillaires (1). Dans mon *Traité de la syphilis* (2), j'allais plus loin, je disais : « Depuis l'introduction des injections sous-cutanées dans le traitement de la syphilis par le mercure, on a vu l'injection causer, au bout d'un certain temps, un nodus qui ressemble trait pour trait à une gomme, qui s'élimine parfois par le sphacèle du nodus entier, à la manière d'une gomme. »

Ces abcès peuvent nous permettre de préciser cliniquement ce qu'est une gomme. Peut-être ne s'était-on pas laissé convaincre par les faits d'abcès gommeux consécutifs aux injections de sublimé : il s'agissait de la syphilis, une maladie générale, une intoxication, puis le sublimé est un agent caustique. Mais aujourd'hui il s'agit de gens à peu près sains : on leur injecte un liquide absolument inoffensif et ils ont des abcès gommeux caractérisés par une période d'induration prolongée et une suppuration plus voisine de la suppuration de l'anthrax que de l'abcès commun simple.

Il n'échappera à personne qu'il y a entre ces abcès et les gommes quelconques une relation. A la suite de l'introduction d'une solution très faible de morphine, solution au 100e qui d'abord ne laisse aucune trace, on voit après une répétition d'injections, un an environ après celles-ci, des tumeurs indolentes se produire et suivre l'évolution que nous avons indiquée. Et ce ne sont pas seulement les dernières piqûres qui causent des abcès, ce sont aussi les plus anciennes.

Pour ce qui est des injections récentes, l'économie saturée de morphine ne tolère plus, n'absorbe plus, et chaque injection nouvelle agit comme un corps étranger introduit dans les tissus ; ceci est facile à comprendre. C'est le morphinisme qui est la cause immédiate de la suppuration. Il n'y a pas à accuser l'altération du liquide à injection, la malpropreté de la canule, puisque sur des malades voisins non encore morphinisé, le même liquide et la même seringue ne causent aucun abcès.

Mais pour ce qui est de la suppuration des anciennes piqûres, l'explication est beaucoup plus difficile, et il n'y a d'autre mécanisme à invoquer que celui des gommes, c'est le seul qui soit acceptable, avec cette différence que dans les gommes scrofuleuses syphilitiques ou autres, ainsi que

(1) Bulletin de la Société de chirurgie, 1869, p. 270.
(2) Desprès, *Traité de la syphilis*, Paris 1872, p. 311.

je l'ai montré dans un mémoire inséré dans les *Archives* (1), la lésion vient du dedans et répandue dans divers points du corps par le sang, tandis que chez les morphiniques la lésion vient du dehors. Dans le dernier cas il se produit, en un point quelconque d'un réseau capillaire, une sclérose due à un infarctus contenant des globules de sang altéré par l'opium, et la suppuration arrive à la manière du ramollissement du tubercule. Dans le premier cas, l'injection de morphine cause un infarctus artificiel immédiat qui est identique à l'infarctus développé dans les cas précédents.

Je conclus de ce rapprochement que nous avons, dans la cause, l'évolution et la terminaison des abcès gommeux des morphiniques, une explication plausible de la formation des gommes diathésiques.

On s'est peu préoccupé, jusqu'ici, du traitement. Il y a quelque chose à en dire ; ces abcès gommeux ont un cours naturel qu'il ne faudrait pas entraver. J'ai opéré une dame à laquelle on avait incisé trop tôt un de ces abcès : un mois après, un autre abcès existait au-dessous de la cicatrice. Il faut ouvrir les abcès lorsqu'ils sont bien mûrs, c'est-à-dire huit jours pleins après qu'ils ont commencé à être rouges, douloureux. Il y a des malades qui se rendent compte de leur souffrance et ils vous disent qu'ils souffrent pendant huit jours et qu'à partir de ce moment ils ne souffrent plus. C'est à ce moment qu'il convient d'inciser, car la rémission de la douleur indique que le travail éliminateur est achevé, et vous êtes certain qu'il s'est formé tout ce qui devait se former de pus.

Quant au morphinisme, on le combat soit en obtenant des malades qu'ils cessent les injections de morphine, soit en leur injectant de l'eau simple au lieu de solution de morphine. Chez une malade, j'ai fait des injections avec un peu d'éther, et je renouvellerai ce traitement à l'occasion, car il m'a paru relever les malades abrutis par l'opium et tromper leur appétit pour les injections de morphine.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 18 novembre 1882. — Présidence de M. PAUL BERT.

COMMUNICATIONS

Trichinose. — M. HUET fait une communication sur les expériences faites dans le laboratoire de M. Pouchet, relativement à l'innocuité des viandes de porc trichinées provenant d'Amérique et soumises à la réfrigération ou à la saumure. Il a été donné à un grand nombre de rats et de chiens de ces viandes trichinées saisies à la porte des Batignolles. On n'a jamais trouvé de trichines dans les muscles de ces animaux ; on a trouvé dans l'estomac, dans l'intestin grêle, dans le cœcum, dans les matières excrémentitielles des trichines enkystées, libres ou digérées, mais jamais vivantes. En un mot, aucun des nombreux animaux nourris pendant un temps plus ou moins long avec ces viandes n'a présenté de traces d'affection trichinosique.

M. LABORDE demande à M. Huet si, dans les expériences, il a été tenu compte de l'influence de la température. Les uns, en effet, prétendent qu'une température de 60, 70 ou 80 degrés tue la trichine. D'autres affirment le contraire. M. Laborde a constaté, par lui-même, qu'une température de 90 degrés n'avait pas tué les trichines.

(1) Desprès, *De la pyohémie chronique*. Archives de médecine. Septembre 1874.

M. MALASSEZ fait observer qu'il ne faut pas confondre les mouvements passifs, purement physiques de la trichine obtenus, par exemple, sous l'influence de l'eau sur les viandes salées, avec les mouvements de vitalité. Il y a là une cause d'erreur dont on n'a pas assez tenu compte.

Histologie pathologique du lupus. — M. VIDAL fait, en son nom et au nom de M. Leloir, une communication sur ce sujet. Ils ont étudié les lésions du lupus tuberculeux, du lupus érythémateux et du lupus acnéique.

Les lésions du lupus tuberculeux existent dans les couches superficielle, moyenne et profonde du derme. Il résulte des recherches de MM. Vidal et Leloir que cette variété de lupus n'est pas une simple inflammation chronique, mais une néoplasie. L'épiderme y est également altéré ; il est épaissi et cet épaississement porte sur la couche cornée ainsi que sur les couches plus profondes.

Dans le lupus érythémateux, c'est surtout à la superficie qu'on trouve les lésions. Ici, au contraire, ce n'est plus une néoplasie, ce n'est qu'une inflammation chronique. Le lupus érythémateux peut devenir tuberculeux, comme le prouvent non seulement l'étude des lésions histologiques, mais aussi l'observation d'un grand nombre de malades de l'hôpital Saint-Louis.

Le lupus acnéique est une forme à part, qui présente un caractère spécial de pénétration, de profondeur, et qui jamais ne devient tuberculeux.

Modification de la pile Daniel. — M. REGNARD présente une pile Daniel à laquelle il a apporté la modification suivante : On sait que, dans cette pile, le sulfate de cuivre s'amasse dans le vase poreux et arrive à le déborder, si bien qu'en peu de temps ce vase poreux ne peut plus servir et doit être remplacé par un autre. M. Regnard a construit une pile dans laquelle il met, à l'extérieur, du bisulfate de mercure, et à l'intérieur de l'azotate de mercure. Cette pile ne présente plus les inconvénients de celle de Daniel et peut fonctionner un temps fort long sans s'arrêter et sans qu'on soit obligé de changer aucune de ses parties.

Modifications de l'hémoglobine. — M. HENNINGER. Parmi les modifications que peut subir l'hémoglobine, il en est une à laquelle on a donné le nom de métahémoglobine. Cette métahémoglobine se forme dans diverses circonstances et est toujours le résultat d'une action des oxydants sur l'hémoglobine. Pour certains chimistes, c'est un peroxyde d'hémoglobine; pour d'autres, c'est un intermédiaire entre l'hémoglobine et l'oxyhémoglobine. M. Henninger, en prouvant le passage direct de l'hémoglobine à la métahémoglobine, a démontré que celle-ci était un état d'oxydation de l'hémoglobine inférieur à celui de l'oxyhémoglobine, ou, autrement dit, que la métahémoglobine est un intermédiaire entre l'hémoglobine et l'oxyhémoglobine. Entre autres circonstances qui favorisent cette transformation de l'hémoglobine, il faut citer l'azotate d'éthyle, comme l'ont montré les recherches de M. Jollyet, et le chlorate de potasse, à hautes doses, comme l'ont montré celles de MM. Brouardel et Boutmy. Ces substances, en effet, déterminent la présence de la métahémoglobine dans le sang.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 novembre 1882. — Présidence de M. MILLARD.

COMMUNICATIONS

Maladies régnantes. — M. DU CASTEL donne lecture du rapport sur les maladies régnantes pendant le troisième trimestre de l'année 1882. Il signale les particularités suivantes :

Conditions atmosphériques : température moyenne, basse, pression barométrique faible, pluies abondantes.

La mortalité générale dans les hôpitaux a été inférieure à celle de la période correspondante de l'année précédente : 3,549 décès

au lieu de 3,650. Cet abaissement est d'autant plus remarquable que le nombre des malades admis dans les hôpitaux a été bien plus considérable.

Parmi les affections des voies respiratoires, M. du Castel signale la fréquence exceptionnelle de la pleurésie et de la tuberculose. Le chiffre des décès par la pleurésie s'est élevé de 38 à 59.

La diphtérie semble avoir perdu de sa gravité terrible. Le nombre des décès qui, l'an dernier, avait été, pour la ville, de 536, est tombé au chiffre de 432. Les fièvres éruptives ont été, pour la plupart, d'une grande bénignité.

La fièvre typhoïde a subi dès le mois de juin une exacerbation hors saison. Dès le commencement du mois d'août, le chiffre des typhoïdiques s'élevait dans des proportions considérables. Cette élévation est normale, car, comme l'a établi M. Besnier, la fièvre typhoïde est parmi les maladies endémo-épidémiques celle qui subit le plus manifestement l'influence saisonnière. L'épidémie actuelle se fait, d'un avis unanime, remarquer par sa bénignité et la rareté relative des cas mortels. La mortalité moyenne a été dans les hôpitaux de 15 p. 100. Les hôpitaux d'enfants ont particulièrement bénéficié de cette bénignité. M. le rapporteur a, dès le début, remarqué la fréquence des accidents buccaux chez les typhoïdiques. Dans une de ses salles, une petite épidémie s'est développée au voisinage de cabinets d'aisance. Il est à craindre qu'il faille l'attribuer au simple voisinage de ces cabinets. La colonie étrangère, les Italiens surtout, ont payé un tribut considérable à l'épidémie.

Nous relevons dans les renseignements fournis à M. du Castel par quelques-uns de ses collègues des hôpitaux les particularités suivantes :

Hôpital Beaujon, M. Millard. — C'est, pour lui, le mois d'août qui a marqué le début de l'épidémie actuelle ; il a reçu plus d'hommes que de femmes ; sur 52 malades, 6 décès, 3 cas de récidive. Traitement : poisons acidules, purgatifs, lotions vinaigrées, sulfate de quinine (0g,50), lavements phéniqués (0g,50), bains tièdes, affusions froides ; piqûres de morphine en cas d'agitation, d'ergotine en cas d'hémorragies. La fièvre typhoïde n'est pas contagieuse à la manière des fièvres éruptives ; les cas intérieurs sont tout à fait exceptionnels.

Hôpital Cochin, M. Bucquoy. — 38 malades, 2 décès. Résultat merveilleux des bains froids chez une malade agonisante, véritable résurrection, mort quinze jours après des suites d'une énorme escarre. Les rechutes ont été assez fréquentes.

Hôtel-Dieu, M. Moutard-Martin, suppléé par M. Rathery. — 52 malades ; nombre peu élevé des femmes ; âge, de 15 à 35 ans. Les individus arrivés depuis peu à Paris ont été atteints dans de fortes proportions. Les cas intérieurs ont été exceptionnels. Au point de vue des symptômes, fréquence des épistaxis, rareté des taches rosées lenticulaires. Formes thoraciques rares, 2 cas d'hémorragies, 4 rechutes. Traitement : purgatifs répétés, toniques, sulfate de quinine, lotions froides, acide salicylique sans succès, lavements phéniqués avantageux.

Hôpital Tenon, M. Rendu. — 23 cas, dont 17 hommes et 6 femmes, 3 décès, dont 1 par perforation intestinale, 1 par méningite. Avantages des lavements phéniqués et du salicylate de soude. Même hôpital, M. Tennesson : 24 malades, 3 décès. La durée de la maladie n'est pas abrégée par les antipyrétiques.

Hôpital Trousseau, M. Cadet de Gassicourt. — 28 malades, 28 guérisons.

Val-de-Grâce, M. Zuber. — 56 malades, 3 décès, 21 guérisons, 32 en traitement ; dans 2 cas graves, plaques pharyngiennes d'un blanc éclatant, fréquence de l'albuminurie.

Hôpital Trousseau, M. Bergeron, suppléé par M. Moizard. — 86 cas, 34 garçons, 52 filles ; 2 décès, dont un par croup intercurrent.

M. le rapporteur fait observer que la fièvre typhoïde règne dans la plupart des grandes villes.

MM. DAMASCHINO et **SEVÉSTRE** ont également constaté la fréquence du muguet primitif dans l'épidémie actuelle.

Syphilis. — **M. RENDU** communique, au nom de M. Desplats (de Lille), l'observation d'un homme de quarante-huit ans qui, en 1858, eut une syphilis bénigne. Quatre ans plus tard apparurent des symptômes se rapportant à une affection obscure de la moelle. En 1870, douleurs fulgurantes, céphalée, paralysie du moteur oculaire commun ; ces phénomènes disparaissent sous l'influence d'un traitement par l'iodure de potassium. En juillet 1881, nouveaux accidents cérébraux ; attaques épileptiformes. A son entrée à l'hôpital, M. Desplats constate chez lui des symptômes relevant d'une affection cérébro-spinale, tels que de la céphalée, des troubles oculaires, du strabisme, une anesthésie diffuse, de l'incoordination des mouvements ; enfin apparaissent tous les symptômes d'une ataxie locomotrice. M. Desplats, admettant que la syphilis est en cause, administre l'iodure de potassium à hautes doses (3 grammes par jour), et donne en même temps du salicylate de soude. En juin, les attaques épileptiformes, les douleurs fulgurantes sont atténuées. En août et en septembre, les réflexes rotuliens apparaissent de nouveau ; les phénomènes morbides disparaissent de plus en plus et le malade marche vers une prompte guérison.

L'hystérie chez l'homme. — **M. DEBOVE** lit un travail ayant pour titre : « Recherches sur l'hystérie fruste, principalement chez l'homme. » L'hystérie, dit M. Debove, est bien plus fréquente chez l'homme qu'on ne le croit généralement, si l'on tient compte des cas frustes. Il cite, à l'appui de cette opinion, plusieurs observations :

Observation I. — Un jeune homme, le 26 juin, se fait une brûlure superficielle à la main et à l'avant-bras. Vers le 15 août apparaissent des douleurs assez vives ; les mouvements des doigts sont gênés ; il y a de la contracture ; l'avant-bras se trouve dans une position intermédiaire à la supination et à la pronation. La raideur disparaît sous l'influence du chloroforme. Il y a de l'hémianalgésie ; les organes des sens spéciaux sont intéressés ; on constate un rétrécissement du champ visuel. Une hémianesthésie sensorielle et cutanée existe manifestement du côté gauche. Le diagnostic porté par M. Debove est : hystérie fruste, diagnostic infirmé par M. Charcot. Les accidents hystériques, dans ce cas, se sont développés à la suite d'une action traumatique ou d'une brûlure.

Obs. II. — Jeune homme impressionnable, ayant eu une fièvre typhoïde à seize ans, est pris quelque temps après de mouvements saccadés dans les bras et les jambes, d'hyperesthésie cutanée ; la langue est tirée hors de la bouche ; il ne peut parler. Cette crise dure trois jours. Depuis, plusieurs crises semblables, avec hallucinations, contractions irrégulières des muscles de la face ; il se jette par terre, crie, chante, rit ; il présente une hyperesthésie générale. Diagnostic : hystérie.

Obs. III. — Jeune homme de vingt-trois ans, mère et sœur hystériques, a fait des excès, entre dans de violentes colères, prend un jour l'habit d'un camarade par le collet et ne peut plus le lâcher, a des attaques de nerfs, des hallucinations ; hémiplégie droite complète. En octobre 1877, bronchite, congestions pulmonaires. Toux continuelles, crises dyspnéiques, expectoration, anorexie, vomissements. On croit à une phtisie, on a recours à la sonde œsophagienne et à l'alimentation artificielle. M. Debove, diagnostiquant l'hystérie, prescrit de l'hydrothérapie, l'escrime, des courses à pied et constate peu de temps après les bons effets de ce traitement.

M. Debove fait observer que les hémoptysies ne sont pas rares chez les hystériques. En pareil cas, des congestions pulmonaires transitoires existent presque toujours du côté de l'hémianesthésie.

M. Debove cite plusieurs autres observations analogues, celle d'une jeune fille passant pour une phtisique avérée, reconnue par lui hystérique et revenue depuis à une santé excellente ; celle d'un homme présentant, à la suite d'un traumatisme, des crises nerveuses avec hémiplégie gauche, puis paraplégie, prises pour des accidents saturnins, reconnus d'origne hystérique et disparaissant, en effet, sous l'influence d'un traitement approprié.

En résumé, cette communication a pour but de démontrer : 1° que l'hystérie fruste n'est pas aussi rare chez l'homme qu'on le croit généralement ; 2° qu'elle donne lieu souvent à des accidents pulmonaires pris pour des accidents tuberculeux ; 3° qu'elle offre parfois un début apoplectiforme pouvant faire croire à une lésion cérébrale.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — M. Faisans (Léon), né à Pau, le 31 mars 1852, docteur en médecine, est nommé chef du laboratoire de clinique médicale de la Pitié, en remplacement de M. Brissaud, appelé à d'autres fonctions.

— Le nombre de places d'agrégés près les Facultés de médecine mises au concours par les arrêtés des 20 mai et 31 août 1882 est porté de 50 à 51. Cette cinquante et unième place sera comprise dans la section de médecine et réservée à la Faculté de médecine de Montpellier.

— M. le docteur Lancereaux, agrégé, membre de l'Académie de médecine, est nommé médecin du lycée Louis-le-Grand.

— M. le docteur Ollivier, agrégé, médecin des hôpitaux, est nommé médecin du lycée Saint-Louis.

— M. le docteur Dorveaux est nommé bibliothécaire de la Bibliothèque universelle d'Alger, en remplacement de M. Grandmottet, décédé.

— *Concours Vulfranc-Gerdy.* — Un concours pour deux places de stagiaires aux eaux minérales aura lieu au mois de décembre prochain au siège de l'Académie de médecine, rue des Saints-Pères, 49. Les candidats nommés entreront en fonctions le 1er mai 1883. Le concours comprendra deux épreuves publiques : 1° une épreuve écrite sur un sujet de physiologie et de pathologie; 2° une épreuve orale de vingt minutes après vingt minutes de réflexion, sur la physique et la chimie appliquées aux questions hydrologiques.

Sont admis à concourir, les élèves en médecine qui ont passé au moins les trois premiers examens du doctorat. Les candidats devront se faire inscrire soit au secrétariat de l'Académie de médecine, soit au secrétariat des Facultés des Écoles de plein exercice, des Écoles supérieures de pharmacie ou des Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie de France. Ils auront à justifier des conditions exigées. La liste d'inscription sera close le 10 décembre 1882, à quatre heures du soir. Les candidats seront prévenus, par lettre, des jours et de l'heure de l'ouverture du concours.

— Par décret en date du 31 octobre 1882, le travail des enfants est interdit dans les établissements dénommés ci-après :

Fabrication d'acide salicylique au moyen de l'acide phénique, à cause des émanations corrosives.

Fabrication du celluloïde et produits nitrés analogues, à cause des vapeurs nuisibles, des dangers d'explosion ou de brûlures.

Ateliers de façonnage du celluloïde et produits analogues, à cause des dangers d'explosion ou de brûlures.

Fabrication des chlorures de soufre, à cause des émanations nuisibles.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Afin de permettre aux élèves de suivre les travaux pratiques et le cours d'ostéologie, le cours auxiliaire de physiologie de M. le docteur Cadiat, agrégé, aura lieu désormais à onze heures trois quarts au lieu de midi.

— Le cours de M. Terrillon n'aura plus lieu dans le petit amphithéâtre de la Faculté que le mercredi et le vendredi; le lundi, il aura lieu dans l'amphithéâtre Laennec.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 13667.

N° 135. — JEUDI 23 NOVEMBRE 1882. 55e ANNÉE. JEUDI 23 NOVEMBRE 1882. — N° 135.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La discussion sur la fièvre typhoïde suit paisiblement son cours, côtoyant tantôt l'étiologie et la prophylaxie, tantôt la thérapeutique, quelquefois l'une et l'autre parallèlement; c'est ce qui est arrivé hier encore. En étiologie, M. Henri Gueneau de Mussy a soutenu avec l'accent d'une ferme conviction sa thèse de l'action typhoïgène des eaux potables de mauvaise qualité, de celles surtout qui sont polluées par les filtrations de déjections humaines et la nécessité absolue d'une distribution dans Paris d'eaux plus abondantes et de meilleures sources.

Quant à la thérapeutique, elle a continué à louvoyer dans les incertitudes, MM. Hardy, Dujardin-Beaumetz et Legouest émettant des doutes sur la valeur des faits avancés par M. Hérard, qui, de son côté, n'a défendu que faiblement les médications qu'il a préconisées faute de mieux.

Il serait difficile jusqu'à présent de prévoir quelle sera la conclusion qui sortira de ce débat, au point de vue du traitement de la fièvre typhoïde, si même il en sort une. Attendons patiemment la fin.

HOPITAL NECKER. — M. Potain.

La fièvre typhoïde.

I

Les préoccupations actuelles du corps médical sont tellement portées, et tout naturellement, vers l'épidémie de fièvre typhoïde, que je crois utile, dès la reprise de nos conférences, de vous entretenir de ce qui s'est passé dans cet hôpital ou mieux dans mon service.

Depuis le commencement de l'année et jusqu'à la première semaine du mois d'août, l'on pourrait même dire jusqu'à la fin de la seconde semaine, le nombre des cas de la fièvre typhoïde à Paris n'avait pas été beaucoup plus élevé que d'habitude, et c'est à partir de cette époque que nous avons vu survenir une première poussée, suivie bientôt d'une certaine accalmie pendant laquelle le nombre des entrées a diminué d'une façon assez notable. Mais bientôt la maladie a reparu et le nombre des entrées s'est élevé tout à coup dans des proportions considérables. Cette recrudescence brusque a duré jusqu'à la fin de la troisième semaine d'octobre, après quoi l'épidémie a commencé à entrer en décroissance.

Voilà pour Paris pris en bloc ; quant à la statistique de l'hôpital, pour étudier la marche de la maladie, ce n'est pas le chiffre des entrées qui doit nous guider, parce que celles-ci n'indiquent pas la véritable succession des invasions, les malades arrivant à l'hôpital à toutes les périodes de la fièvre typhoïde ; pour bien saisir cette marche, il faut connaître la date du début de la maladie. Cependant nous pouvons dire, quant à ce qui nous concerne, qu'en général cette courbe du début a suivi assez régulièrement celle des entrées, la période d'invasion ayant, dans la plupart des cas, précédé d'une dizaine de jours environ l'entrée des malades à l'hôpital, période pendant laquelle les malades se sont fait soigner chez eux.

Une épidémie de fièvre typhoïde, en automne, n'est point chose extraordinaire, loin de là, c'est assez la marche habituelle de cette affection dont la recrudescence commence presque toujours vers la fin de l'été, et cela dans tous les pays du monde, la Norvège exceptée.

Cette exception s'explique par la température de la région où l'hiver est la saison pendant laquelle les habitants s'entassent dans les maisons et y restent renfermés, vivant ainsi dans un encombrement qui favorise le développement de la fièvre typhoïde. Telle est la cause qui détermine l'augmentation du nombre des cas de cette maladie, pendant l'hiver, dans le royaume de Norvège.

De nombreuses hypothèses ont été émises pour expliquer l'épidémicité de la fièvre typhoïde et sa prédominance dans la saison d'automne. On a invoqué l'état de l'atmosphère, les eaux, la température, etc. La température a peu varié cette année pendant le cours de l'épidémie actuelle ; bien qu'elle ait été tout naturellement plus élevée au mois d'août, elle n'a pas offert d'oscillations brusques. Du reste, je ne crois pas que la température, d'une façon absolue, ait une grande influence sur la fièvre typhoïde, maladie qui, je le répète, sévit dans tous les pays. Quant à l'hygrométricité, il n'en est peut-être pas tout à fait ainsi. Les deux recrudescences d'août et d'octobre dernier, surtout comme invasion et comme mortalité générale, ont concordé absolument avec l'élévation de l'état hygrométrique, la maladie

diminuant aussi comme nombre des cas avec l'abaissement de cette hygrométricité que l'on a constaté entre ces deux grandes poussées. La quantité d'eau pluviale tombée pendant cette même période d'août-octobre, présente deux maxima qui correspondent exactement avec ces deux recrudescences non pas des entrées dans les hôpitaux, mais bien de l'invasion du mal.

Serait-ce une simple coïncidence? C'est possible, mais cela me paraît difficile à accepter, tant la concordance des faits est parfaite; de plus, cette concordance n'est pas signalée aujourd'hui pour la première fois. Cependant, pour tout dire, nous devons ajouter que si dans certaines villes la fièvre typhoïde a sévi pendant un automne très humide succédant à un été chaud et sec, on a vu aussi quelquefois la fièvre typhoïde coïncider avec la sécheresse de la température. Des premiers faits que nous avons cités, faut-il conclure que l'humidité favorise la multiplication des germes infectieux? On a aussi invoqué l'état sec ou humide du sous-sol et l'influence du niveau des nappes d'eau souterraines s'élevant ou s'abaissant en raison des pluies ou de la sécheresse et agissant alors comme un marais qui se dessèche après avoir été plus ou moins longtemps imprégné d'eau. Mais les observations sont assez difficiles à faire, directement au moins ; on a cherché à déduire de la quantité d'eau de pluie tombée la hauteur des nappes souterraines, mais il faut tenir compte encore de la constitution du sol et du sous-sol, de leur perméabilité plus ou moins grande.

Quoi qu'il en soit, c'est au moment où l'état hygrométrique de l'atmosphère a augmenté que nous avons vu l'épidémie s'accroître, et c'est au moment où cette humidité a diminué, que nous l'avons vue décroître. C'est donc par l'atmosphère que l'agent infectieux de la fièvre typhoïde agit, par sa dispersion plus ou moins rapide sous l'influence de l'humidité.

Je ne donne pas cette explication comme absolue, mais tout au moins comme rationnelle.

Le nombre des malades atteints de la fièvre typhoïde qui sont entrés dans le service depuis le 1er janvier, sont au nombre de 75, dont 51 hommes et 24 femmes, ce qui est la proportion ordinaire. Sur ces 75 malades, 23 sont encore en cours de traitement et 41 ont guéri; 11 ont succombé. Le nombre des décès est donc de 14,66 p. 100, chiffre assez considérable bien qu'il ne dépasse pas de beaucoup la moyenne ordinaire. Cette mortalité a été un peu plus forte pour les hommes que pour les femmes, soit 6 contre 5. Néanmoins l'épidémie actuelle a été, en résumé, assez bénigne, la fièvre a été d'une intensité médiocre, et les cas de courte durée ont été assez nombreux.

La durée moyenne de la fièvre typhoïde est, en général, de trois à quatre semaines ; or, si nous cherchons l'époque où la défervescence a eu lieu, nous verrons que le jour critique a été, par ordre de fréquence plus grande, le 16e tout d'abord, puis le 23e, puis le 24e, enfin le 22e. Dans quelques cas, cette défervescence est survenue seulement au bout de vingt-huit et de trente jours. Enfin chez trois de nos malades elle a eu lieu le 35e, le 40e et le 42e jour; ce sont les cas extrêmes de la plus longue durée de la maladie, tandis que ceux où la brièveté a été le plus marquée sont le 10e, le 11e, le 13e et le 14e jour.

La température a très rarement dépassé 40 degrés ; elle a surtout oscillé entre 39° et 40°. La fièvre a généralement été croissant avec exacerbations vespérales pendant la première semaine, restant stationnaire pendant les deux autres septenaires ou oscillant d'un degré environ, affectant plutôt le type subcontinu que rémittent. Les causes qui peuvent déterminer certaines perturbations dans la marche de la fièvre sont nombreuses ; ce sont d'abord toutes les complications, cutanées, pulmonaires ou autres ; c'est l'alimentation qui déterminera ce que l'on peut appeler le *febris carnis,* phénomène assez commun dont il ne faut que peu se préoccuper, si ce n'est pour ne pas augmenter la nourriture du malade ; enfin il peut se produire parfois une recrudescence de la fièvre par perturbation nerveuse ; ainsi certains individus ont une telle sensibilité que tout à coup l'on voit la température s'élever de 1 ou de 2 degrés, comme si quelque complication grave allait survenir, et la fièvre disparaît au bout d'un jour ou deux ; cette recrudescence n'a souvent eu pour cause, dans ce cas, qu'une émotion, une visite inattendue, une préoccupation, et alors le pouls de s'affaler et la température de s'élever brusquement.

Comme effet contraire, on verra une perte de sang abaisser la température, d'où le traitement d'autrefois par les évacuations sanguines.

Enfin il est un trouble qui ne dépend plus des circonstances extérieures, mais du malade lui-même, chez lequel, en pleine défervescence, on voit tout à coup une recrudescence survenir, la température s'élever, la fièvre continuer pendant plusieurs jours, enfin tous les symptômes de la fièvre typhoïde reparaître, y compris les taches rosées lenticulaires. C'est alors que l'on voit évoluer une seconde fièvre typhoïde, non pas une récidive, mais bien une *réitération.* Nous en avons observé trois cas pendant le cours de la présente épidémie : le premier survenant au 33e jour, le second le 26e jour et le troisième le 30e jour. Ces réitérations sont toujours moins graves que la maladie elle-même. Il est des malades chez lesquels nous avons observé jusqu'à deux et trois réitérations, la seconde se bornant à une simple fièvre gastrique suivie d'une défervescence rapide, la troisième caractérisée par une fièvre synoque ne durant guère plus de vingt-quatre heures. Il n'y a pas là, je le répète, des récidives, à proprement parler, mais bien des réitérations successives, résultant d'une même intoxication primitive.

Comme causes encore de perturbation fébrile, nous avons observé quelques cas d'adynamie : 2 hommes et 4 femmes, dont plusieurs étaient récemment accouchées. Quant à la forme ataxique, elle a été exceptionnellement constatée et les grand délires ont été très passagers. Le délire que nous avons rencontré a été plutôt un délire de convalescence, délire maniaque ou systématisé.

Du côté du système musculaire, nous n'avons pas observé de myosite, mais seulement soit quelques douleurs dans des muscles altérés par un long repos et la longue durée de la fièvre, soit un peu de gonflement douloureux au niveau des attaches musculaires. En tous cas, rien de bien grave.

Quant aux articulations, elles ont été rarement prises; deux malades seulement ont eu, l'un les articulations des orteils rouges et gonflées comme dans la goutte ; l'autre a éprouvé une douleur assez vive dans l'articulation coxo-fémorale du côté droit.

Un seul malade a eu un peu d'otite sans gravité. Mais ce qui a surtout caractérisé l'épidémie actuelle, ce sont les accidents du côté de l'appareil respiratoire, accidents bronchiques ou pulmonaires. Ce sera l'objet de notre prochaine leçon.

ORIGINES DE LA MÉTALLOTHÉRAPIE (1).

IX

EXAMEN CRITIQUE DES RAPPORTS DE M. DUMONTPALLIER ; RÉFUTATION DES INTERPRÉTATIONS ÉLECTRIQUES.

Par le docteur V. Burq.

L'œuvre de la commission dont nous avons dû nous borner à ne donner que des extraits ne pouvait point ne pas produire une certaine émotion dans le monde savant, tant à cause de sa forme que du fond. Des expériences faites un peu partout pour contrôler celles de la Salpêtrière, de nombreuses publications qui ont suivi, des thèses soutenues à la Faculté de Paris, des revendications, comme il s'en fait toujours à l'avènement de toute découverte, etc., témoignent que cette émotion fut, en effet, très réelle, et que la commission n'avait perdu ni son temps ni ses peines. Ses rapports devant rester, à juste titre, comme les *tables de la métallothérapie*, il importait que fussent bien mis en lumière certains points sur lesquels la commission ne pouvait insister plus que de raison, n'ayant d'autre mission que de constater les faits, ou qui étaient difficiles à comprendre, dans leur ordre de succession, faute d'une image propre à en frapper les yeux, et que fussent rectifiés certains autres qui en ont besoin. C'est ce que nous avons fait. L'honorable commissaire rapporteur, dont l'équité égale la bienveillance, et qui autant que quiconque tient en honneur la devise « *Suum cuique* » nous pardonnera certainement de l'avoir appliquée ici.

D'autre part, différentes interprétations des phénomènes métalloscopiques s'étant produites, et l'une d'elles, l'interprétation électrique, qui, suivant nous, n'est qu'un trompe-l'œil, ayant été favorablement accueillie par le public comme par la commission, il importait aussi de les soumettre à un examen critique. Nous avons donc fait le nécessaire, et il en est résulté tout un long chapitre qui ne saurait trouver ici sa place, celle dont veut bien nous permettre de disposer encore la libéralité de la *Gazette* devant être occupée par des faits et non par une discussion. Néanmoins nous ne pouvons nous dispenser de donner d'ores et déjà un résumé des parties principales de notre travail, ne serait-ce qu'à titre de réserves.

Nous passons sur les rectifications qui offrent moins d'intérêt.

Nous nous bornerons à dire : que l'anesthésie et l'amyosthénie aussi bien que la dysesthésie post-métalliques, que l'annulation des effets produits par la superposition d'un autre métal (métal neutre) sur un métal actif, ou par le recouvrement de sa face, non en contact avec la peau, d'une substance résineuse, nous étaient parfaitement connues depuis fort longtemps et que si la commission a pu penser et écrire qu'il en était autrement, c'est parce qu'à l'époque où elle observait les phénomènes qui ont fait la base de son deuxième rapport, la maladie nous avait ressaisi et que nous n'étions plus là pour éclairer sa religion.

Compléments. — Les rapports sont muets sur les doctrines de la métallothérapie. N'était la phrase dont nous avons souligné cette partie : « L'amélioration (guérison apparente) des malades a été établie d'abord par le retour de la sensibilité et de la force musculaire », on pourrait croire que la commission n'en a tenu aucun compte. Heureusement que la précision qu'elle a apportée dans la notation des faits laisse moins regretter cette lacune. Dans toutes les observations rapportées, on voit, en effet, quoi? L'anesthésie et l'amyosthénie disparaître tout d'abord, puis l'appétit se déclarer et les attaques cesser, et cela non seulement chez les hystériques de date relativement récente, mais aussi chez Murcillet « qui n'avait jamais cessé d'être anesthésique du côté gauche pendant une période de onze années », ainsi que le déclarait M. Charcot en présentant cette malade dans sa leçon du 31 décembre 1877, ajoutant : « qu'avant le traitement elle était très maigre, mangeait à peine et n'avait pas vu ses règles depuis trois ans », ou chez Bucquet, atteinte d'hystéro-épilepsie (*hysteria major*) « chez laquelle, depuis onze ans, l'hémianesthésie à droite n'avait jamais cessé d'exister » (M. Charcot).

D'autre part, une fois (chez Bar), le traitement par le cuivre est suspendu, alors que tout marchait à souhait : la malade rechute et les troubles qui reviennent les premiers sont l'anesthésie et l'amyosthénie. Et pendant que ces faits s'observaient chez les malades mises en traitement, rien de pareil ne se passait chez les autres ; l'anesthésie et l'amyosthénie d'une part, et de l'autre les attaques, l'ovarie. Elles restaient les mêmes.

Un autre point sur lequel la commission a glissé davantage, mais qui ne mérite pas moins que nous le fassions ressortir, c'est celui relatif à l'action du métal sur les troubles psychiques.

La métallothérapie n'a point action que sur les troubles physiques seulement. Nous avons ici des cas de vésanies, liées à la diathèse hystérique, qui ont été aussi très heureusement modifiées par les métaux *extra* comme *intus*, et il n'y a pas longtemps que notre collègue et ami M. le docteur Moricourt, ancien interne de M. le professeur Lasègue, publiait dans la *Gazette des hôpitaux* (voir le n° du 6 août 1881) un cas de vertige mental que nous avions traité ensemble et qui fut guéri par l'or *intus* et par des applications d'argent, le malade étant sensible à ces deux métaux. Dernièrement encore, dans le courant de septembre, une de nos malades, sensible à l'argent, rechutait après une longue interruption du traitement, aggravée par de certaines circonstances que nous devons taire, et cette fois l'hypernervie s'opérait presque exclusivement du côté du cerveau.

Depuis trois jours, Mlle X... était en plein délire, ne reconnaissait plus personne, avait des visions, des hallucinations de l'ouïe. Et lorsque son père vint, tout en pleurs, nous demander conseil, nous nous sommes borné à conseiller de larges applications d'argent, faites avec des pièces de monnaie bien décapées, et le lendemain, 18 septembre, nous recevions l'avis suivant :

« Hier soir, à onze heures, après bien du mal, nous sommes arrivés à faire à ma fille des applications d'argent. Au bout de dix minutes, elle se plaignit de rats et de souris qui la mordaient (signes du retour de la sensibilité qui avait de nouveau complètement disparu) ; quelques minutes après elle jeta un grand cri, en appelant sa mère, se trouva très oppressée et pleura beaucoup. Elle nous reconnut très bien, demanda à manger, ses yeux reprirent expression et elle passa une très bonne nuit. Elle était guérie. »

Encore un fait, on le voit, à ajouter au chapitre des étonnements de la métallothérapie.

Eh bien ! chez les malades de la Salpêtrière, l'action des métaux sur les troubles psychiques a été également des plus manifestes. Avant le traitement, les malades étaient d'humeur extrêmement difficile, fantasques, ne recevaient nos soins qu'en rechignant. Elles commettaient toute sorte d'excentricité, montaient sur les toits, passaient par-dessus les murs, s'évadaient, couraient les aventures, etc., et, lorsque la métallothérapie leur eut été appliquée, cette sorte d'anesthésie morale disparut comme l'anesthésie physique. Elles devinrent dociles, affectueuses, reconnaissantes de ce que l'on s'efforçait de faire pour elles, etc., et celles qui n'en avaient plus guère reprirent de la pudeur !

Donc nos doctrines touchant l'anesthésie et l'amyosthénie des hystériques et les troubles qui en résultent fatalement ont reçu, des expériences de la Salpêtrière, la même sanction que celle qu'elles avaient obtenue, en 1868, à l'hôpital Lariboisière, et cette sanction s'est étendue aux troubles psychiques.

De plus, M. le professeur Charcot a démontré par les succès qu'il a obtenus personnellement dans des cas de paralysie organique qui remontaient à dix et vingt années, que la métallothérapie externe peut encore porter ses visées plus loin qu'elle n'avait jamais osé le faire du côté des troubles physiques.

Ses rapports se taisent sur les tentatives que nous avions faites autrefois, pour faire une vérité scientifique de ces paroles contenues dans notre mémoire de 1852 sur la chlorose :

« Il existe dans les métaux une propriété particulière qui, soit

(1) Suite. — Voir le numéro du 7 novembre 1882.

par l'électricité ou par le magnétisme (minéral), dont elle ne serait qu'une modification, soit par toute autre cause qui nous échappe, les rend propres, etc... »

Presque au lendemain du jour où Dubois-Reymond faisait connaître ses expériences galvanométriques, nous avions recours à l'obligeance si connue de notre grand constructeur d'instruments de physique, feu M. Ruhmkorff, à l'effet de tâcher non seulement de mesurer le courant électrique produit par l'application des métaux, mais aussi d'arriver à faire de la métalloscopie extemporanément par l'adaptation à un galvanomètre de poignées de différents métaux pourvues d'un dynamomètre pour mesurer l'effort musculaire, au moment du passage du courant dans le fil de l'instrument. Mais, soit que le nombre de tours de fil de celui qui avait été mis à notre disposition par Ruhmkorff fût insuffisant, il n'en contenait guère plus de 3,000, soit que nous nous y fussions mal pris, nous ne pûmes arriver à rien de bon, et M. le professeur Gavarret, que nous avions été consulter sur notre entreprise, acheva de nous en décourager par ces propres paroles : « En pareille matière, le difficile n'est point d'avoir des courants, mais bien de n'en pas trop avoir. »

Le passage suivant, que nous détachons de notre premier Traité sur la métallothérapie, paru en 1853, justifiera ce que nous disons :

« Au mois de juillet 1852, dans une note adressée aux deux Académies (voy. la *Gazette médicale* de cette époque), nous avons commencé à parler de l'usage d'un galvanomètre très sensible, mais avec des poignées de différents métaux, que nous destinons à établir les diverses aptitudes métalliques, ainsi qu'à compléter la démonstration d'un fluide particulier chez l'homme, comme cela a été fait déjà pour plusieurs poissons, que l'on a pour cela appelés « électriques ». Les aptitudes seraient désignées et mesurées par les déviations même des deux aiguilles astatiques sur le cadran, sous l'influence d'une contraction énergique de la main droite et de la main gauche; mais il y a toujours, dans les résultats de nos premières expériences, quelques inconnus qui nous forcent encore à garder une certaine réserve sur les précieux avantages de ce nouveau mode d'exploration métallique ». (Voir p. 33.)

Plus tard, nous revînmes à notre idée première, mais en la modifiant de la façon qui suit : Nous prenions deux pots en faïence de la contenance d'environ un litre et demi ; nous les remplissions à moitié, l'un A, d'une solution concentrée de sulfate de fer, et l'autre B, d'une solution item de sulfate de cuivre ; nous y plongions isolément les deux extrémités du fil d'un galvanomètre, prêté également par Ruhmkorff, et dans ces vases nous faisions plonger et serrer alternativement dans A la main droite et dans B la main gauche de malades dont nous connaissions la sensibilité, fer ou cuivre. Les résultats furent encore négatifs, à notre très grand désappointement, peut-être aussi parce que l'instrument n'était pas assez puissant, peut-être parce que nous nous étions servi de solutions froides, qu'elles étaient trop concentrées, etc. C'est à revoir.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 novembre 1882. — Présidence de M. GAVARRET.

CORRESPONDANCE

Elle comprend : 1° une lettre de M. le docteur Onimus, candidat pour la section de physique et de chimie médicales ; 2° un travail de M. le docteur Arnaud sur le mécanisme de la syncope et de la mort subite (Comm. MM. Vulpian et Duval); 3° une lettre de M. le docteur Millot-Carpentier (de Montecouvez), accompagnant l'envoi de quatre observations d'ovariotomies, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant ; 4° une note de M. le docteur Dubreuil (de Bordeaux) sur la propagation du cowpox (d'Eysines).

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA FIÈVRE TYPHOIDE

M. HENRI GUENEAU DE MUSSY appelle l'attention sur un point déjà signalé par ses prédécesseurs, sur l'influence des diverses qualités d'eau dans l'épidémie actuelle. On sait que l'eau souillée de matières fécales est un des plus puissants véhicules de la fièvre typhoïde. Si l'on accorde que l'introduction de matières fécales dans les eaux consommées en boisson peut amener le développement de cette maladie, à plus forte raison accordera-t-on que la présence des déjections typhiques dans les eaux potables doit avoir les plus grands inconvénients. A ce point de vue, M. Gueneau de Mussy désigne particulièrement l'Ourcq qui est encore, à l'heure qu'il est, la provenance qui fournit la proportion la plus considérable de l'eau distribuée aux Parisiens. Rapprochant le rapport de M. Lancereaux sur les épidémies en 1879, et les statistiques de M. Bertillon, l'orateur montre que le XVIIIe arrondissement, le plus immédiatement en rapport avec le canal de l'Ourcq, a été le plus frappé.

Sur les 380,000 mètres cubes d'eau distribuée dans Paris, l'Ourcq en fournit 105,000, c'est-à-dire plus d'un quart. Il abreuve, en temps régulier, près de 600,000 habitants, répartis dans les diverses parties de la ville. Ce n'est pas selon le quartier qu'on habite, mais selon le prix qu'on paie, qu'on reçoit de la bonne ou de la mauvaise eau. Encore arrive-t-il souvent que les abonnés à l'eau de la Dhuys ou de la Vanne reçoivent de l'Ourcq, sans en être prévenus et sans, par conséquent, pouvoir prendre aucune précaution contre le danger que cette eau comporte avec elle.

Quel remède peut-on opposer à cet état de choses ?

On ne peut se passer de l'eau de l'Ourcq avant qu'on en ait trouvé de meilleure à lui substituer. Elle doit être filtrée ; mais souvent la ténuité des germes qu'elle contient leur permet de s'échapper à travers le filtre. Pour être claire elle n'en est donc pas moins nuisible. Il ne peut être question de recourir aux filtres de laboratoire, plus dangereux qu'utiles, et pouvant eux-mêmes devenir de véritables sources d'infection. Une autre précaution illusoire est celle qui consiste à rendre l'eau gazeuse. Reste un moyen efficace, mais d'un emploi difficile : porter l'eau potable, pendant quelques minutes, à la température de l'ébullition, l'aérer ensuite par le battage ou son écoulement goute à goutte d'un vase dans un autre. Ce moyen, s'il pouvait être généralisé, deviendrait une ressource prophylactique des plus précieuses. Ce qui précède peut s'appliquer à d'autre eau qu'à celle de l'Ourcq.

Lorsque la Compagnie des eaux se treuve obligée, pour une raison quelconque, d'envoyer de ces eaux dangereuses à la place de celles de la Dhuys ou de la Vanne, elle devrait en prévenir les intéressés, au moins pourrait-on essayer d'opposer au péril quelque moyen de défense.

Le vrai, le seul remède préventif, serait un approvisionnement d'eau en quantité suffisante et protégée contre les impuretés du dehors. Plusieurs grandes villes de l'Europe, Vienne, Bruxelles, Lausanne, etc., jouissant de ce bienfait, ont vu diminuer, dans une proportion considérable, le chiffre des malades. M. Gueneau de Mussy croit qu'il ne faut pas désespérer de voir s'accomplir, à Paris, les mesures qu'on a su prendre à Bruxelles, le personnel ni l'argent ne faisant défaut; et il insiste sur la nécessité de l'établissement d'un bureau d'hygiène qui, calcul fait, ne coûterait pas plus de 360,000 francs, soit 20 centimes par habitant. Ne serait-il pas ridicule d'invoquer la raison d'économie pour maintenir ce déplorable *statu quo*. Mais il ne suffirait pas de posséder un irréprochable système d'égouts, un excellent bureau d'hygiène. Nous ne serons pas à l'abri de la fièvre typhoïde tant que rien ne sera changé aux conditions de l'eau qui abreuve notre population.

M. HARDY. Ceux de mes collègues qui m'ont précédé à cette tribune, ont traité avec une grande élévation les questions d'étiologie et de prophylaxie de la fièvre typhoïde. Mon intention est de m'en tenir uniquement au point de vue pratique. J'ai quelques observations à présenter sur ce qu'a dit, à ce sujet, M. Hérard, dans l'une des précédentes séances. M. Hérard s'est, en quelque sorte, fait l'éditeur responsable de certaines médications énergiques qui ont été mises en usage dans le cours de cette épidémie, telles que l'acide salicylique, l'acide phénique, le sulfate de quinine. M. Dujardin-Beaumetz a déjà protesté très vivement contre

l'usage de ces médications. Je proteste aussi contre la prétendue innocuité de quelques-unes d'entre elles.

Lorsque j'ai repris le service de la Charité, j'ai trouvé, le 4 novembre, une femme qui était congestionnée, elle avait, à la fois, une congestion pulmonaire et une congestion cérébrale avec une profonde stupeur. En jetant les yeux sur la feuille de température, j'ai vu que la température était tombée, depuis la veille ou l'avant-veille, de 4° ; de 41° elle était descendue à 37°. M'étant informé alors de ce qui avait été prescrit à cette malade, j'ai appris qu'on lui avait donné la veille, ainsi que les jours précédents, 2 grammes de sulfate de quinine et 50 centigrammes d'acide phénique. J'avoue que je n'ai pu me défendre de l'idée que cette médication ne devait pas avoir été étrangère à l'état où se trouvait cette femme. Je fis cesser la médication et lui substituai l'usage de quinquina associé à l'opium. Le soir la température avait continué à baisser encore, mais sans que les symptômes graves constatés eussent diminué. Aujourd'hui cette malade est en meilleur état.

Deux jours après, dans un service voisin, une femme succombait rapidement ; depuis deux jours elle prenait 2 grammes par jour de sulfate de quinine.

A peu près au même moment un malade mourait à l'Hôtel-Dieu, subitement, après avoir pris 3 grammes de sulfate de quinine. J'ai appris encore, depuis, un autre cas d'issue funeste dans les mêmes circonstances.

Je n'ignore pas que la mort subite survient quelquefois dans la fièvre typhoïde, sans qu'on puisse la mettre sur le compte de la médication mise en usage. Un de nos collègues des hôpitaux, M. Dieulafoy, a étudié les causes de quelques-unes de ces morts subites ; mais, en réalité, c'est un accident extrêmement rare. Or je viens de vous citer quatre cas de mort subite qui ont eu lieu en l'espace de trois mois. Je ne peux pas en conclure absolument que ces quatre cas de mort subite soient le résultat direct et immédiat de l'administration du sulfate de quinine, mais il y a du moins, on en conviendra, des motifs de le soupçonner fortement d'en avoir été la cause.

Ce n'est pas, d'ailleurs, la première fois que le sulfate de quinine à hautes doses a eu de ces effets désastreux. Qu'on se souvienne des cas de mort qui eurent lieu coup sur coup à l'époque où notre ancien collègue Briquet avait préconisé l'efficacité du sulfate de quinine à doses massives dans le rhumatisme articulaire aigu. J'invoquerais au besoin le témoignage de M. Bernutz qui a été témoin dans le temps d'un fait de ce genre.

Cela me paraît grave, d'autant que je suis porté à penser que si le nombre de ces accidents n'a pas été plus grand, cela pourrait bien tenir à ce que chez un grand nombre de malades les quantités de sulfate de quinine administrées n'ont pas toutes été absorbées. Aussi ne saurais-je trop m'élever contre les doses massives de sulfate de quinine dans la fièvre typhoïde.

Quant aux autres agents, l'acide salicylique, l'acide phénique, je manque de documents suffisants pour les apprécier au même point de vue.

Maintenant, ces accidents mis à part, M. Hérard est-il aussi fondé qu'il paraît le croire à vanter l'efficacité du sulfate de quinine dans l'affection dont il s'agit. Il nous dit que, sur six malades traités ainsi, il a eu cinq guérisons et un cas de mort. Mais je ne vois pas qu'il ait eu un avantage dont il ait tant à se louer. C'est à peu de chose près la proportion moyenne de la mortalité (16 p. 100). Il n'y a là rien de merveilleux.

J'ai fait relever à l'hôpital de la Charité la statistique des malades entrés à cet hôpital en août, septembre et octobre. Il en résulte une mortalité de 14 p. 100. Dans l'un des services, elle a été de 15 p. 100 ; dans un autre, de 16. Mais ce qui établit la moyenne de 14 p. 100, c'est la très faible proportion de mortalité qui a eu lieu dans le service de M. Desnos (7 p. 100). Or le traitement mis en usage dans ce service a été celui qui est le plus généralement adopté, et qui consiste en purgatifs, toniques, alimentation légère, etc., etc. Vous avez entendu M. Dujardin-Beaumetz vous dire que, sur quatre-vingts malades, il n'en a perdu que quatre, et il a ajouté qu'il avait eu recours aux méthodes ordinaires.

Enfin, si nous remontons à 1881, où les cas de fièvre typhoïde étaient déjà nombreux et où elle présentait à peu près les mêmes caractères qu'aujourd'hui, sur trente-huit malades que j'ai eu à traiter dans mon service dans le cours de cette année, je n'en ai perdu que deux et cependant j'ai eu des cas graves. Quelle méthode ai-je employée ? Des purgatifs, des toniques, des lavements frais, une alimentation légère. J'ai quelquefois eu recours au sulfate de quinine, mais seulement dans les cas où la maladie présentait des phénomènes de rémission marquée, et je n'en ai jamais élevé la dose au-dessus de 1 gramme.

On me dira : Mais l'hyperthermie ? cette bête noire de quelques médecins. Pour moi, je n'en ai pas tant peur. Elle est dans l'essence de la fièvre typhoïde où l'on voit la température s'élever souvent à 39°, 40°, 41°, sans qu'elle ait pour cela plus de gravité. Quand je trouve cette température, je n'en suis pas effrayé, mais à une condition, c'est que le pouls ne soit pas élevé dans la même proportion. Je crois qu'on néglige trop aujourd'hui le pouls, dont il faut tenir compte autant au moins que de la température, non seulement dans sa fréquence, mais dans ses autres qualités. J'ai vu souvent avec 40° ou 41° de température le pouls ne pas s'élever au-dessus de 100 et rester parfois même au-dessous, car il n'en est pas dans la fièvre typhoïde comme dans la pneumonie, où la température et le pouls marchent presque toujours parallèlement ; si bien que ce défaut de rapport me suffit quelquefois, dans des cas douteux, pour me faire diagnostiquer une fièvre typhoïde. En présence de ce désaccord, j'incline en général à porter un pronostic favorable.

J'espère que pour le traitement de la fièvre typhoïde on renoncera à ces médications à outrance dont les dangers ne sont pas compensés par des avantages démontrés et qu'on reviendra à la médication classique.

M. HÉRARD. L'Académie se rappelle comment j'ai été conduit à la médication, n'ayant fait en cela que suivre, en reprenant mon service, la manière d'agir qui y avait été adoptée pendant mon absence. Je ne saurais donc en prendre sur moi seul la responsabilité. D'ailleurs il s'en faut que cette médication soit nouvelle. Il y a bien des années déjà que le docteur Broqua (de Mirande) institua cette méthode de traitement de la fièvre typhoïde par le sulfate de quinine ; elle a été adoptée depuis par beaucoup de médecins : Blache, Briquet, Barthez et Rilliet, Kappeler, Boucher de la Ville-Jossy, et d'autres l'ont employé et en ont obtenu de bons résultats. C'est donc une médication qui mérite qu'on l'examine encore. Pour moi, je demande à rester dans la réserve à son égard.

Dans les cas rapportés par M. Hardy, où la mort est survenue après l'administration de 2 grammes de sulfate de quinine, il n'est pas prouvé qu'elle ait été le fait de la médication. On a rappelé les cas de mort dans le rhumatisme articulaire aigu que l'on a mis également sur le compte du sulfate de quinine, mais cela n'a jamais été prouvé non plus.

M. Dujardin-Beaumetz croit que dans les cas que j'ai rapportés le sulfate de quinine n'a pas été absorbé. Je crois qu'en général il est absorbé, mais on ne peut pas l'affirmer d'une manière certaine. Je suis très disposé à penser, par exemple, que les pilules anciennes, desséchées, ne sont pas absorbées, mais la quinine, enveloppée dans des cachets de pain à chanter, comme je l'ai toujours administrée, est facilement dissoute dans l'estomac ; je suis parfaitement convaincu qu'il y a eu absorption, au moins dans la majorité des cas. Du reste, pour en avoir la certitude, j'ai fait rechercher, depuis, la présence de la quinine dans les selles de quelques malades et on ne l'y a pas retrouvée.

Quant à l'efficacité de la médication, c'est un point à étudier encore.

Relativement à l'hyperthermie, je ne suis pas de l'avis de M. Hardy. Je conviens qu'elle me fait peur. Personne ne méconnaît qu'elle joue un très grand rôle dans le rhumatisme articulaire aigu. Dans la fièvre typhoïde, sans doute lorsqu'une température de 41° n'est qu'accidentelle et ne persiste pas, il n'y a pas lieu à s'en préoccuper beaucoup ; mais lorsque cette température de 41°

persiste pendant plusieurs jours, c'est un signe très grave et il importe de la combattre.

L'acide salicylique n'est pas non plus indifférent, c'est moins un antipyrétique qu'un antiseptique ou un antizymotique. Je crois que donné au début de la maladie il agit contre sa cause inconnue. Toutefois je n'en pousserais pas les doses aussi loin que l'a fait M. Vulpian. Je considère la dose de 3 grammes comme très suffisante pour abaisser la température en même temps que pour combattre la cause septique de la maladie. On a dit que dans ces cas-là la température n'était abaissée que momentanément, qu'elle remontait immédiatement après. Il m'a paru qu'en continuant à la donner à des doses moindres, de 1 gramme à 2 grammes, on en obtenait de bons effets. Donc c'est encore un médicament utile.

M. LEGOUEST ne partage pas l'opinion de M. Hardy sur ces cas de mort subite attribués par lui au sulfate de quinine. On voit, en effet, des épidémies de fièvre typhoïde dans lesquelles des cas de mort subite se produisent assez fréquemment. C'est donc à la fièvre typhoïde elle-même et non au sulfate de quinine à hautes doses qu'il faut rapporter les cas auxquels M. Hardy a fait allusion. Dans l'épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi sur nos jeunes soldats en Tunisie, un assez grand nombre d'entre eux ont ainsi succombé subitement, non pas à la suite d'hémorragies intestinales, mais simplement par syncope.

M. Hérard a semblé mettre en doute que le sulfate de quinine, administré en paquets, sans acides, puisse passer dans le tube digestif sans être absorbé. M. Legouest cite, à cette occasion, le fait d'un jeune homme qui, pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde, a rendu, dans ses garde-robes, douze à quinze cachets de sulfate de quinine parfaitement intacts.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ partage l'opinion que vient d'émettre M. Legouest sur la mort subite dans la fièvre typhoïde. Il a eu lui-même à déplorer un cas de mort subite chez un malade qui n'avait pas pris de sulfate de quinine. Mais on peut trouver dans les faits même de M. Hérard de nouvelles preuves de la non-absorption du sulfate de quinine dans un grand nombre de cas : M. Hérard dit que certains malades, ayant pris 2 grammes de sulfate de quinine, n'ont pas eu de bourdonnements d'oreille ; or on sait que ces bourdonnements sont un phénomène physiologique résultant de l'absorption de ce médicament, phénomène qui ne doit manquer de se produire avec 2 grammes de sulfate de quinine, quand ils sont absorbés. Beaucoup de médecins aujourd'hui, et en particulier les Allemands, ne cherchent plus à combattre qu'un seul symptôme, l'hyperthermie, et emploient, dans ce but, le sulfate de quinine. Mais l'hyperthermie, quelle que soit son importance, n'est jamais qu'un symptôme unique de la maladie dont il s'agit, et, en supposant qu'on arrive à la combattre, les autres accidents ne s'en développent pas moins ; dans ce cas, les malades, selon l'expression d'un représentant de la presse, meurent frappés comme une bouteille de champagne. L'hyperthermie n'est donc pas le seul élément dont il faille tenir compte.

M. Beaumetz n'est pas d'accord avec M. Rochard ; il pense, contrairement à lui, qu'il est impossible de ne pas admettre l'influence du génie épidémique. Ne voyons-nous pas les épidémies de fièvre typhoïde présenter une marche, une évolution, une bénignité ou une malignité toutes spéciales, les causes efficientes restant les mêmes. Sans doute, comme l'a très justement montré M. Rochard, l'encombrement joint à l'insalubrité des logements et aux mauvaises conditions hygiéniques, peut produire de toutes pièces une épidémie de fièvre typhoïde ; mais dans toute épidémie il existe une inconnue, qui fait le génie épidémique ou mieux le génie morbide. Les statistiques, en pareil cas, sont donc extrêmement difficiles et n'aboutissent jamais qu'à des résultats vagues et incertains ; ainsi la statistique de M. Beaumetz qui, la semaine dernière, était très belle, a complètement changé maintenant, les dix derniers malades ayant fourni trois décès. Ces caractères particuliers, qui font ce qu'on a appelé le génie épidémique, ne se trouvent pas seulement dans les épidémies de fièvre typhoïde ; il en est de même pour la pneumonie, pour la diphtérie, etc... C'est ainsi que des hommes de bonne foi croient avoir trouvé un remède spécifique contre la diphtérie, par exemple, parce que, dans leurs pays, ils n'ont pas perdu un seul malade de cette affection ; mais on ne tarde pas à s'assurer qu'en un autre lieu ce spécifique échoue complètement. Ce n'est pas affaire de médication plus ou moins heureuse, plus ou moins efficace, c'est affaire de génie épidémique. Il est des moments où tout réussit, il en est d'autres où tout échoue ; ce n'est pas là le résultat du plus ou moins d'efficacité de telle ou telle médication, c'est le résultat de la manière d'être... du génie, en un mot, de l'épidémie. On conçoit donc que relativement aux maladies épidémiques les statistiques sont d'une application extrêmement difficile et d'un résultat bien douteux.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les chiffres suivants nous indiquent le mouvement de la fièvre typhoïde dans les hôpitaux de Paris pendant les journées du 16 au 20 novembre 1882 :

	16 nov.	17 nov.	18 nov.	19 nov.	20 nov.
Existants dans les hôpitaux le matin	1558	1554	1516	1496	1476
Entrées	46	25	33	13	3
Sorties après guérison	44	59	49	30	77
Décès	6	4	5	3	14

Le nombre des typhoïdiques restant dans les hôpitaux le 24 novembre au matin est de 1,415.

Quant aux inhumations de typhoïdes décédés, nous trouvons, *en ville*, les chiffres de 5 pour la journée du 15 et 10 pour celle du 17 novembre 1882.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Villejean est nommé chef du laboratoire de pharmacologie en remplacement de M. Valmont.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Morat, professeur de physiologie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, est délégué temporairement, en la même qualité, à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Vautrin est nommé aide d'anatomie.

— La Faculté de médecine de Bordeaux, dans sa séance du 6 novembre 1882, a émis le vœu qu'une école de service de santé militaire soit fondée à Bordeaux.

— M. le docteur Luzaray, de Mézin (Lot-et-Garonne), ayant, à Biarritz, le 3 septembre 1882, sauvé, au péril de sa vie, une personne qui avait été précipitée par une lame dans le bassin du port, vient de recevoir une médaille d'honneur (médaille d'argent de deuxième classe).

— M. le docteur Garnier, maire de la commune de Montriond (Haute-Savoie), vient de recevoir une médaille d'honneur (médaille d'argent de deuxième classe). Le docteur Garnier a contracté, en juillet 1882, une grave maladie, en prodiguant ses soins à un enfant qui avait été retiré de la Dranse par le sieur Prémat, et qu'il est parvenu à rappeler à la vie.

— M. Trehyou, pharmacien à Paris, ayant sauvé, le 20 mars 1882, une personne sur le point de se noyer, vient de recevoir une mention honorable.

— *Choléra.* — Alexandrie, 21 novembre. — La commission sanitaire a reçu de la Mecque des nouvelles contradictoires. Tandis que le rapport de l'inspecteur ottoman constate, à la date du 11 novembre, que le choléra a disparu, le délégué égyptien déclare, de son côté, que le choléra existe toujours.

— A la suite des premiers indices qui révélaient l'apparition du

choléra dans l'Extrême-Orient, des précautions avaient été prises dans tous nos ports par l'administration pour organiser des quarantaines sérieuses et soumettre les provenances de la région infectée à des mesures de précaution.

Le ministre du commerce, pour compléter cette mesure, vient d'installer à la gare de Modane, à la frontière franco-italienne qui se trouve au débouché du mont Cenis, deux chimistes qui sont chargés de soumettre à un procédé spécial de désinfection toutes les lettres et correspondances arrivant d'Orient par les paquebots de Brindisi et les chemins de fer italiens.

— Par décrets en date du 31 octobre, il est interdit d'employer les enfants de moins de seize ans et les filles mineures de moins de dix-huit ans comme producteurs de force motrice, au tissage par les métiers dits à la main.

Il est interdit d'employer les garçons de douze à quatorze ans et les filles de douze à seize ans à traîner des fardeaux sur la voie publique. — Les garçons et les filles au-dessus de douze ans peuvent traîner des fardeaux dans l'intérieur des manufactures, usines, ateliers et chantiers; à condition que le traînage sera effectué sur un terrain horizontal et que la charge ne dépassera pas 100 kilogrammes, véhicule compris. — Les garçons seuls de quatorze à seize ans seront autorisés à traîner des fardeaux sur la voie publique, à la condition que la charge ne dépassera pas 100 kilogrammes, véhicule compris.

Il est interdit aux couvreurs et aux plombiers d'employer des enfants à des travaux qui sont effectués sur les toits.

— Par décret en date du 3 novembre 1882, le travail des filles mineures employées au triage ou au délissage des chiffons est interdit dans les ateliers reconnus insuffisamment aérés ou ventilés.

Il est interdit d'employer les enfants aux opérations qui dégagent des poussières dans les ateliers où l'on travaille à sec la corne, les os et la nacre. Il est également interdit de les employer à un travail quelconque dans les mêmes ateliers lorsque les poussières s'y dégagent librement.

— L'eau de Rubinat a obtenu le diplôme d'honneur à l'exposition de Bordeaux.

Les Hystériques, *état physique et état mental, actes insolites, délictueux et criminels*, par le docteur LEGRAND DU SAULLE, médecin de la Salpêtrière. 1 vol. in-8° de xx-625 pages. — Prix : 8 francs. Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 13062.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50**. — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Pneumonies anomales.

Nous avons rapporté dans l'une des précédentes Revues, d'après une conférence clinique de M. Joffroy, quelques exemples de pneumonies anomales, dans lesquels l'anomalie tenait à ce que la pneumonie était survenue incidemment, pendant l'évolution obscure et plus ou moins méconnue de la tuberculose. Voici, d'après la même conférence, quelques autres exemples de pneumonies à marche également anomale, dans lesquelles l'anomalie a été due à la complication ou à la coexistence d'autres états morbides. Quelques-uns d'entre eux empruntent un caractère tout d'actualité à l'épidémie de fièvre typhoïde régnante. On sait combien il est fréquent de voir survenir des broncho-pneumonies dans le cours et surtout dans la période finale de la fièvre typhoïde. Celles-là ne présentent pas de difficultés. Mais il n'en est pas de même de celles qui surviennent au début, et plus d'une fois le médecin se prend à hésiter et à se demander si c'est bien à une fièvre typhoïde à forme thoracique ou bien à une pneumonie vraie qu'il a affaire (1).

Cette difficulté s'est présentée précisément chez une jeune femme de l'un des services de l'Hôtel-Dieu, dont était chargé récemment M. Joffroy.

Une jeune fille de vingt ans, habitant Paris depuis peu de temps, entre à l'Hôtel-Dieu, se plaignant d'une vive céphalalgie, avec prostration profonde, diarrhée bilieuse, gargouillement dans la fosse iliaque. A l'auscultation, on constate tous les signes physiques d'une pneumonie. La première idée qui s'impose est celle d'une fièvre typhoïde avec pneumo-typhus du début. On attendait l'évolution ultérieure de la maladie et la manifestation prochaine des signes qui manquaient encore pour compléter le diagnostic de l'affection typhoïde, lorsque tout à coup s'opère en vingt-quatre heures, le septième jour de la maladie, la défervescence de la pneumonie. A dater de ce moment, cessation de tous les phénomènes qui en avaient imposé tout d'abord pour une fièvre typhoïde. C'était bel et bien une pneumonie lobaire simple.

Il n'est pas rare, on le sait, de voir survenir des pneumonies chez les brightiques. Dans ces cas, comme dans la fièvre typhoïde, comme dans les affections cardiaques, ce sont des broncho-pneumonies caractérisées par des râles multiples, disséminés ; ce qui n'empêche pas toujours les erreurs.

Une autre cause d'erreur tout aussi fréquente est la complication des symptômes nerveux, qui viennent souvent masquer et faire méconnaître la maladie principale. C'est ce qu'on voit fréquemment, par exemple, chez les enfants qui présentent des symptômes de méningite, avec une température de 40°, le pouls régulier et fréquent. Si l'on a le soin d'ausculter, ce qu'il ne faut jamais manquer de faire dans ces circonstances, on découvre le plus ordinairement dans ces cas-là une pneumonie du sommet.

Ce n'est pas seulement chez les enfants, c'est quelquefois aussi chez les adultes que l'on voit survenir, en même temps qu'une pneumonie, des symptômes méningitiques ou d'autres phénomènes cérébraux qui la masquent plus ou moins complètement et en rendent le diagnostic très difficile. Tel a été, par exemple, ce cas qui s'est passé il y a quelques années à la Salpêtrière, d'une femme qui, tombée à terre brusquement avec perte absolue de connaissance, ramassée aussitôt et placée sur son lit, meurt quelques instants après malgré tous les moyens mis en usage pour la ranimer. On se demandait si l'on n'avait pas affaire à une apoplexie foudroyante. A l'autopsie, on ne trouva absolument aucune lésion dans l'encéphale; mais en examinant les organes de la poitrine, on constata les lésions d'une pneumonie au troisième degré, que rien n'avait fait soupçonner. Cette femme s'était plainte les jours précédents de quelques malaises seulement, qui ne l'avaient pas empêchée de se livrer à ses occupations ordinaires. On sait que des faits de ce genre se présentent assez fréquemment chez les vieillards, et qu'à Bicêtre comme à la Salpêtrière, il n'est pas rare de voir des individus tomber dans un état comateux qui porte à présumer l'existence d'une hémorragie ou d'un ramollissement aigu du cerveau. Si l'on prend la température, on est surpris souvent de trouver 40°. On était en présence d'une pneumonie dont les signes locaux ne se révèlent parfois que plusieurs heures, un jour et quelquefois même plusieurs jours après.

Enfin, on sait encore qu'il n'est pas rare que des malades

(1) On trouvera quelques observations intéressantes sur ce sujet dans la deuxième leçon clinique de M. Potain sur la fièvre typhoïde, que nous publierons dans le numéro prochain.

pris de délire aigu soient adressés comme aliénés dans les asiles, où l'on ne tarde pas à reconnaître qu'il ne s'agissait que d'un délire passager, symptomatique d'une pneumonie chez un alcoolique ou chez un de ces sujets que l'on désigne sous le nom de « cérébraux ».

Nous pourrions multiplier indéfiniment les exemples de ce genre, sans parler de ces pneumonies larvées, liées à la cachexie paludéenne, comme en observent les médecins qui exercent dans les contrées palustres et dont nous avons vu et rapporté nous-même dans le temps quelques exemples remarquables. Mais les faits que nous venons de rappeler sommairement suffiront pour justifier la seule conclusion que nous voulons en tirer pour le moment, savoir : que la pneumonie franche, cette maladie cyclique type, habituellement si régulière dans sa marche et son évolution, d'un diagnostic si facile, quand elle se présente sous sa forme commune, si méthodiquement décrite dans les auteurs, présente de fréquentes exceptions à ce type classique; exceptions provenant du fait de complications, de coïncidences ou de connexités plus ou moins étroites avec d'autres états morbides aigus, chroniques ou constitutionnels ; et que, dans ces cas, elle offre dans sa marche, dans l'évolution de ses diverses périodes et dans les signes caractéristiques habituels, de telles irrégularités, que le diagnostic en devient alors très difficile, le traitement et le pronostic souvent très embarrassants.

Ce que nous venons de dire ici des pneumonies, nous le dirons prochainement aussi des bronchites.

Anévrysme cirsoïde de la main.

Le malade qui a fait le sujet de la première leçon de M. Berger, chargé cette année de la suppléance de M. le professeur Gosselin à la Charité, est un jeune homme qui présente un exemple très remarquable et probablement assez rare de la réunion sur le même sujet et la même région des trois variétés connues de varices artérielles.

Voici en deux mots son histoire :

Ce jeune homme exerçait la profession de sertisseur. Il est entré à l'hôpital pour se faire soigner d'une tuméfaction de la face palmaire de la main, du doigt indicateur et du médius qui le fait souffrir et le gêne beaucoup pour son travail nécessitant, comme on le sait, un effort constant de la paume de la main sur l'instrument affecté à ce genre d'ouvrage. La face palmaire de la main droite est, en effet, le siège d'une tumeur inégale, molle, dépressible, en partie réductible, dans laquelle on perçoit nettement des battements parfaitement isochrones à ceux du pouls. Cette tuméfaction diffuse, irrégulière, se prolonge le long des deux doigts indicateur et médius ; l'indicateur est tuméfié à sa base et cette tuméfaction s'étend en diminuant sur les deux côtés jusqu'au delà de la première phalange ; une tuméfaction semblable existe, mais à un degré un peu moins prononcé, au médius. On y sent également les mêmes pulsations.

Au centre de la tuméfaction de la main, dont l'origine remonte déjà à plusieurs années, on remarque une large tache rouge ou tumeur érectile qui date probablement de la naissance.

Enfin, en examinant les artères du poignet de l'avant-bras, on constate une dilatation appréciable des artères radiale, cubitale et même de l'humérale. On sent très distinctement, à la radiale, des pulsations qui rappellent tout à fait le pouls de Corrigan.

En pressant sur cette artère on voit la tumeur diminuer de volume. Enfin, en y appliquant l'oreille, on y entend un souffle systolique.

Enfin les veines dorsales de la main sont notablement dilatées.

A ces divers caractères, M. Berger a facilement reconnu qu'il avait affaire à une de ces tumeurs artérielles que l'on a successivement désignées sous les noms de tumeurs érectiles, de varice artérielle, d'anévrysme cirsoïde artériel ou plus simplement de tumeur cirsoïde. Mais sous ces diverses dénominations on a assez souvent confondu sinon des lésions différentes, du moins des lésions distinctes, qui ont été décrites séparément dans les auteurs, bien qu'elles appartiennent, en réalité, à un processus morbide commun. Laquelle de ces variétés de tumeurs avait-on sous les yeux? A toutes en même temps. C'est ce qu'il s'agissait de démontrer.

Dans un savant mémoire communiqué à l'Académie des sciences en 1867, et publié dans le numéro de décembre de la même année des *Archives générales de Médecine*, M. Gosselin, reprenant en sous-œuvre les recherches sur ce sujet de Dupuytren, Breschet, John Bell, Roux, Robert, Decès, Cocteau et quelques autres, a fait une étude approfondie des tumeurs cirsoïdes artérielles chez les adolescents et les adultes. Dans ce travail, M. Gosselin a décrit en détail, en les séparant et les isolant des autres sortes de tumeurs artérielles avec lesquelles elles avaient été à peu près généralement confondues jusque-là, les tumeurs cirsoïdes artérielles, c'est-à-dire ces tumeurs sous-cutanées formées par la dilatation en amas ou en paquet des artères du dernier ordre (ramuscules ou artérioles) précédant les capillaires, qu'il s'est attaché à distinguer des dilatations des capillaires eux-mêmes (nævi, tumeurs ou taches érectiles), d'une part, et, d'autre part, des dilatations des troncs et des branches du système artériel.

Ces tumeurs cirsoïdes artérielles, qui se montrent le plus souvent sur les régions craniennes, les régions frontale ou temporale, peuvent se montrer aussi, mais beaucoup plus rarement, aux membres. Dans les faits que rapporte M. Gosselin, un seul a trait à une tumeur cirsoïde de la jambe; dans tous les autres la tumeur siégait à la tête, sur le crâne ou à la face. Dans le mémoire publié deux ans auparavant dans le même recueil par M. Cocteau, il ne s'agit que d'anévrysmes cirsoïdes des membres. Les observations, il est vrai, ne sont pas nombreuses. Il n'en rapporte que deux. Mais, dans un travail antérieur, M. Decès, sur 35 cas d'anévrysmes cirsoïdes qu'il a réunis dans sa thèse inaugurale de 1857, en a compté 6 siégeant sur les membres. Toujours est-il qu'elles sont beaucoup plus rares sur les membres que sur la tête. Cette circonstance seule suffirait déjà pour donner quelque intérêt au fait qui nous occupe en ce moment. Mais il retire un intérêt beaucoup plus manifeste encore de la coexistence sur ce même sujet des trois variétés de tumeurs artérielles distinguées et décrites séparément par M. Gosselin, la tumeur érectile ou varice artérielle des capillaires, la tumeur cirsoïde ou varice des ramuscules artériels ou artérioles, et la varice anévrysmale proprement dite des branches artérielles, humérale, radiale et cubitale.

C'est là surtout ce que M. Berger a signalé comme particulièrement intéressant dans ce fait et ce que nous tenions à notre tour à faire remarquer.

Nous avons cherché, à cette occasion, dans les publications faites depuis le mémoire de M. Gosselin, si nous trouverions quelque fait analogue. Nous n'en avons trouvé qu'un petit nombre. On pourra consulter utilement là-dessus la thèse d'agrégation de M. Terrier, en 1872, sur les anévrysmes cirsoïdes des membres. Voici les faits que nous avons pu relever :

M. Panas, en 1871, a présenté à la Société de chirurgie une femme qui avait un anévrysme cirsoïde de la région fessière. La *Gazette des Hôpitaux* a consigné, dans le temps, des observations de ce genre, notamment une de Velpeau, remontant à 1855, où il s'agissait d'une tumeur vasculaire de la main, traitée par la compression et l'injection de perchlorure de fer ; celle de Gherini en 1867 et celle de Demarquay en 1868. Enfin, en 1877, M. Tillaux consultait ses collègues de la Société de chirurgie sur un cas d'anévrysme cirsoïde de la main avec dilatation considérable des artères de l'avant-bras et même de l'humérale.

M. Polaillon, dans son article Main (pathologie) du *Dictionnaire Encyclopédique des sciences médicales*, a pu réunir, y compris quelques-uns de ceux que nous venons de rappeler, quatorze cas de tumeurs cirsoïdes de la main, quelques-unes paraissant n'avoir été que l'évolution ultime d'une tumeur érectile artérielle, quelques autres développées d'une manière primitive et idiopathique. Dans les faits de Cocteau, il n'a pas été constaté de tumeur érectile. M. Gosselin l'a trouvée une fois.

Ici la coïncidence de la tumeur érectile primitive avec la tumeur cirsoïde qui s'est développée beaucoup plus tard et avec la dilatation anévrysmatique des artères du membre est d'autant plus remarquable qu'elle semble indiquer comme les diverses localisations et les degrés successifs d'une lésion commune et en quelque sorte générale du système artériel chez ce malade.

Enfin l'intérêt principal que présente ce fait est celui qui touche à la pratique ; mais, pour que celui-là ait son plein effet, nous sommes obligés d'attendre le résultat du traitement institué par M. Berger. Ce traitement, c'est l'injection de perchlorure de fer dans la tumeur, le membre étant comprimé circulairement au-dessus à l'aide d'une bande d'Esmarch. L'indication était tout naturellement tracée. Nous n'avons pas à nous arrêter ici au manuel opératoire. Nous reviendrons sur cette observation quand nous pourrons en faire connaître l'issue.

L'ÉPIDÉMIE DE FIÈVRE TYPHOIDE A NANCY

(1881-1882).

M. Poincaré, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine, a publié la relation de l'épidémie de fièvre typhoïde qui a régné à Nancy en décembre 1881 et en janvier 1882. Nous en détachons les points importants qui peuvent, en dehors des considérations locales, intéresser l'histoire générale de cette maladie. (Pour plus de détails, voir *Revue médicale de l'Est* et *Annales d'hygiène*, 1882.)

La fièvre typhoïde règne endémiquement à Nancy depuis une vingtaine d'années.

En 1879-1880, elle a déjà donné lieu à une épidémie considérable. En 1881-1882, elle y a fait une nouvelle invasion qui s'est signalée par sa violence et surtout par sa généralisation presque instantanée.

Les formes ataxo-adynamiques ont été excessivement fréquentes et se sont montrées avec un très haut degré d'intensité. La symptomatologie a toujours offert un caractère de grande gravité tout à fait en désaccord avec la faiblesse de la mortalité. La maladie s'est en outre fait remarquer par sa tendance à se prolonger bien au delà des limites habituelles et à produire des rechutes véritables tout à fait inattendues, pendant la convalescence la mieux établie.

Un fait particulier encore à cette épidémie, c'est que la mortalité a été beaucoup plus forte chez les personnes qui ont quitté la ville en période d'incubation ou en cours de maladie, que chez celles qui sont restées dans le foyer d'infection. On pourrait peut-être attribuer le fait à ce que les malades renvoyés dans leurs familles ont été surtout des domestiques qui ont probablement été transportées dans de mauvaises conditions et ont trouvé chez elles un manque presque absolu de l'hygiène la plus élémentaire. Mais la même mortalité effrayante a été observée chez les élèves du lycée et chez toutes les personnes aisées qui sont tombées malades aux lieux de refuge, et cela quelles qu'aient été la localité choisie et la distance.

Il semble que l'habitation même du foyer créait une espèce d'acclimatement rendant les victimes plus résistantes.

Le flot épidémique a fait son irruption brusquement le 10 décembre ; dans les premiers jours du mois, il s'était à peine fait pressentir. Du 1er au 10, le bureau d'hygiène avait enregistré seulement 17 cas. Le chiffre journalier est monté brusquement le 10 à 6, le 11 à 15, le 12 à 48 cas, le 13 à 21. Le 14 on trouve 45 cas, le 20 il y en a 40 et le 22 fournit 39 cas.

L'épidémie s'est éteinte à dater du 27 janvier, le 26 ayant encore donné 7 cas nouveaux.

En une durée totale de quarante-huit jours, l'épidémie a fourni 640 cas, dont 472 dans les vingt et un derniers jours de décembre, et 168 dans les vingt-six premiers jours de janvier.

La mortalité, pour les malades restés en traitement à Nancy, environ 532, a été de 59 décès. C'est certainement dans les hôpitaux que la mortalité a fait le plus de victimes : 10 morts sur 74 typhiques à l'hôpital militaire ; 18 morts sur 87 malades à l'hôpital civil. Sur 53 typhiques élèves du lycée renvoyés dans leurs familles, 18 ont succombé.

Nous renvoyons à l'original pour les indications locales, tracés graphiques de la marche et de la répartition chronologique de l'épidémie, relevé topographique des décès causés par la fièvre typhoïde, et tableaux des cas observés dans les rues et places et dans les établissements publics, etc. Tous ces détails intéresseront vivement ceux qui connaissent la localité.

Passons en revue les conclusions de l'auteur et les influences exercées par les égouts, les pierres d'évier, le sol, le cimetière et le service des eaux.

Le système du « Tout à l'égout » est très favorable à la propagation de la maladie. Lorsqu'une ville fait déverser les matières fécales dans ses égouts, elle répand forcément, du jour où des cas de fièvre typhoïde y éclatent, dans son réseau souterrain, le germe de cette maladie dont le siège d'élection paraît être le tube intestinal. C'est avec raison que l'on a dit que l'égout était la continuation de l'intestin.

Les égouts municipaux de récente construction sont tout à fait corrects et même perfectionnés. Une seule artère, celle de la Grand'Rue (Ville-Vieille), laisse à désirer par l'insuffisance de sa pente. C'est plutôt dans les branchements particuliers des maisons qu'il faut chercher la véritable cause de l'influence fâcheuse des égouts. Les raccordements ont été rarement faits régulièrement et trop d'après les convenances de chaque propriétaire.

Un massif de maisons même, qui a présenté des cas et des décès de fièvre typhoïde, est disposé de telle façon qu'un ancien égout, appartenant à l'ensemble des propriétaires, circule sous tout le massif. Les propriétaires ayant persisté dans leur ancien mode d'évacuation, cet égout, échappant à la surveillance de l'autorité, est dans le plus affreux état, au point qu'on peut dire que ces maisons « vont sous elles ».

Ce qui aggrave encore le danger venant du mauvais état des

branchements particuliers, c'est l'absence de siphon avant le point d'abouchement, de sorte que par les ouvertures des cuvettes et des pierres d'évier, l'atmosphère intérieure des habitations est en communication permanente avec celle du réseau d'égouts, d'autant plus qu'à Nancy les cabinets d'aisances sont, pour la plupart, situés dans l'intérieur des appartements. En outre, le feu des cheminées pompe, pour ainsi dire, l'air des égouts et l'attire dans les chambres.

Non seulement le siphon fait l'exception, mais parfois il est remplacé par la création de petits bassins situés au-dessous de la section du canal et destinés à prévenir les obstructions ; seulement ces bassins ont le grave inconvénient de servir de lieu de dépôt et d'accumulation des matières solides qui s'y déposent successivement.

Enfin l'écoulement des vidanges n'est pas assez bien assuré par des lavages suffisants. On a reculé devant une mesquine dépense d'abonnement aux eaux de la ville, et l'on néglige d'établir des chasses par les latrines.

Mais c'est encore le défaut de siphon qui constitue le plus grave danger : les latrines et les éviers représentent, sans siphon, deux ordres de voies par lesquelles l'air des habitations peut se mettre en rapport avec l'atmosphère des égouts. L'égout devient un trait d'union entre les maisons.

L'influence des éviers a été notablement démontrée à Nancy par le fait observé que la classe des domestiques a été incomparablement le plus frappée dans les maisons aisées.

Le rôle du sol mérite encore un peu d'attention, en raison de la sursaturation d'un sol reposant sur une couche imperméable de sa grande ancienneté et de son origine marécageuse, sans compter que, grâce à ses immenses places et promenades, la ville présente une superficie non pavée de 455,500 mètres carrés.

Le rôle du cimetière, qu'on a trop souvent rendu responsable des épidémies précédentes, n'est pas appréciable. Le cimetière n'a pu propager l'épidémie ni par la voie des eaux ni par voie aérienne.

Mais le point encore invoqué souvent, et avec plus de raison, a été le rôle des eaux d'alimentation.

Nancy possède encore de nombreux puits, dont les eaux sont fortement chargées de matières organiques. Mais cet élément typhoïgène, qui a pu jouer un grand rôle dans l'épidémie de 1879, particulièrement dans certain faubourg (Stanislas), ne peut être invoqué maintenant, ou du moins n'a pu exercer qu'une influence excessivement restreinte.

On a multiplié les bornes-fontaines, et la ville, déjà alimentée par des eaux provenant de sources émergeant des collines voisines, a, en outre, amené à grands frais et avec surabondance les eaux de la Moselle, après leur avoir fait naturellement traverser des couches filtrantes.

M. Poincaré a fait l'examen microscopique des eaux provenant des deux origines. Les eaux de la Moselle, examinées immédiatement à leur sortie, se sont montrées généralement plus chargées de particules minérales, surtout de parcelles de charbon. Elles renferment parfois de nombreuses gouttes de graisse, etc. Mises en culture dans le liquide de Cohn, elles se sont troublées plus et plus tôt que les eaux de source. Celles-ci ont encore présenté des bactéries et même des vibrions, mais en moindre quantité que les précédentes. D'autre part, la qualité des mêmes eaux de source ayant varié suivant les points où elles ont été recueillies, cela prouvait que les conduites d'eaux étaient plus ou moins infectées en diverses régions.

En résumé, dit en terminant le professeur Poincaré, auteur de cette intéressante relation, la fièvre typhoïde règne fréquemment et violemment à Nancy, parce que le passé y a largement semé les germes spéciaux de cette maladie, et parce que ces germes trouvent dans son sol, dans l'imperfection de ses égouts particuliers, et peut-être aussi dans ses eaux d'alimentation, un terrain favorable à un luxuriant épanouissement.

ORIGINES DE LA MÉTALLOTHÉRAPIE (1).

X

RÉFUTATION DES INTERPRÉTATIONS ÉLECTRIQUES.

Par le docteur V. Burq.

Les médecins anglais ont émis cette opinion, dont l'un d'eux, M. Oscar Jenning's, s'est fait l'écho devant la Faculté de Paris (voy. Thèse inaugurale sur la métallothérapie, 1878), à savoir : que les phénomènes métalloscopiques, qui sont si nombreux et si variés, qu'il faut en avoir fait une étude attentive rien que pour les retenir, tous, même le transfert que nous n'avions, nous, pas su voir, au cours d'une observation de trente années qui témoigne tout au moins que nous ne sommes point dépourvu absolument de clairvoyance, relèvent de l'imagination des malades, de leur « expectante attention », comme ont dit les docteurs Carpenter et Bennet, de Londres. La commission n'a pas eu de peine à faire bonne justice d'une semblable manière de voir, avec Schiff, Eulemberg, mais ses rapports inclinent à admettre les interprétations électriques, etc., de M. le docteur Regnard, interprétations auxquelles s'est associé ensuite, dans une certaine mesure, notre ancien partner, M. le docteur Vigouroux.

Il est très vrai que les applications métalliques dégagent de l'électricité et que l'habile préparateur de M. le professeur Paul Bert, plus heureux avec le puissant galvanomètre que possède la Sorbonne (il aurait 30,000 tours de fil), et mieux servi par son expérience personnelle, est parvenu à la mesurer.

Mais tous les phénomènes qui se passent autour de nous en font autant; l'évaporation d'une simple goutte d'eau, par exemple, dégage aussi de l'électricité : dira-t-on que celle-ci est la cause de la première?

D'autre part, il est aussi parfaitement exact qu'un courant de même force que celui produit par un métal peut déterminer le plus souvent des effets identiques aux effets métalliques; nous disons le plus souvent parce que dans un cas, chez Burq, l'expérience n'aurait été rien moins que concluante, d'après les rapports.

Mais l'hydrothérapie, le froid et le chaud, l'urtication, les vésicatoires eux-mêmes ramènent la sensibilité, ainsi que nous l'avions reconnu et déjà noté (page 24) dans notre thèse inaugurale. On a même cité des cas où ces derniers ont produit le transfert. Mais des aimants forts ou faibles, des solénoïdes, de n'importe quel nombre de tours de fil, des électrodes polarisées sans mesure, l'électricité statique des courants continus ou faradiques à toute volée, agissent de même. La théorie des points neutres, toute ingénieuse qu'elle soit, est-elle applicable ici? Et puis, voilà un courant de 10°, par exemple, égal au courant cuivre ou argent qui agit et un courant de 15° qui ne peut plus rien, donnant tort à cet adage que « Qui peut le plus peut le moins ». Mais augmentez ou mouillez la surface d'action du métal et vous pourrez avoir alors un courant de 15°, et non plus de 10° (Eulemberg), et cependant le métal restera tout aussi actif, si ce n'est plus.

Pourquoi encore, si l'électricité était réellement la cause des phénomènes métalloscopiques, l'action d'un métal actif se trouve-t-elle annulée lorsqu'on dépose sur sa surface libre de la résine ou bien un autre métal neutre, fût-il à peine suffisant pour en recouvrir une faible partie? Pourquoi l'adhérence intime de deux métaux, l'un actif et l'autre non, obtenue soit par le laminage, soit par un dépôt galvanique, ne s'oppose-t-elle point à cette action neutralisante; pourquoi, mieux encore, une plaque neutre, appliquée à distance du métal actif, non seulement sur le même membre, mais aussi sur le membre du côté opposé (M. Dumontpallier), forme-t-elle également arrêt? Est-ce que, dans ce dernier cas, surtout, rien n'est changé dans la force du courant?

Peut-on dire davantage que les effets sont dus à des actions thermiques? Mais ce serait encore mettre ici les choses complètement à rebours, nous voulons dire prendre les effets pour la cause.

(1) Suite. — Voir le numéro du 23 novembre 1882.

Nous dirons donc avec M. Henry de Varigny, qui, dans un article remarquable sur la métallothérapie, publié par la *Revue des Cours scientifiques* du 25 juin 1881, nous paraît avoir donné la note juste :

« Que l'état électrique, la tension aient beaucoup à faire avec les phénomènes métalloscopiques, cela est indubitable, et l'influence des courants, des aimants, des solénoïdes le prouve surabondamment, mais c'est tout ce que l'on peut dire dans l'état actuel des choses. On peut très bien substituer courants ou solénoïdes aux métaux, mais cela n'avance pas l'interprétation des faits, puisqu'on ne sait même pas comment ils se passent lors du passage des courants. »

Et plus loin l'auteur, renchérissant encore, dit à propos « des agents esthésiogènes que l'on a employés comme succédanés des métaux ; les connaissances nouvelles ne nous ont point encore donné la clef de la solution tant cherchée. La question se complique et s'embrouille plus qu'elle ne s'éclaircit, par suite des hypothèses que l'on invoque. »

Il ne sera, du reste, que juste de reconnaître que M. Regnard lui-même a fait des réserves : « En somme, a-t-il dit, nous apportons un fait que nous avons vu plusieurs fois, que nous avons fait constater par la commission ; il explique jusqu'à un certain point les différences d'action des métaux appliqués sur la peau des anesthésiques et il permet de soupçonner des phénomènes inconnus dans l'action des courants très faibles sur le système nerveux. »

Depuis longtemps nous avons adopté une interprétation qui nous a toujours suffi pour comprendre et faire comprendre aux autres comment se passent les choses en métalloscopie comme en métallothérapie ; mais, comme elle n'a rien de scientifique et que nous aurions besoin pour la développer d'une place qui nous manque, nous passons outre.

THÉRAPEUTIQUE

De l'action dépurative.

Par M. le Dr Delmis.

Sydenham regardait la dépuration du sang comme le résultat d'une série de processus réparateurs, à l'aide desquels la nature guérit spontanément de nombreuses affections ; la fièvre même, considérée dans son expression la plus simple et la plus générale, en était un.

Avec une pareille doctrine, la tâche du médecin était fixée à l'avance ; il devait provoquer, quelquefois paralyser et régler dans tous les cas la revivification du liquide nourricier. Les dépuratifs répondaient tous à cette indication : c'étaient le plus souvent des substances d'origine végétale dont l'expérience avait démontré l'action et les avantages.

« On les administre, disait en 1814 M. Barbier, pour détruire les âcretés et les acrimonies du sang ; pour le ramener à son état naturel. Il y a lieu, sans doute, de s'étonner que des agents aussi différents, soit que l'on considère leur nature chimique, soit que l'on étudie le caractère de leur force active, aient les effets immédiats qu'ils suscitent dans l'économie animale... » (*Dict. en 60 vol.* Art. Dépuration.)

Beaucoup de médecins partageaient, à cette époque, l'opinion de Barbier. De l'étonnement à la défiance et au scepticisme, la distance est bien courte. Les recherches de Becquerel, Rodier, Andral, Gavarret, firent justice, une fois pour toutes, des idées humorales anciennes auxquelles se rattachaient toutes les théories relatives à l'âcreté et aux acrimonies du sang. La médication dépurative reçut le contre-coup des recherches de la nouvelle école ; on restreignit autant qu'on le pouvait son rôle, en attendant qu'on la proscrivît.

Les substances les plus estimées de l'ancienne matière médicale furent abandonnées pour des produits de laboratoire dont la nouveauté constituait le principal mérite. La réaction fut usée par son excès même ; on finit par reconnaître que les drogues d'origine végétale avaient du bon ; que les sels, les alcaloïdes les plus soigneusement préparés ne les valaient pas toujours.

Les préparations les mieux faites des pharmaciens contemporains renferment presque toujours un certain nombre de sucs végétaux. Prenons, par exemple, le Rob Lechaux, un produit excellent à tous points de vue, qui a fait depuis longtemps ses preuves dans de nombreuses affections d'origine dyscrasique telles que la syphilis invétérée, les adénopathies strumeuses, les anémies graves et rebelles, le rachitisme, etc. Eh bien, dans le Rob Lechaux, les sucs de cresson, de salsepareille rouge et d'écorce d'orange, sont savamment combinés à l'iodure de potassium ; c'est grâce à cette combinaison que l'on peut éviter, à coup sûr, les gastralgies et les entéralgies que produit trop souvent le sel en question administré en solution aqueuse.

S'approprier les conquêtes de la chimie moderne, ne pas laisser dormir dans un injuste oubli les substances les mieux éprouvées des vieilles pharmacopées, les réunir de telle sorte qu'elles soient bien prises, bien absorbées et produisent ce qu'on attend d'elles, tel est véritablement le rôle de la pharmacie de notre temps.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 novembre 1882. — Présidence de M. L. Labbé.

COMMUNICATIONS

De la tarsotomie dans le traitement du pied bot. — M. **Polaillon** fait un rapport sur une communication de M. Beauregard (du Havre) relative à quatre observations de tarsotomies pratiquées dans le but de remédier à des pieds bots.

Ces quatre faits ne semblent pas à M. le rapporteur devoir faire donner la préférence à la tarsotomie sur le traitement orthopédique qui, bien conduit, surtout chez les enfants, donne encore de meilleurs résultats que ceux auxquels est arrivé M. Beauregard et cela sans leur faire courir les dangers d'une opération aussi grave que la tarsotomie.

M. **Théophile Anger** n'a pas vu jusqu'ici de cas de pieds bots résistant à la ténotomie et à l'application d'appareils bien faits. Il cite l'observation d'un homme de 36 ans, atteint d'un pied bot varus équin et qui a été guéri en l'espace de cinq à six semaines, par la ténotomie et par l'application d'un appareil à traction continue. Après deux mois environ de ce traitement il a pu marcher sur la plante du pied. Ce malade portait en même temps sur la jambe un ulcère trophique dû à la paralysie des nerfs vasomoteurs ; car il s'agissait d'un pied bot paralytique, datant de l'enfance. Le pied était très déformé. En présence de ce fait, M. Anger est peu partisan de la tarsotomie dont les résultats ne valent certainement pas ceux de la ténotomie jointe à l'application d'appareils bien faits. Il insiste relativement à ces appareils sur l'importance de la traction continue obtenue à l'aide du caoutchouc.

M. Anger termine en faisant connaître les bons résultats que lui donnent, dans le traitement de la paralysie infantile, les frictions excitantes et les courants continus.

M. **Verneuil** se rattache aux conclusions de M. Polaillon et croit, comme lui, que chez les enfants atteints de pied bot, il est inutile de faire l'extraction des os du tarse. Quant aux adultes affectés de cette difformité, il en est qui marchent très bien avec leurs pieds difformes ; il en est d'autres, généralement plus jeunes, chez lesquels la section du tendon d'Achille et l'application d'appareils bien conçus donnent les meilleurs résultats. Aussi, M. Verneuil ne se déciderait-il pas à pratiquer la tarsotomie avant l'âge de vingt ans. Les faits de M. Beauregard ne sont pas de nature, à ses yeux, à changer cette manière de voir.

M. **Desprès** dit que la tarsotomie est une opération qui a besoin d'être jugée par le temps et l'expérience. En réponse à M. Anger, il fait observer qu'il y a des hommes de 30 ans auxquels

on a pratiqué plusieurs ténotomies et appliqué des appareils pendant des mois et des années sans obtenir aucun résultat, comme l'avait déjà démontré Malgaigne. La ténotomie ne doit être considérée que comme une opération préliminaire, mettant le malade dans des conditions qui permettent d'obtenir sa guérison. Depuis que Duchenne (de Boulogne), qu'on ne cite pas assez, a démontré que le plus souvent le pied bot était d'origine paralytique, le traitement en a dû être modifié en conséquence. Quant aux résultats que M. Beauregard a obtenus de la tarsotomie, dans les faits qu'il présente, ils sont de nature à faire donner la préférence à l'amputation astragalienne.

M. **CHAUVEL** fait observer qu'il ne faudrait pas juger la tarsotomie d'après les résultats soumis à la Société par M. Beauregard. Il y a de nombreux faits, à l'étranger, dans lesquels les résultats de cette opération sont de beaucoup meilleurs.

M. **POLAILLON** partage entièrement l'avis exprimé par M. Verneuil. Il fait des réserves relativement à cette opinion de M. Anger, que toujours on arrivera à redresser un pied bot par le traitement orthopédique. Il y a des cas, en effet, où les os ont acquis une telle déformation que la tarsotomie peut seule le corriger. M. Beauregard a peut-être eu affaire à des cas de ce genre et ce qui tendrait à le faire croire, c'est qu'avant de recourir à la tarsotomie, il avait assez longtemps essayé le traitement orthopédique.

LECTURES

M. **CHARVOT**, à l'occasion de la récente discussion sur l'ouverture des gros vaisseaux dans des foyers purulents rapporte l'observation d'un malade atteint de coxalgie compliquée d'abcès froid et d'ulcération du colon ayant déterminé une hémorragie mortelle (Comm. MM. Cruveilhier, Monod et Lannelongue).

M. **GALEZOWSKI** fait une communication *sur la nécessité d'abandonner l'excision de l'iris dans l'extraction de la cataracte* et de revenir à l'ancienne méthode française d'extraction à lambeau. C'est pour prévenir les suppurations phlegmoneuses de la cornée et de l'iris, qu'on voyait survenir dans l'extraction à lambeau, que Graefe avait mis en pratique sa méthode qui consistait dans l'incision linéaire scléroticale combinée avec l'excision de l'iris.

Cette méthode a été adoptée par le plus grand nombre des chirurgiens.

Mais, depuis quelque temps, on voit par les statistiques que les accidents phlegmoneux surviennent malgré l'excision de l'iris. M. Galezowski a fait dernièrement une extraction de la cataracte chez un homme à qui on avait fait quelques années auparavant une iridectomie. L'opération s'est faite on ne peut plus régulièrement et malgré cela il y a eu phlegmon. Évidemment l'iridectomie n'est pas en état de prévenir cet accident. C'est en raison de ces insuccès que M. Galezowski avait résolu de revenir à l'extraction à lambeau sans excision de l'iris, et, dans quarante cas dont il rapporte les observations, les résultats ont été on ne peut plus satisfaisants. L'auteur a cru seulement nécessaire de modifier légèrement la forme du lambeau. Il fait la ponction et la contre-ponction sur le bord sclérotical un peu au-dessus du diamètre horizontal et le lambeau, tout entier, est taillé dans la cornée à deux millimètres du bord sclérotical. L'iridectomie pourtant lui paraît indispensable dans les cas suivants :

1° Toutes les fois que l'iris se porte sur le couteau pendant qu'on fait l'incision de la cornée ;

2° L'excision est indiquée dans les cataractes traumatiques ;

3° Dans les cataractes adhérentes avec des synéchies postérieures ;

4° Toutes les fois que l'iris aurait été déchiré pendant la sortie du cristallin et qu'on verra le bord pupillaire frangé, irrégulier, déchiré.

M. **HENNEQUIN** lit une note sur l'extension mécanique.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Voici les derniers chiffres fournis par l'Assistance publique touchant l'état des malades atteints dans les hôpitaux de Paris les 21 et 22 novembre 1882 :

	21 nov.	22 nov.
Nombre de malades existants dans les hôpitaux le matin.	1415	1383
Entrées dans la journée.	10	28
Sorties.	46	54
Décès.	5	4

Le nombre des typhoïdes restant dans les hôpitaux le 23 au matin est de 1353.

Une erreur typographique a donné dans notre dernier numéro le chiffre de 3 entrées au lieu de 30 pour la journée du 20 novembre, et le chiffre de 5 décès au lieu de 4 pour le 18 novembre.

— *Concours de l'agrégation.* — Les candidats aux douze places d'agrégé de la section de médecine (pathologie interne et médecine légale) sont au nombre de 26. Ce sont :

Académie de Douai. — M. Leroy (Charles-Adolphe), D. M. P., né à Lille (Nord), le 7 novembre 1849.

Académie de Lyon. — M. Bard (Jean-Louis-Marius), D. M. L., né à Mens (Isère), le 10 mai 1857. — M. Clément (Étienne), D. M. P., né à Lyon, le 4 février 1843.

Académie de Montpellier. — M. Baumel (Hippolyte-Léopold-Étienne), D. M. M., né à Lodève (Hérault), le 23 juin 1854. — M. Brousse (Charles-Victor-Marin-Auguste), D. M. M., né à Montpellier (Hérault), le 11 juin 1855.

Académie de Nancy. — M. Schmitt (Marie-Xavier-Joseph, D. M. N., né à Strasbourg (Bas-Rhin), le 11 février 1855.

Académie de Paris. — MM. les docteurs de la Faculté de médecine de Paris : Artigalas (Jean-Casimir-Michel), né à Marsous (Hautes-Pyrénées), le 15 mars 1858. — Ballet (Louis-Gilbert-Siméon), né à Ambazac (Haute-Vienne), le 29 mars 1853. — Balzer (Félix), né à Châteaubriand (Loire-Inférieure), le 4 avril 1849. — Barth (Jules-Ernest-Henri), né à Paris, le 13 octobre 1853. — Brissaud (Édouard), né à Besançon (Doubs), le 15 avril 1852. — Cuffer (Paul-Louis), né à Soissons (Aisne), le 25 juillet 1849. — Dejérine (Joseph-Jules), né à Plainpalais (Suisse), le 3 août 1849. — Dreyfous (Maurice-Virgile-Ferdinand-Léon), né à Paris, le 24 mai 1851. — Dreyfus (Louis-Lucien), né à Strasbourg, le 3 février 1849. — Du Castel (Auguste-Marie-René), né à Amiens (Somme), le 27 février 1846. — Hanot (Charles-Victor), né à Paris, le 6 juillet 1844. — Hutinel (Victor-Henri), né à Châtillon-sur-Seine (Côte-d'Or), le 15 avril 1849. — Labadie-Lagrave (Joseph-Baptiste-Frédéric), né à Nérac (Lot-et-Garonne), le 16 août 1844. — Moutard-Martin (Robert-André), né à Paris, le 9 décembre 1850. — Letulle (Maurice-Éléonor-Joseph-Lucien), né à Mortagne (Orne), le 19 mars 1853. — Merklen (Marie-Joseph-Félix-Pierre), né à Mulhouse, le 27 février 1852. — Oulmont (Paul), né à Épinal (Vosges), le 21 avril 1849. — Quinquaud (Charles-Eugène), né à Lafat (Creuse), le 26 décembre 1841. — Robin (Édouard-Charles-Albert), né à Dijon (Côte-d'Or), le 19 septembre 1847. — Grenier (Just-François-René), né à Besançon, le 1er décembre 1855.

M. Blain (Henri-Joseph), D. M. M., né à Vesoul (Haute-Saône), le 26 mars 1854.

— Le Conseil municipal de Paris, considérant que M. Alfonso, externe provisoire à l'hôpital Trousseau, est décédé, le 15 octobre dernier, des suites d'une fièvre typhoïde contractée dans l'exercice de ses fonctions, vient de voter, en faveur de la jeune Alfonso (Estelle), sa fille, une bourse avec trousseau à prendre sur les fonds de la Caisse des pupilles de la ville de Paris.

— *École de médecine de Reims.* — Sont proclamés lauréats pour l'année scolaire 1881-1882 :

Élèves en médecine (première année). Prix : médaille de bronze, M. Guérard. — (Deuxième année.) Prix : médaille d'argent, M. Grandamy. — (Troisième année.) Prix : médaille de bronze, M. Lamiraux. — Prix de clinique : médaille d'argent, M. Evrain.

Élèves en pharmacie (première année). Prix : médaille de bronze, M. Bigand. — Travaux pratiques : médaille de bronze, M. Bigand. — (Deuxième année.) Prix : médaille d'argent, M. Charpentier. — Travaux pratiques : mention honorable, M. Charpentier. — Prix Simon Tarbé : M. Charpentier.

— *Hôpital Sainte-Eugénie de Lille.* — Sont nommés : 1° internes, MM. Delespierre et Parmentier; 2° internes provisoires : MM. Voiturier et Beauvois; 3° externes : MM. Billaux, Durand, Carpentier, Mayolle, Monteuis et Tavernier.

— M. le docteur Toussaint (Gabriel) est nommé membre du comité d'inspection et d'achats de livres de la bibliothèque de Lannion.

— *École pratique des Hautes-Études.* — Le laboratoire d'enseignement de la botanique, organographie et physiologie, dirigé par M. Ph. Van Tieghem, professeur au Muséum, sera ouvert, pendant le premier semestre de l'année scolaire 1882-1883 (du 1er décembre 1882 au 1er avril 1883), tous les jours de onze heures à quatre heures, excepté le lundi et le mardi. Pendant le second semestre, du 1er avril 1882 à la fin de ladite année scolaire, il sera ouvert le jeudi et le vendredi aux mêmes heures.

Une leçon pratique aura lieu chaque jeudi à neuf heures du matin, pendant la durée du cours, qui commencera le samedi 2 décembre. — Le laboratoire des recherches est ouvert tous les jours et toute l'année. Les élèves qui désirent prendre part aux travaux sont priés de se faire inscrire à l'avance au laboratoire 63, rue de Buffon.

— M. Émile Blanchard, membre de l'Académie des Sciences, professeur de zoologie (animaux articulés) au Muséum d'Histoire naturelle, commencera ce cours le mercredi 29 novembre 1882, à une heure et demie, dans la galerie de zoologie, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis, à la même heure.

— M. Mallez commencera son cours de pathologie et de chirurgie des voies urinaires le jeudi 30 novembre, à huit heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, rue de l'École de Médecine, pour le continuer les jeudis suivants à la même heure.

L'anatomie pathologique sera présentée en projections photo-micrographiques.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 13620.

N° 137. — MARDI 28 NOVEMBRE 1882. 55e ANNÉE. MARDI 28 NOVEMBRE 1882. — N° 137.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

M. Laboulbène.

Histoire de Galien, sa vie, ses œuvres; son dernier traducteur Charles Daremberg (1).

III

SYSTÈME MÉDICAL ET ŒUVRES DE GALIEN

Je vais actuellement rechercher et préciser les travaux de Galien ; les livres galéniques ont été le point culminant, le résumé de la médecine grecque. Le médecin de Pergame a tout englobé, absorbé, il a condensé tous les systèmes pour fonder le sien. Après lui sont venus une longue suite de temps presque stériles, des compilateurs et traducteurs, les Arabes, puis l'école de Salerne jusqu'à la Renaissance.

Examinons d'abord la doctrine, le dogme galénique. C'est le côté sombre d'une grande figure, le revers de la médaille ; c'est de là, cependant, qu'est venue la domination de Galien. Tant il est vrai, je vous l'ai déjà dit, que les défauts plutôt que les qualités frappent la foule et fondent trop souvent la réputation, jusqu'à ce qu'un examen impartial, arrivant tôt ou tard, rétablisse les choses et fasse justice.

Galien a voulu être le législateur médical à la manière d'Aristote qui avait classé, réglé toutes les connaissances humaines.

Le système médical de Galien admet le raisonnement et l'expérience ; tous les deux sont nécessaires. L'art a une méthode coordonnant les principes généraux et l'observation des détails. Les principes sont indispensables pour la pratique, sans eux elle devient routine ; la pratique, à son tour, vérifie les principes, sans elle ce sont des hypothèses.

Tout cela vous semble logique et parfait. Mais dans quel ordre l'expérience et le raisonnement doivent-ils fonder la science et l'art ? Galien ne le formule pas, mais de suite il délaisse les faits ; il veut faire la médecine à l'avance, il la déduit de la physiologie, la physiologie de la physique et cette dernière de la philosophie. Vous voyez immédiatement quelle marche hasardeuse et hypothétique il adopte résolument.

Je réclame de plus en plus votre attention pour l'exposé du système galénique.

Le corps humain est composé d'éléments, l'élément irréductible est d'une telle petitesse qu'il se dérobe à l'investigation des sens, et comme il est simple, il échappe à la raison. Donc nous n'avons prise que sur les éléments tangibles, qui sont le feu, l'air, l'eau et la terre. Chacun de ces éléments a une qualité corrélative qui lui est propre : chaleur, froid, humidité et sécheresse. Ces qualités sont nécessaires et premières comme les éléments eux-mêmes, mais elles n'existent jamais pures dans le corps résultant moins de l'agrégat des éléments que de leur mélange, et de là résultent les qualités composées ou secondes.

Le mélange, la mixtion intime des éléments, constitue le tempérament propre de chacun et toute particule du corps est distincte de toute autre. Telle particule est plus chaude, telle autre plus froide, telle autre plus humide, telle autre plus sèche ; d'où le chaud sec, le chaud humide, le froid sec, le froid humide, etc. Donc autant de tempéraments des corps qu'il y a de combinaisons possibles des quatre qualités primitives ou premières.

Le corps offre trois degrés de composition : les parties similaires, les parties instrumentales ou organes, et le corps entier.

Outre les éléments, il y a quatre humeurs : sang, pituite, bile jaune et bile noire. Le sang est chaud et humide, la pituite froide et humide, la bile chaude et sèche, la bile noire, ou atrabile, froide et sèche. Les trois dernières humeurs proviennent du sang, le sang vient de l'aliment.

L'estomac, comme toute partie instrumentale, a quatre facultés naturelles : attractive, rétentrice, altérante et excrétrice. C'est par ces facultés que s'opèrent les transformations, les sécrétions et les excrétions.

Les esprits sont le principe moteur du corps. Ils diffèrent de l'air, mais en proviennent. Dans le foie, organe préparateur du sang, l'esprit se sépare du fluide en vapeurs subtiles ou esprits naturels qui, transportés au cœur, se mêlent à l'air introduit par la respiration et forment des esprits vitaux ; dans le cerveau, ils deviennent esprits animaux.

La santé est cet état du corps dans lequel il n'y a point de douleur et où les fonctions s'exécutent sans difficulté. Elle résulte d'une température moyenne des éléments et

(1) Suite. — Voir le numéro du 21 novembre 1882.

d'une convenance ou symétrie des parties. Elle suppose une composition convenable des humeurs, une action bien réglée des esprits. Les parties similaires sont à un degré proportionné de chaud, de froid, d'humide et de sec.

La maladie est une disposition, ou une affection contre nature, des parties du corps qui empêche leur action. Il faut distinguer l'altération même du corps et l'affection ; celle-ci est une modification de l'action. Dans toute affection contre nature, on peut tout rapporter à quatre chefs : la fonction viciée, la cause prochaine qui l'a immédiatement viciée, les causes précédant l'affection, les symptômes qui la suivent.

J'abrège et je me contente de vous dire : Les symptômes sont des affections contre nature, dépendant de la maladie et la suivant comme l'ombre suit le corps. Les excrétions critiques diffèrent des symptômes en ce qu'elles résultent des efforts de la nature tandis que les symptômes résultent de la maladie.

Les signes des maladies sont diagnostiques ou prognostiques. Les signes diagnostiques sont pathognomoniques ou adjoints.

L'examen du pouls est de la plus grande importance pour le diagnostic et le prognostic des maladies.

Le premier principe du traitement des maladies est de seconder la nature et de les combattre par leurs contraires.

Galien range les remèdes en catégories selon le degré de leur puissance.

Les qualités des médicaments sont réparties en quatre classes d'énergie décroissante : ainsi le poivre est chaud au 4e degré, la cannelle au 3e, etc. S'il y a excès de qualité dans une substance, on la tempère par une autre. L'art de composer les médicaments est fondé sur ces bases. Vous apercevez de suite la porte ouverte sur une polypharmacie compliquée et fastueuse.

Par cet aperçu rapide et sommaire de la doctrine galénique, vous jugerez le système savamment élaboré, vaste, relié dans toutes ses parties, conséquent avec lui-même. Il est rempli de sortes de casiers où sont rangées les maladies avec des casiers correspondants pour tous les remèdes à y apporter. Le fond du système rappelle Hippocrate, la forme est empruntée à Aristote.

Disons-le nettement, ce système, qui a eu la gloire la plus éclatante, a été funeste aux progrès de la médecine. Ce n'est pas lui qui doit mériter à Galien la reconnaissance de la postérité, ce seront ses découvertes, ce seront les notions sûres qu'il nous a transmises de ce qui avait été fait avant lui et dont il possédait la connaissance plus que tout homme de son siècle.

Suivons présentement Galien anatomiste, physiologiste, médecin, chirurgien, hygiéniste et thérapeutiste.

Et d'abord, Galien a-t-il disséqué des cadavres humains? Je réponds absolument par la négative. Non, les descriptions anatomiques, souvent très fidèles, ne sont point faites sur l'homme. Le plus grand nombre provient de singes et d'autres animaux. Galien recommande le genre de mort le plus convenable, conseillant d'étouffer la bête sous l'eau, au lieu de l'égorger ou de l'étrangler avec une corde. Je reviendrai sur ce point important et vous le démontrerai avec Charles Daremberg. Le respect pour l'autorité galénique a été tellement servile que l'on accusait la constitution anatomique de l'homme d'avoir pu changer plutôt que de trouver Galien dans l'erreur.

L'ostéologie est bien plus complète dans Galien que chez ses devanciers. En vous parlant de l'histoire de l'anatomie, je vous ai déjà dit qu'il a bien fait connaître le sphénoïde, le temporal, le canal nasal du maxillaire supérieur, l'ethmoïde, les cornets des fosses nasales, l'articulation de la tête avec la première vertèbre.

Les muscles et les nerfs sont décrits d'après le singe, le cerveau d'après le bœuf. Les muscles qu'il a découverts ou qui étaient peu connus avant lui, sont : le peaucier, le buccinateur, le pyramidal du nez, le palmaire et le plantaire, les sphincters de l'anus, le petit pectoral, le rhomboïde, le petit droit antérieur de la tête, plusieurs des extenseurs du rachis, les intercostaux, le poplité, enfin les lombricaux et les interosseux des pieds et des mains.

Le cœur est assez bien décrit, Galien connaissait l'ouverture de la cloison interauriculaire nommée, à tort, trou de Botal. Il voulait que le cœur ne reçût pas de nerfs, bien loin d'en être la source comme le voulait Aristote. Pour l'angéiologie, il donne plus de place aux veines qu'aux artères ; malgré de graves erreurs, cette angéiologie est la plus importante pour l'époque.

La splanchnologie est faite d'après une sorte de compromis entre les ruminants et les carnassiers. Il admet la pluralité des lobes du foie, disposition qui ne se montre ni chez les Orangs ni chez les Chimpanzés, mais qui existe chez les Magots.

Sa description du système génital est la suivante : Les parties sexuelles de la femme sont analogues à celles de l'homme, mais retournées en sens inverse. La matrice se divise en deux portions, l'une droite destinée aux fœtus mâles, l'autre gauche destinée aux fœtus femelles. Vous voyez que Galien n'avait ouvert que des animaux. Les anatomistes d'Alexandrie, et même quelques-uns de leurs prédécesseurs, connaissaient mieux l'utérus humain, de telle sorte que Galien avait tort de critiquer et de reprendre Dioclès ainsi qu'Hérophile, dans la persuasion où il était que les animaux représentent exactement l'homme.

Je dois insister sur l'anatomie philosophique de Galien au sujet d'un de ses traités les plus précieux, à cause des descriptions anatomiques et des renseignements qu'il renferme. C'est le traité *De l'utilité des parties du corps humain*, Περὶ χρείας μορίων, *De usu partium*. La traduction : *De l'utilité des parties,* me paraît préférable à celle : *De l'usage des parties*, car il ne s'agit pas de physiologie proprement dite. Galien, sous l'empire du principe immuable des causes finales, veut prouver que les différentes parties du corps sont combinées dans un tel rapport de cause à effet qu'on ne peut rien imaginer de mieux. C'est l'idée empruntée à Aristote : que la nature ne fait rien en vain. Ce livre n'est, en réalité, ni un exposé d'anatomie, ni un traité de physiologie : c'est une thèse pour prouver la sagesse de la nature et l'adaptation des causes finales à l'organisme humain. Galien conclut toujours des animaux à l'homme, aussi arrive-t-il à des résultats illusoires.

Quoi qu'on en ait pu dire, Galien a été un physiologiste de premier ordre et un expérimentateur. On en trouve la preuve dans les traités : *Administrations anatomiques; Du mouvement des muscles; Sur le pouls; Sur la respiration; Sur les facultés naturelles,* dans les *Dogmes d'Hippocrate et de Platon* et dans plusieurs chapitres *De l'utilité des parties.* Ce n'est ni par ses trois forces fondamentales présidant à la vie des animaux, résidant dans le cerveau, le cœur et le foie,

ni par les trois facultés génératrice, d'accroissement et nutritive, que la physiologie galénique est si remarquable. Les expériences sur les fonctions du cerveau, sur la respiration, sur la circulation, sont au contraire des titres de gloire impérissables.

HOPITAL NECKER. — M. POTAIN.

La fièvre typhoïde (1).

II

Les accidents du côté de l'appareil respiratoire ont été fréquents dans le cours de l'épidémie actuelle.

Du côté de l'appareil bronchique, ce sont généralement des phénomènes de catarrhe débutant, dès la première semaine, par la muqueuse nasale, gagnant ensuite de proche en proche le pharynx et la trachée, sans donner lieu à une toux bien fréquente, puis les bronches, avec apparition de râles muqueux généralement disséminés. Tantôt les accidents en restent là; tantôt, au contraire, il survient une véritable bronchite plus ou moins grave. Chez quelques malades il se produit une bronchite capillaire avec ses râles fins résultant, dans certains cas, de l'évolution générale de la maladie, dans d'autres cas, de causes difficiles à apprécier faute de renseignements nécessaires.

Il me souvient, à ce propos, d'une jeune fille arrivée à la fin du second septenaire d'une fièvre typhoïde bénigne, qui fut prise tout à coup d'une fièvre assez intense (40°). Comme elle n'avait aucun phénomène bronchique, je songeai à prescrire une balnéation tiède. Je présidai moi-même à l'opération en plongeant la jeune fille pendant dix à douze minutes dans un bain à 35°. Mais elle commence à tousser dans son bain, je la fais retirer aussitôt; à peine dehors, elle est prise d'un frisson assez intense; on l'enveloppe dans des couvertures de laine. Néanmoins, dès ce moment, on observe des rhonchus de bronchite, et peu à peu les petites bronches sont envahies. Pour moi, le bain ne fut pas la cause des accidents que nous observions, mais dès avant qu'elle n'y fût plongée, la malade était certainement prédisposée à des phénomènes pulmonaires, et je serais bien tenté de croire qu'elle n'y eût pas échappé, en dehors même de toute balnéation.

Parmi les accidents respiratoires, nous devons citer aussi la laryngite simple ou ulcéreuse. Cette dernière, accompagnée d'une aphonie persistante, est caractérisée par des ulcérations petites, très limitées, siégeant tantôt sur les parties latérales du larynx, tantôt et surtout sur la paroi postérieure. Ces ulcérations ne sont pas un accident rare; on les rencontre même assez fréquemment. Tant qu'elles restent superficielles, les phénomènes auxquels elles donnent lieu sont bornés à de l'aphonie et à une légère douleur. Si elles augmentent en profondeur, elles peuvent aller jusqu'à déterminer l'œdème de la glotte et une suffocation rapide. Elles peuvent encore pénétrer plus profondément et amener la chondrite, la périchondrite, voire même jusqu'à la nécrose des cartilages, surtout si ces ulcérations persistent pendant plusieurs semaines. Le diagnostic de ces ulcérations est assez difficile en raison de l'état même de prostration du malade, qui ne peut pas se prêter facilement à un examen laryngoscopique, et l'on n'a guère comme symptômes que la raucité de la voix et l'aphonie, c'est-à-dire des phénomènes pouvant appartenir à une laryngite simple. Mais heureusement le traitement ne diffère guère : ce sont des boissons adoucissantes pour entretenir une humidité continue de la muqueuse pharyngée; c'est d'avoir soin de bien nettoyer le fond de la gorge avec un pinceau, c'est enfin d'éviter toute impression de froid.

C'est encore là une des formes généralement les plus légères des manifestations pulmonaires que l'on rencontre dans le cours de la fièvre typhoïde. Si nous passons maintenant à des phénomènes plus sérieux, nous arrivons à la congestion et à la pneumonie.

C'est la congestion hypostatique se produisant à la base du poumon et du côté sur lequel le malade reste plus habituellement couché; la respiration est plus faible et s'accompagne de râles sibilants, de râles muqueux d'une bronchite concomitante. Si la mort survient pendant ce temps, l'autopsie nous montre un poumon tuméfié, d'une teinte rouge foncé ou brun violacé, résistant à la pression du doigt, crépitant mal, et dont la coupe laisse suinter une sérosité rouge spumeuse. Cette congestion hypostatique de la base et en arrière tient à une circulation défectueuse, à la stagnation du sang dans les parties les plus déclives. Elle est souvent assez persistante, du milieu de la deuxième semaine à la fin de la troisième; elle est quelquefois transitoire, oscillant d'un jour à l'autre, paraissant et disparaissant tour à tour. Au dire de Louis, elle serait si fréquente, que sur 100 autopsies il l'aurait constatée 43 fois. Elle est généralement peu sérieuse, à moins qu'elle ne soit le départ de quelques autres accidents tels, par exemple, qu'une pneumonie lobaire ou fibrineuse avec exsudat dans les vésicules. Dans ce cas, le poumon est dense, friable, sec et sans crépitation, d'un rouge plus franc, et il tombe au fond de l'eau.

Entre cette pneumonie et la congestion, on peut rencontrer une foule d'états intermédiaires. La pneumonie, quelle que soit la forme qu'elle revêt, est moins fréquente que la congestion. Louis l'a rencontrée 36 fois sur 100 autopsies; mais si, au lieu de ne compter que les individus qui ont succombé, on relève le nombre des pneumonies qui surviennent dans la fièvre typhoïde en général, la proportion n'est plus que de 3 à 6 p. 100. Du reste, ces chiffres varient selon les épidémies.

Il est une autre forme d'accidents pulmonaires que l'on peut rencontrer encore, mais plus rarement, dans le cours de la fièvre typhoïde : c'est la broncho-pneumonie. Enfin le poumon peut être aussi le siège d'un œdème peu grave, s'il est à un degré léger, très grave au contraire s'il prend une certaine extension, et pouvant emporter le malade en moins de vingt-quatre heures. Nous en avons eu malheureusement un exemple dans nos salles chez un jeune garçon, jusque-là atteint d'une fièvre typhoïde bénigne, — l'autopsie l'a complètement démontré, — et qui fut pris tout à coup, certain soir, d'un violent accès de suffocation, et succomba deux heures plus tard. C'est là encore un fait qui nous prouve combien le pronostic doit toujours être réservé.

En résumé, nos malades doivent être divisés en plusieurs catégories au point de vue des complications pulmonaires. Dans la première, nous trouvons deux malades de la salle Saint-Luc, n°s 3 et 19, qui furent atteints de congestion pulmonaire légère dès le début de la fièvre typhoïde. Dans la seconde catégorie, nous avons tout d'abord un garçon de vingt ans qui avait une fièvre typhoïde légère; la déferves-

---

(1) Fin. — Voir le numéro du 23 novembre 1882.

cence avait commencé depuis la veille, lorsque le dix-septième jour la fièvre remonta et le surlendemain nous constations une pneumonie vraie. Son évolution fut celle d'une pneumonie ordinaire survenant chez un sujet bien portant, et le 28e jour la défervescence était complète. Nous avons aussi, dans cette même catégorie, un homme de vingt-six ans, qui présenta, dès le 19e jour, tous les signes d'une pneumonie de la base du côté droit ; ce malade, encore en ce moment dans nos salles, est en voie de guérison. La troisième catégorie comprend les cas qui se sont terminés par la mort, la pneumonie étant survenue tardivement chez des malades déjà fortement épuisés par la fièvre typhoïde. C'est, par exemple, le n° 6 de la salle Saint-Luc, garçon de dix-huit ans, chez lequel la défervescence, commencée le 16e jour, s'arrête le 19e, et la fièvre se relève à 120 pulsations et 40° 4/10 ; une pneumonie se déclare et le 25e jour le malade succombe, le poumon droit complètement carnifié. C'est aussi le n° 13 de la salle Sainte-Adélaïde, une femme de vingt-huit ans, qui entre à l'hôpital au 13e jour, avec des râles de bronchite disséminés. Néanmoins, le 16e jour, la défervescence commence, pour s'arrêter tout à coup quatre jours plus tard ; une pneumonie survient et la mort emporte le malade au 23e jour. Nous avons eu encore deux autres malades où les mêmes accidents survinrent le 23e et le 24e jour. Dans d'autres circonstances, nous avons vu la maladie prendre une très grande gravité dès les premiers jours. Ainsi un individu, couché au n° 6 de la salle Saint-Luc et entré le 8e jour dans un état adynamique profond, succombait le soir même avec une pneumonie assez étendue. Ainsi également une nourrice, entrée aussi le 8e jour, mourait très rapidement. De même le n° 10 de la salle Sainte-Adélaïde eut des accidents pulmonaires dès le 7e jour, auxquels elle succomba promptement. Il y avait chez elle splénisation des deux poumons, bien qu'un peu plus prononcée d'un côté. Nous avons encore le n° 16 de la même salle, chez laquelle la pneumonie débuta le 6e jour. Bien que la maladie eût été fort grave, cette femme a pu guérir. Chez d'autres, comme le n° 18 de la salle Saint-Luc, qui était atteint de broncho-pneumonie, les phénomènes respiratoires oscillèrent depuis le 14e jusqu'au 42e jour, sans menacer un seul instant son existence. Enfin, au n° 11 de la salle Saint-Luc, chez un garçon de vingt-sept ans, la maladie débuta par la pneumonie et se continua par la fièvre typhoïde. Ce fait se rencontre quelquefois, il est important de le savoir au point de vue du diagnostic, car les accidents pulmonaires, en pareil cas, ne sont pas une complication de la maladie puisque celle-ci n'existe pas encore, mais une de ses manifestations, car au 8e jour de la pneumonie on voyait apparaître les taches rosées lenticulaires.

Chez un de nos malades nous avons vu aussi survenir une pleurésie qui s'est terminée par la mort. Cette affection n'est pas très rare dans le cours de la fièvre typhoïde, elle est généralement secondaire des accidents pulmonaires. Elle reste quelquefois bornée à un léger épanchement ; d'autres fois ce sont de véritables fluxions pleurales analogues à ce que l'on voit dans la fluxion pulmonaire.

Enfin on observe parfois des accidents de gangrène du poumon ; mais ils sont assez exceptionnels et sont probablement le résultat de quelque infarctus. Nous en avons eu un cas au n° 16 de la salle Saint-Luc, chez un homme qui présenta aussi un épanchement pleural avec congestion pulmonaire assez intense.

En résumé, sur 51 malades, nous avons constaté 16 cas d'affection des voies respiratoires, soit 31 p. 100 ; sur ces 16 cas 7 se sont terminés par la mort, soit 43 p. 100.

Un refroidissement, constaté ou passé inaperçu, a été le plus souvent la cause de ces accidents pulmonaires : aussi ne saurions-nous trop recommander que les malades soient surveillés avec le plus grand soin.

Quant au traitement de ces accidents, nous n'avons que peu de chose à en dire ; ce que nous avons surtout cherché à obtenir, c'est une dérivation par les ventouses et les cataplasmes sinapisés ; nous avons aussi eu recours aux antimoniaux, mais avec la plus grande précaution, et seulement chez les malades chez lesquels les phénomènes intestinaux étaient peu accentués. Enfin la médication tannique, conseillée par Woillez, nous a donné de bons résultats. En même temps nous employions les réconfortants, alcool et quinquina.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 24 novembre 1882. — Présidence de M. Millard.

COMMUNICATIONS

Muguet primitif du pharynx chez un typhique. — M. **Damaschino** complète l'observation qu'il a rapportée dans la dernière séance et qui a trait à un cas de muguet primitif du pharynx, survenu au 28e jour d'une dothiénentérie d'intensité moyenne, chez un jeune homme de vingt-quatre ans. Cette complication coïncida avec une exacerbation vespérale de la fièvre ; le malade accusa en même temps de la sécheresse de la gorge et un peu de gêne de la déglutition. L'examen de la gorge montra, à la surface des amygdales, des piliers et du voile palatin, des petites plaques d'un blanc éclatant et très adhérentes. La bouche était indemne de productions pultacées, mais il existait une production de même nature à la face muqueuse de la lèvre supérieure. L'examen histologique confirma le diagnostic de muguet pharyngé. Les tubes et les spores de l'oïdium albicans existaient en nombre plus considérable qu'à l'ordinaire. La réaction des parties malades était manifestement acide. Le terrain du muguet n'a donc pas fait défaut dans ce cas.

Ce fait est remarquable par la longue persistance du muguet. M. Damaschino a regretté de n'avoir pas eu à sa disposition de l'eau oxygénée qui, dans des cas semblables, lui a donné d'excellents résultats. (Voy. *Gazette des Hôpitaux*, 1880.)

M. Damaschino a observé un autre cas de muguet pharyngo-buccal dans le cours d'une fièvre typhoïde très grave, à forme spinale ; ici les troubles fonctionnels ont été nuls, le malade, plongé dans une prostration absolue, ne pouvant donner aucun renseignement et ne se plaignant aucunement de l'état de sa gorge. Chez ce malade, l'existence du muguet fut constaté simultanément à la gorge et à la bouche. Cette complication n'a évidemment exercé aucune action appréciable sur la terminaison funeste survenue trois jours plus tard.

Il ressort de ces deux faits cet enseignement que le muguet, chez les typhiques, peut affecter tout spécialement le pharynx et qu'il faut, conséquemment, examiner la gorge des dothiénentériques plongés dans l'adynamie.

Les troubles fonctionnels font, dans ces circonstances, tout à fait défaut, et l'examen local seul permet de reconnaître cette complication. Elle peut avoir une certaine influence sur les fonctions digestives. On sait, en effet, depuis les recherches de M. Parrot, que l'oïdium n'existe pas seulement à la superficie des muqueuses, mais qu'il pénètre dans le derme muqueux et parfois même jusque dans les couches musculaires sous-jacentes. Enfin le muguet primitif du pharynx n'est pas aussi rare que l'on avait pu le croire. M. Laboulbène a fait connaître un travail de son interne, M. Brocq, sur ce sujet, avec une observation nouvelle. Peu de temps après,

M. Damaschino en rencontrait un nouvel exemple, sans muguet buccal concomitant, chez un adulte atteint de tuberculose pulmonaire.

En résumé, chez les typhiques, on doit attacher une importance réelle à l'examen de la gorge, celle-ci pouvant être affectée de muguet, alors que la cavité buccale en est indemne. En outre, le muguet primitif du pharynx est probablement moins rare qu'on ne pouvait le supposer par le petit nombre des observations publiées, et il faut tenir compte de ce fait dans le diagnostic différentiel des diverses angines.

M. DUGUET. Je profiterai de l'occasion qui m'est offerte par la communication de M. Damaschino, pour faire part à la Société de ce que j'ai observé cette année, dans mon service, à l'hôpital Lariboisière, au sujet du *muguet primitif du pharynx;* car je crois avoir eu le singulier privilège d'en observer un très grand nombre de cas. Ce matin même, j'en faisais la récapitulation avec mon interne M. Delpeuch.

Dès le commencement de l'année, je fus à même d'en rencontrer plusieurs exemples chez des malades cachectiques, tuberculeux, cancéreux et même cirrhotiques.

Quand survint l'épidémie de fièvre typhoïde, le nombre des muguets de la gorge prit, dans mon service, des proportions incroyables. Il est vrai qu'il m'est arrivé d'avoir simultanément, dans mes deux salles, jusqu'à quatre-vingts malades atteints de fièvre typhoïde.

Dans ma salle d'hommes, j'ai compté environ une quarantaine de cas; dans ma salle de femmes, avec un nombre de fièvres typhoïdes toujours moindre, une dizaine de cas seulement; ce qui constitue, pour mon seul service, une cinquantaine de cas de muguet primitif de la gorge. J'ajouterai que je me suis trouvé à même d'observer et de faire voir, en ville, à plusieurs confrères, cinq à six cas de fièvres typhoïdes graves présentant ce muguet primitif de la gorge, absolument identique, par ses caractères, à celui que je voyais dans le même moment à l'hôpital.

Les malades accusaient tous une *dysphagie* dépassant, en intensité, celle que peut donner la sécheresse de la gorge dans la fièvre typhoïde. Beaucoup se trouvaient dans l'impossibilité d'avaler, et la plupart rejetaient les boissons ou même vomissaient. Or on sait que le *vomissement* n'est point un accident qui cadre avec la symptomatologie habituelle de la dothiénentérie.

En faisant ouvrir la bouche à ces typhiques, on trouvait toujours le voile du palais, rarement la paroi postérieure du pharynx, presque toujours les piliers et les amygdales, quelquefois les parois buccales, les joues et la langue, presque jamais les gencives et les lèvres, couverts d'un enduit blanc, grisâtre, plaqué, peu épais, bordé sur les confins d'un pointillé semblable à des grains de semoule cuits; le tout assez facile à détacher et reposant sur une muqueuse rouge et comme dépouillée de son épithélium. Ces concrétions toujours confluentes du voile, du palais, y formaient des plaques occupant toute la face antérieure du voile et coiffant très souvent la luette. Elles représentaient tellement bien l'image du muguet primitif de la gorge que M. Damaschino vous a présentée ici même en 1880, que j'ai plusieurs fois montré cette planche à mes élèves, en leur faisant remarquer combien la ressemblance avec les cas que nous avions nous-mêmes sous les yeux était parfaite. Avec cela, point d'engorgement des ganglions sous-maxillaires.

Chez tous nos malades nous avons pu très rapidement, souvent en vingt-quatre heures, faire disparaître totalement ces concrétions crémeuses, à l'aide de badigeonnages répétés avec un collutoire au miel rosat boraté ou avec une solution concentrée de bicarbonate de soude. Le lendemain ou le surlendemain, la muqueuse palatine se montrait comme dépouillée, d'un rouge vif, ne présentant plus que quelques points clairsemés de concrétions parasitaires et, grâce à la continuation des badigeonnages et des lotions à l'eau bicarbonatée, finissait promptement par offrir une netteté parfaite. Mais, chose remarquable, le muguet avait une tendance étonnante à reparaître sur les mêmes surfaces qu'il avait précédemment occupées; dans quelques circonstances, il était d'une ténacité dans ses retours offensifs qui faisait le désespoir de la religieuse de ma salle d'hommes. Or cette religieuse consacrait chaque jour une heure et demie environ à surveiller et soigner elle-même la gorge de mes malades.

Malgré des soins si attentifs, j'ai failli en perdre deux d'inanition causée par le muguet dans les conditions suivantes: Une femme, âgée de vingt-huit ans, avait été atteinte de fièvre typhoïde ataxo-adynamique grave, compliquée sur la fin d'une phlébite double des membres inférieurs; un homme, âgé de trente-cinq ans, avait présenté une fièvre adynamique sévère d'une durée de quatre semaines également. Tous deux avaient offert, dans le cours de leur maladie, ce muguet tenace, récidivant, et, en fin de compte, ils étaient arrivés à la période de convalescence sans que le muguet eût dit son dernier mot. Depuis plusieurs jours déjà ils étaient sans fièvre, mais ils restaient hâves; leur appétit ne se réveillait pas, loin de là; ils ne voulaient plus, ils ne pouvaient plus rien prendre, souffraient considérablement pour avaler, rejetaient et vomissaient toute espèce de boisson, le bouillon, le lait, l'eau rougie, tout absolument; ils pâlissaient, se décharnaient à vue d'œil, tombaient dans une faiblesse extrême qui faisait craindre très prochainement une issue fatale, sans qu'aucune des complications ordinaires de la convalescence de la fièvre typhoïde pût être invoquée. Le spectacle était navrant. Persuadé que ce dépérissement rapide devait se rattacher à l'inanition et celle-ci aux ravages causés par le muguet, qui s'était propagé de la gorge à l'œsophage et de là à l'estomac, je ne craignis pas d'alcaliniser outre mesure des malades déjà si compromis, et je leur fis prendre 3 à 4 grammes de bicarbonate de soude à l'intérieur, chaque jour, tantôt dans du lait, tantôt dans de l'eau, tout en continuant les badigeonnages et les lotions alcalines du pharynx. J'eus la satisfaction de voir, du jour au lendemain, un changement favorable; il y eut bientôt moins de dysphagie, moins de rejet des liquides; en trois ou quatre jours, mes malades ne vomissaient plus et prenaient des boissons alimentaires; en moins de huit jours le vin, les potages, les œufs étaient supportés, et, au bout de quinze jours, ils étaient sur pied, se nourrissant bien, et récupéraient leur force musculaire comme les autres convalescents. Tous deux guérirent ainsi parfaitement.

Il y a loin de ces muguets primitifs de la gorge à l'angine diphtéritique. Durant l'épidémie qui vient de sévir, je n'eus qu'un cas de complication d'angine de cette nature, il y a quelques jours à peine, chez une femme de vingt-neuf ans, arrivée à la période de convalescence. Les plaques diphtéritiques, d'un blanc plus nacré, occupaient les mêmes surfaces que le muguet de la gorge, mais avec des confins non semés de grains riziformes. Ici, je vous prie de le croire, les badigeonnages au miel boraté et les solutions alcalines n'ont point fait disparaître les fausses membranes du jour au lendemain, comme nous l'avions vu dans tous nos cas d'angine crémeuse. Elles ont résisté fortement, sans se modifier par les applications réitérées du collutoire et du bicarbonate; elles ont fini cependant par s'amincir et se dissiper à la longue, au bout d'une huitaine de jours, faisant perdre à la malade une partie de sa luette; aujourd'hui cette femme est entièrement guérie.

M. BUCQUOY a observé deux ou trois cas analogues, dans lesquels est survenu un muguet qui a failli compromettre la convalescence de fièvres typhoïdes d'intensité moyenne. Quelquefois ce muguet persistant s'étend à l'œsophage et à l'estomac. Il faut donc tenir compte de la possibilité de l'extension du muguet jusque dans l'estomac.

M. GUYOT a toujours soin de faire badigeonner la gorge et les gencives des malades atteints de fièvre typhoïde avec de l'eau de Vichy, au point de vue de la conservation des dents. Cette précaution est également utile dans le but de prévenir l'apparition de ce muguet.

M. DAMASCHINO fait remarquer que M. Duguet a assisté à une véritable épidémie de muguet dans laquelle la contagion paraît avoir joué un très grand rôle.

M. DUGUET. En ce qui concerne la contagion, s'il est vrai qu'on

peut lui rapporter, à la rigueur, un certain nombre de cas de muguet du pharynx développés sous nos yeux à l'hôpital, il est impossible d'invoquer son influence pour la moitié des cas au moins que nous avons observés et qui présentaient cette variété de muguet le jour de leur entrée dans nos salles. Comment invoquer également la contagion pour les cas que j'ai observés en ville, sporadiquement et dans des quartiers différents? Il faut tenir compte, il me semble, en pareil cas, des conditions d'acidité des muqueuses digestives propres à la maladie, et reconnaître dans cette fréquence et dans cette forme toute particulière du muguet quelque chose de spécial et d'inhérent sans doute au génie de l'épidémie actuelle.

M. BUCQUOY s'étonne d'entendre M. Damaschino vanter l'emploi du miel rosat dans le traitement du muguet, les préparations sucrées favorisant les fermentations buccales.

M. DAMASCHINO a obtenu de bons résultats de l'emploi du miel rosat et du borax, mais l'eau oxygénée donne des résultats plus favorables encore.

M. DU CASTEL a vu un grand nombre de malades entrer à l'hôpital avec le muguet. Il y a là un véritable génie épidémique.

M. TROISIER rappelle que M. Vulpian emploie avec succès l'acide borique contre le muguet.

Emploi de la résorcine. — **M. DESNOS** présente, de la part de M. Peyraton, un travail sur ce sujet. La résorcine a été employée dans le traitement de la phtisie, du rhumatisme articulaire aigu et de la fièvre typhoïde. Dans la phtisie, dans le rhumatisme, elle n'a produit aucun effet. Dans la fièvre typhoïde, elle abaisse notablement la température, en donnant lieu à des sueurs profuses comme l'acide phénique, dont elle n'a pas les inconvénients.

Portions d'aliments simulant des helminthes. — **M. LABOULBÈNE** présente une pièce qui a été rendue avec les produits de la digestion, qui ressemble exactement à un ver intestinal et qui n'est autre chose qu'un tendon.

M. DUGUET. La présentation que vient de nous faire M. Laboulbène offre un intérêt incontestable, elle nous met en garde contre certaines causes d'erreur. J'observe en ce moment, dans mon service à Lariboisière, un fait analogue. Il s'agit d'une jeune femme hystérique qui se croit habitée par une série d'animaux malfaisants : cette croyance repose toutefois sur quelque chose de réel, car elle est atteinte d'*entérite pseudo-membraneuse;* or de temps en temps, au milieu des concrétions glaireuses qu'elle rend en allant à la selle, nous trouvons des portions d'aliments non digérés, des aponévroses nettement coupées et comme disséquées, des artères musculaires avec leurs branches qui les rendent reconnaissables et qui sont dépouillées des fibres musculaires digérées en passant dans les voies digestives. Il est certain que ces corps étrangers proviennent de substances alimentaires, de morceaux de viande avalés gloutonnement sans avoir été ni sectionnés ni travaillés par la mastication.

Hystérie chez l'homme. — **M. SEVESTE** rapporte deux nouveaux cas d'hystérie bien caractérisée chez l'homme.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Lille. — M. Houzé de l'Aulnoit, professeur de clinique chirurgicale, est autorisé à se faire suppléer, pendant le premier semestre de l'année scolaire 1882-1883, par M. Paquet, professeur de médecine opératoire.

M. Parise, professeur de clinique externe, est autorisé à se faire suppléer, pendant le premier semestre de l'année scolaire 1882-1883, par M. Folet, professeur de pathologie externe.

M. Laffont, docteur en médecine, licencié ès sciences, est chargé du cours de physiologie, pendant l'année scolaire 1882-1883.

M. Demon, docteur en médecine, chargé des fonctions d'agrégé, est chargé, pendant l'année scolaire 1882-1883, du cours d'anatomie, en remplacement de M. Puel, décédé.

M. Morelle, pourvu du diplôme de pharmacien supérieur, est maintenu, pendant l'année scolaire 1882-1883, dans les fonctions de maître de conférences de physique.

M. Goulard, agrégé, est nommé, pour l'année scolaire 1882-1883, maître de conférences d'accouchements.

M. Looten, docteur en médecine, est chargé, pour l'année scolaire 1882-1883, des fonctions de maître de conférences sur les maladies des enfants.

M. Moniez, docteur ès sciences, docteur en médecine, est maintenu, pendant l'année scolaire 1882-1883, dans les fonctions de maître de conférences d'histoire naturelle.

M. Jaquié est nommé aide-préparateur du laboratoire des travaux chimiques, en remplacement de M. Fyotte, démissionnaire.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. le docteur Rabot est nommé chef de clinique médicale; M. le docteur Gangolphe est nommé chef de clinique chirurgicale; M. le docteur Chambard est nommé chef de clinique des maladies syphilitiques et cutanées; M. le docteur Royer est nommé chef de clinique des maladies mentales.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Bouisson, professeur de médecine opératoire, est autorisé à se faire suppléer dans son cours pendant le premier semestre de l'année scolaire 1882-1883, par M. Tédenat, agrégé.

M. Lannegrace, agrégé, est chargé, pendant la même année scolaire, du cours de physiologie.

M. Ville, délégué dans les fonctions de chef des travaux de physique et de chimie, est nommé chef des travaux chimiques (emploi nouveau).

— *École de médecine de Nantes.* — M. Camaret (Joseph-Marie) est nommé préparateur de physique et d'histoire naturelle, en remplacement de M. Guilbaud, démissionnaire.

M. Berger (Prosper-Joseph) est nommé préparateur de chimie et de pharmacie, en remplacement de M. Réby, démissionnaire.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. Delage, docteur ès sciences naturelles, est chargé des fonctions de maître de conférences de zoologie, pendant la durée du congé accordé à M. Joliet (du 1er novembre 1882 au 1er novembre 1883).

M. Boitel, agrégé des sciences physiques, est nommé préparateur du laboratoire de physique, en remplacement de M. Curie, démissionnaire.

— *Faculté des sciences de Caen.* — M. le professeur Morière est maintenu, pour trois ans, dans les fonctions de doyen de ladite Faculté.

— *Faculté des sciences de Lyon.* — M. le professeur Loir est maintenu, pour trois ans, dans les fonctions de doyen de ladite Faculté.

— Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. Houzé de l'Aulnoit, l'éminent professeur de clinique externe de la Faculté de médecine de Lille.

— Par décision ministérielle du 16 novembre 1882, M. Davezac, médecin aide-major de première classe hors cadre, actuellement professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux, rentre dans le cadre pour prendre rang du 18 juin 1878, et est nommé au 9e d'artillerie, à Castres.

— Par décret du 20 novembre 1882, ont été nommés:

Médecin aide-major de deuxième classe : MM. les médecins stagiaires Hutin, Mosimann, Béchard, Petit, Stroebel, Lafille, Meunier, Raynal, Février, Carlier, Monnot, Lepagnez, Pailloz, Basin, Boucher, Godin, Debrie, Desprez, Barberet, Fabre, Robert, Tayac, Vachez, Sabatier, Bernard, Gruet, Baratte, Mesnier, Toussaint, Segrestan, Poirier, Pelletier, Germaix, Pélix, Jette, Vogelin, Chameroy, Clavelin, Boussavit, Dupeyron, Dumontier, De Poul de Lacoste, Billet, Galibern, Piot, Landouzy,

Ott, Cornille, Bodeau, Cot, Pascaud, Bonnamy, Pruniéras, Rostan, Delorme, Doze et Dève.

Au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe : MM. les pharmaciens stagiaires : Vaudin, Manget, Ricard, Pauleau, Varenne, Rouvet, Évesque, Bremer, Adam, Jaudos et Rougnon.

— Par décrets en date du 20 novembre 1882 sont nommés, dans le cadre des officiers de l'armée territoriale, les médecins retraités dans les conditions de la loi du 22 juin 1878, dont les noms suivent :

M. Muller (Cyrille-Adolphe-Auguste), au grade de médecin principal de deuxième classe; M. Noel (François-Félix-Raymond), au grade de médecin-major de première classe. (Emplois vacants par organisation.)

— M. Léon Vaillant, professeur de zoologie (reptiles, batraciens et poissons) au Muséum, ouvrira ce cours le jeudi 30 novembre 1882 à une heure, dans la salle des conférences du laboratoire d'erpétologie (ménagerie des reptiles) et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

— M. Mangin soutiendra, à la Faculté des sciences de Paris, le 29 novembre 1882, à 2 heures, pour obtenir le grade de docteur ès sciences naturelles, la thèse suivante : Origine et insertion des racines adventives et modifications corrélatives de la tige chez les monocotylédones.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 13703.

43

Eaux minérales de Vals. Acidules, Gazeuzes, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre.	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude...	1.480	5.800	5.946	6.040	6.280
— de potasse.	0.040	0.263	0.230	0 263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0 029
Chlorure de sodium....	0.060	1.200	1.080	0 100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives* Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux :* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie ; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux..		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

36

Vin de Baudon antimonio-phosphaté. TONIQUE, RECONSTITUANT,

Bien supérieur à l'huile de foie de morue. Affaiblissement général, anémie, lymphatisme, scrofule, rachitisme, affections catarrhales, phthisie et suppurations prolongées.

Utile pendant la grossesse et l'allaitement.

Ph. Baudon, 11, r. des Francs-Bourgeois, Paris.

42

MALADIES DE L'ESTOMAC

DIGESTIONS LABORIEUSES

Poudres et Pastilles de Paterson

BISMUTHO-MAGNÉSIENNES

digestives, absorbantes, antigastralgiques contre les douleurs d'estomac, les digestions pénibles, le manque d'appétit, les aigreurs et les vomissements.

Adh. DETHAN, pharmacien, rue de Strasbourg, 10, à Paris, et dans toutes les pharmacies de France et de l'étranger. *Paterson*

40

VIANDE ET QUINA.

Vin Aroud au quina

et aux principes solubles de la Viande.

MÉDICAMENT ALIMENT d'une supériorité incontestable sur tous les vins de quina et sur tous les toniques et nutritifs connus, renfermant tous les principes solubles des plus riches écorces de quina et de la viande, représentant par 30 gr., 3 gr. de quina et 27 gr. de viande. — Prix : 5 fr.

Se vend chez J. Ferré, pharm., 102, *r. Richelieu*, successeur de Aroud, Paris, *et toutes pharm. de France et de l'étranger.*

75

Préparations iodo-créosotées

et créosotées de B. Bain : VIN, HUILE et CAPSULES. — Phie, 56, rue d'Anjou-St-Honoré.

38

Coton iodé préparé par **J. THOMAS** *pharmacien de 1re classe.*

Le Coton iodé est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique, dont on peut graduer les effets à volonté. On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hopitaux de Paris : le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc., ont été guéris, sans lésions de la peau, en un court espace de temps.

48, avenue d'Italie, Paris, et toutes les pharm.

73

Névroses. — Sirop Collas au BROMURE double de POTASSIUM et de LITHIUM. — Dose : 2 à 3 cuillerées par jour.

Le *Bromure de Lithium* est un des plus puissants sédatifs dans le traitement des maladies nerveuses, car il contient 91,95 de Brôme pour 100 parties.

Diathèse urique. Pilules Collas au BROMURE de LITHIUM. — Dose : 4 ou pilules par jour.

Le *Bromure de Lithium* est un des meilleurs modificateurs de la *diathèse urique*, puisque un gramme de ce *Bromure* neutralise quatre grammes d'acide urique.

Dépôt pharmacie Collas, 8, r. Dauphine, Paris

17

Quina Anti Diabétique **Rocher**

Préparation spéciale contre le DIABÈTE *A base de* GLYCÉRINE *redistillée et chimiquement pure.*

Les expériences faites sur des Malades ont donné de très-beaux résultats.

M. Rocher met à la disposition de MM. les Médecins des Flacons d'échantillons qu'il envoie *gratis*, à titre d'expérimentation, sur demande adressée à la Pharmacie Rocher, 1, rue Perrée, à Paris. — Flacon : **3 fr. 50.**

5

Dragées Meynet

D'EXTRAIT DE FOIE DE MORUE.

100 dragées : 3 fr. Plus efficaces que l'huile. Ni dégoût, ni renvois. Notice, échantillons, envois gratis. PARIS. Pharm. 31, r. d'Amsterdam.

107

Elixir et Vin de Coca, de Joseph **BAIN**, pharmacien de 1re classe

Tonique et fortifiant, stimulant énergique, puissant réparateur des forces épuisées. — Convient merveilleusement, en raison de ses propriétés alimentaires, là où le quinquina est impuissant. E. FOURNIER et Ce, 56, rue d'Anjou St-Honoré.

123

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales phies.

110

Vichy, Pastilles digestives

Fabriquées à Vichy, avec les Sels extraits des Eaux. Elles sont d'un goût agréable et sont prescrites contre les aigreurs et les digestions difficiles.

Boites de 1, 2 et 5 fr.

SELS DE VICHY POUR BAINS

Le rouleau pour un bain, 1 fr. 25.

SUCRE D'ORGE DE VICHY

Excellent Bonbon digestif. Boites de 1, 2 et 3 f.

Exiger sur les produits ci-dessus les marques de la Compagnie.

A Paris, 22, boulevard Montmartre ; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré, où se trouvent à prix réduits toutes les eaux minérales naturelles sans exception.

65

Vin du docteur Forestier

TONIQUE RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE

Au Quinquina, Pyrophosphate de fer, Oranges amères et Malaga.

Voir : Traité de Thérapeutique, *Trousseau et Pidoux.* — Commentaires du Codex, *Gubler.*

Paris, ph. Bosredon, r. des Francs-Bourgeois, 11.

22

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

23

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire ; apaise les douleurs des reins et de la vessie ; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boite : DEUX francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou, et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

7

Les Dragées Carbonel

AU PERCHLORURE DE FER PUR.

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant quatre gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE francs.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

87

Sirop de digitale de Labélonye

Ce Sirop, à la fois excellent sédatif et puissant diurétique, est employé depuis trente ans avec un succès constant par les médecins de tous les pays, contre : *Maladies du cœur*, diverses *Hydropysies*, *Bronchites nerveuses*, *Coqueluches*, *Asthmes* et *Catarrhes chroniques*, enfin dans tous les *troubles de la circulation*.

Dépôt général : LABELONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

50

Institut orthopédique

28, rue Lauriston. Traitement des difformités de la taille, gibbosités, pieds-bots, fausses ankyloses du genou, torticolis, coxalgies. — Médecin en chef : E. Duval, seul élève de son père, le docteur V. Duval, directeur pendant plus de quarante ans des traitements orthopédiques dans les hôpitaux de Paris. — Jardin, gymnase.

82

Diathèse urique

Goutte, gravelle, rhumatisme, diabète, albuminurie, coliques néphrétiques, coliqes hépatiques.

CARBONATE DE LITHINE.
CITRATE DE LITHINE.
BENZOATE DE LITHINE.
SALICYLATE DE LITHINE.
BROMHYDRATE DE LITHINE.

Granulés effervescents de Ch. LE PERDRIEL.

Les sels granulés effervescents étant très-solubles, la Lithine est sûrement assimilée.

Vingt ans de succès.

Paris, 9, rue Milton et dans toutes les pharm.

97

Pelletiérine de Tanret

Lauréat de l'Institut.

C'est le tænifuge le plus sûr et le plus facile à prendre. Elle ne se délivre que par doses préparées pour adultes et avec le mode d'emploi.

LA PELLETIÉRINE TANRET EST ADOPTÉE PAR LA MARINE ET LES HOPITAUX DE PARIS.

Paris, phie Tanret, 64, rue Basse-du-Rempart.

N° 138. — JEUDI 30 NOVEMBRE 1882. 55e ANNÉE. JEUDI 30 NOVEMBRE 1882. — N° 138.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Suite de la discussion sur la fièvre typhoïde.

L'ordre des inscriptions a successivement appelé à la tribune M. Lancereaux, M. Léon Colin et M. Bouchardat.

La thérapeutique n'a eu dans le débat qu'une part très effacée. M. Lancereaux seul a fait connaître l'ensemble des moyens qu'il a mis en pratique dans son service de la Pitié et le résultat général qu'il en a obtenu. Son traitement est basé sur les indications : Bains tièdes, digitale pour agir sur l'abaissement de la température et du pouls; laudanum pour combattre les phénomènes ataxiques; purgatifs, lavements froids et glace contre le météorisme; ventouse et ipéca contre les complications des voies respiratoires; lavements phéniqués contre la fétidité des garde-robes, etc.

Sa méthode diffère peu, comme on le voit, de la méthode la plus généralement adoptée telle que l'ont formulée, dans la séance précédente, MM. Hardy et Dujardin-Beaumetz. Quant à son résultat général, il aurait été plutôt favorable, la mortalité de 5 sur 52 qu'il a accusée étant un peu inférieure à la moyenne. Mais, malgré ce résultat assez heureux et dont il a, en somme, à se louer, M. Lancereaux n'en constate pas moins que nous sommes destinés à voir la fièvre typhoïde exercer ses ravages pendant longtemps encore parmi nous, si nous n'avons d'autres moyens de la combattre que ceux qui nous sont fournis par la thérapeutique. Aussi est-ce à l'étiologie et à la prophylaxie qu'il a consacré la meilleure part de son argumentation, la thérapeutique n'en a été que l'accessoire ou le complément.

L'étiologie, M. Lancereaux ne la recherche ni dans la contagion ni dans l'encombrement; il la circonscrit tout entière dans ce dilemme : C'est l'air ou c'est l'eau qui renferme les germes typhiques. La recherche étant plus facile dans l'eau que dans l'air, en même temps que celle-là lui paraît plus suspecte que celui-ci, c'est du côté de l'eau qu'il veut qu'on dirige les investigations, mais pour cela il faut le concours de l'administration et il lui fait un appel direct.

M. Léon Colin n'a traité que la question d'étiologie; mais il l'a fait en épidémiste consommé qu'il est et avec une largeur qui place son argumentation au rang des meilleures, à côté de celles de MM. Proust, Rochard, Noël et Henri Gueneau de Mussy. Il nous a paru, sur tous les points qu'il a traités, s'approcher d'autant plus de la vérité, qu'il a été moins exclusif et moins simpliste (qu'on nous passe ce mot) en étiologie, envisageant la question dans sa complexité naturelle et embrassant dans une large compréhension les éléments multiples et divers de la pathogénie typhoïde, les conditions de milieu, l'encombrement, le miasme humain, et enfin cet agent inconnu, mais qui ne s'en impose pas moins à l'esprit et qu'il faut bien appeler par son nom, quelque résistance qu'on doive attendre des idées scientifiques modernes, le génie épidémique.

M. Bouchardat n'a pu que commencer son discours; mais, d'après le peu que nous en avons entendu, il nous a paru qu'en matière d'étiologie entre les « simplistes » et les « complexistes », il se placerait à côté de M. L. Colin dans le camp de ces derniers.

HOPITAL NECKER. — M. Trélat.

I. Tumeur squirrheuse du sein. — II. Pied bot rebelle, ténotomie, redressement mécanique, plusieurs récidives, tarsotomie.

I. Je vais opérer une femme de trente-quatre ans, petite et maigre, d'une tumeur du sein droit. L'origine serait un coup assez violent reçu sur le sein, il y a huit ans environ, sans avoir déterminé ni plaque contuse ni plaie, mais seulement une douleur peu intense et surtout nullement persistante. En effet, peu de temps après elle était complètement rétablie et c'est trois ans plus tard seulement qu'elle éprouva, pour la première fois depuis son accident, quelques douleurs dans le sein droit. En même temps elle s'aperçut pour la première fois aussi de l'existence dans le même organe d'une petite tumeur à peine grosse comme le bout du doigt, ronde et glissante sous la main. A ce moment on se borna à lui faire quelques applications de collodion.

La tumeur continua lentement à progresser, augmentant peu à peu de volume et donnant lieu, principalement au moment des règles, à quelques picotements, et ce fut tout.

J'ajouterai que cette femme n'est ni syphilitique ni scrofuleuse.

Si maintenant nous examinons les parties malades, nous trouvons un sein tout petit, plat et mince, présentant en

dedans une tumeur lobée, ferme, immédiatement sous-jacente à la peau avec laquelle elle n'a contracté aucune adhérence. Au contraire, elle est très mobile et glisse sous le doigt, elle est très peu douloureuse au toucher et mesure 4 centimètres de hauteur sur 5 de large. Cette tumeur serait encore peu de chose, si elle ne confinait à une autre partie de la glande mammaire, d'un aspect tout différent, indurée, tuméfiée, atteinte enfin d'une néoplasie, dont il s'agit maintenant de déterminer la nature.

Si l'on saisit à pleine main la totalité de la glande, on reconnaît qu'elle est tout à fait mobile. Sur les côtés, dans le creux de l'aisselle, on trouve bien deux petits ganglions, il est vrai ; mais ils n'ont ni l'induration ferme, ni la rondeur d'un néoplasme. La santé générale est bonne, et la maladie n'a jamais eu sur elle aucun retentissement jusqu'à ce jour.

Au premier abord, l'origine traumatique de la tumeur remontant à huit ans, son apparition datant de cinq années, et son évolution jusqu'à ce jour, pourraient faire songer à un fibrome. Mais la tumeur ici est unique et se divise en deux parties, dont l'une tout au moins n'est certainement pas fibromateuse. Pourrait-on penser à quelque sarcome en raison même de l'origine et de la lenteur de l'évolution ? La fermeté de la tumeur dans sa moitié interne et sa progression dans sa moitié externe doivent nous faire repousser ce diagnostic, de telle sorte que, si nous tenons compte aussi de l'âge de la malade, nous serons portés à reconnaître un cancer dur, un carcinome ou squirrhe du sein.

Je me réfère aussi pour cette hypothèse au cas, récent de deux ou trois mois, d'une femme que nous avons eu dans le service, et chez laquelle nous avons trouvé une tumeur absolument analogue, ferme, dure, sans aucun retentissement, et dont la coupe nous a démontré la nature franchement squirrheuse : les tumeurs sont de celles qui peuvent durer pendant quinze ou vingt ans et même davantage sans s'ulcérer. Je me rappelle le fait d'une malade dont la tumeur carcinomateuse du sein ne s'ulcéra ainsi qu'au bout de vingt-deux ans.

II. Il y a trois mois environ, je vous ai fait une leçon sur un jeune garçon atteint d'un pied bot varus équin des plus rebelles, d'origine médullaire datant de 1876, consécutif à un abcès suite d'une maladie de Pott. Je ne reviendrai pas sur ce que je vous ai dit à cette époque, je me bornerai à vous rappeler qu'il entra à Beaujon, en 1877, où l'équinisme du pied fut seul guéri par la ténotomie du tendon d'Achille. On lui aurait proposé à cette époque l'amputation du pied. Trois ans plus tard il vient dans mon service de la Charité en très mauvais état, souffrant encore de son mal de Pott, dont j'achevai d'abord la guérison pour m'occuper ensuite de son pied bot par une nouvelle section du tendon d'Achille. Cette opération étant restée sans résultat, je fis placer le membre inférieur dans un appareil spécialement construit par M. Colin, qui prit le pied dans son articulation tibio-tarsienne et, au moyen de vis latérales et d'une tige transversale, nous permit d'en faire le redressement. Les manœuvres auxquelles nous eûmes alors recours furent couronnées d'un plein succès, et le pied fut rétabli à angle droit sur la jambe et placé ensuite dans un appareil plâtré. Plus tard, grâce à un soulier particulier dans sa forme, notre jeune garçon put marcher convenablement. Peu de temps après il quittait l'hôpital.

Tant que la chaussure fut en bon état, le pied resta dans une bonne position ; mais, peu à peu, son soulier vint à s'user ; notre malade, peu intelligent, insouciant, négligent et malpropre, n'en eut aucun souci et le remplaça à un moment donné par une chaussure ordinaire. Bientôt la déviation, si péniblement combattue, peu à peu reparut, et au mois de janvier dernier il rentrait dans mon service à Necker avec un enroulement du pied tel qu'il existait dix-huit mois auparavant.

Je fis rechercher à la Charité l'appareil de 1880 de M. Colin et pratiquai une nouvelle ténotomie pour lui appliquer ensuite ledit appareil. Cette fois il ne put s'adapter aussi convenablement au pied dont les formes n'étaient plus tout à fait les mêmes et nos tentatives de redressement n'eurent pas les succès d'autrefois. Il y eut bien une certaine amélioration, mais le rétablissement fut insuffisant.

Bref, j'ai fait appel de nouveau à M. Colin pour nous refaire un appareil complètement moulé sur le pied, tel qu'il est actuellement déformé, et pourvu d'une assez grande puissance pour obtenir un bon redressement. C'est donc là aujourd'hui ce que nous allons tenter de faire dans quelques instants. Réussirons-nous ? je ne saurais l'affirmer ; mais si nous venions à échouer, si le résultat obtenu ne nous paraissait pas satisfaisant ou si notre malade était menacé d'une nouvelle récidive, rejetant alors tout nouveau moyen mécanique, nous nous souviendrions qu'il existe un autre mode de traitement pour les cas absolument rebelles comme celui-ci et chez les sujets encore jeunes : je veux parler de la tarsotomie, opération sanglante, il est vrai, faite pour la première fois par les chirurgiens anglais, un peu plus tard par les chirurgiens anglais et allemands, introduite enfin chez nous, où, jusqu'à ce jour, elle ne jouit pas encore d'une grande faveur.

La tarsotomie peut se faire par deux procédés : l'un dans lequel on se borne généralement à extraire un ou deux os du tarse, soit le cuboïde, soit le cuboïde et le scaphoïde. Cette opération a le grave inconvénient de laisser un vide impossible à combler. Aussi en est-on arrivé à lui préférer une opération faite en pleine substance des os, sans se préoccuper des articulations, c'est-à-dire une véritable tarsotomie.

Cette opération n'a pas été faite un très grand nombre de fois ; elle a néanmoins quelquefois donné des résultats satisfaisants et surtout une bonne soudure osseuse, préservant de toute récidive, ce qui est un avantage réel et considérable. Le procédé auquel on a recours dans le cas d'une véritable tarsotomie diffère encore selon la déformation du pied. Ainsi, lorsque l'équinisme prédomine, le coin osseux à enlever doit être surtout astragalien ; s'il y a torsion, varus et enroulement, l'opération portera sur le cuboïde, une partie du scaphoïde et la tête de l'astragale.

C'est donc à la tarsotomie véritable que nous aurons recours si l'opération mécanique ne réussit pas à nous donner le redressement que nous voulons obtenir.

HOPITAL DU MIDI. — M. Charles Mauriac.

Syphilides muqueuses.

I

Avant d'entreprendre l'étude des syphilodermies destructives ou tertiaires, je vais m'occuper d'une question considérable et même de premier ordre dans l'histoire de la syphilis pendant sa phase virulente. Cette question, c'est celle des déterminations spécifiques qui se produisent à

cette époque sur les muqueuses ou sur les parties de la peau qui leur ressemblent. On les a englobées sous une dénomination commune qui, comme beaucoup de mauvaises choses, a eu plus de bonheur qu'elle n'en méritait, car elle est devenue populaire, et, malgré toutes les critiques qu'on en a faites, elle est restée dans le langage courant de la syphiliographie. Qui de vous n'a entendu parler des *plaques muqueuses?* C'est peut-être le mot qui, avec celui de chancre induré, est le plus inséparable de l'idée qu'on se fait de la syphilis. Je ne vois pas grand inconvénient à le conserver. Du reste, les tentatives que je ferais pour le rayer du vocabulaire scientifique seraient sans doute aussi vaines que celles de mes prédécesseurs. Comme cette expression est extrêmement vague et ne met ni en saillie ni en lumière aucune des nombreuses lésions qu'elle prétend désigner, il faut avant tout déterminer sa portée et sa signification. Eh bien ! les plaques muqueuses comprennent toutes les éruptions superficielles et résolutives qui se développent sur le tégument interne et sur la peau transformée en muqueuse. Elles ne sont autre chose que des syphilides érythémateuses et papuleuses modifiées dans leur forme, dans leur processus, dans toute leur manière d'être, par les conditions anatomo-physiologiques du terrain sur lequel elles se sont développées. Ce sont des syphilides dans lesquelles les deux éléments originels, tache érythémateuse et papule, tout en étant histologiquement identiques à ce qu'ils sont sur la peau, subissent cependant des modifications morphologiques assez grandes pour leur donner une physionomie originale qui les éloigne des types dermatopathiques connus et en fait des individualités morbides sans analogues dans le domaine des maladies cutanées. Ces syphilides, quelle que soit leur lésion génératrice, portent donc en elles-mêmes une profonde empreinte de spécificité. Elles sont avec l'accident primitif la lésion la plus éminemment spécifique ; aussi occupent-elles une place capitale et presque à part dans la hiérarchie des manifestations de la syphilis. Certes, vous en trouverez d'autres dont la portée pathologique est incomparablement plus profonde et la sphère d'action plus compréhensive, les gommes par exemple, qui ont pour théâtre la trame du tissu conjonctif interne ou externe, c'est-à-dire l'organisme dans sa totalité. Voilà des lésions très spécifiques aussi, et pourtant elles le sont peut-être moins que les plaques muqueuses. Il serait plus facile de leur trouver des analogues dans la pathologie commune.

Est-ce seulement à leurs caractères extérieurs que les syphilodermies muqueuses sont redevables de leur haute position dans l'étiologie syphilitique? Non. Il y a bien d'autres circonstances plus ou moins importantes qui contribuent à la leur donner.

Mettez en tête *leurs propriétés contagieuses.* Toutes ces syphilides, pendant la phase secondaire et même au delà, peuvent communiquer la syphilis, soit par contagion, soit par inoculation. Elles doivent ces propriétés à ce qu'elles sont *humides* au lieu d'être sèches comme presque toutes les syphilides cutanées, érythémateuses et papuleuses. A leur surface se fait une sécrétion incessante de produits morbides, liquides ou demi-liquides, tout aussi dangereux que ceux qui émanent du néoplasme primitif. — La lésion qui résulte de leur contagion ou de leur inoculation chez les sujets vierges de syphilis est toujours un chancre et non point une plaque muqueuse. Comme le chancre, les syphilides muqueuses ne sont pas *auto-inoculables*, c'est-à-dire que le résultat de leur inoculation est toujours négatif, quand elle est faite sur le sujet qui la porte. Vous verrez quelquefois, il est vrai, ces lésions se produire symétriquement sur des surfaces opposées et en contact ; vous serez peut-être tentés de croire alors que celles qui ont poussé les premières, ont engendré les secondes. Il n'en est rien ; d'abord, elles naissent quelquefois simultanément, et puis, quand elles se produisent successivement dans les mêmes lieux, il n'y a point propagation par le fait de leur contagiosité. Leur coexistence tient à d'autres causes et, entre autres, à toutes ces conditions de terrain, d'humidité, d'irritation par frottement, etc., qui favorisent à un si haut degré la spontanéité d'éclosion qu'elles portent en elles-mêmes. Je vous ai parlé plusieurs fois du rôle si important des syphilides muqueuses, dans l'étiologie de la syphilis. Le sujet vaut la peine qu'on y revienne souvent, et aujourd'hui je vous répète que : *Les syphilides muqueuses sont un agent de contagion syphilitique aussi énergique, aussi actif et beaucoup plus commun que l'accident primitif lui-même : c'est par elles plus que par toute autre lésion de la phase primitive ou de la phase secondaire que la syphilis se propage et se perpétue.* Pour vous en convaincre, rappelez-vous que presque toutes les contagions qui se produisent pendant l'allaitement, dans les rapports réciproques de la nourrice et du nourrisson, n'ont d'autre agent que la plaque muqueuse de la bouche et du sein ; que l'infection syphilitique dans le mariage, qui est loin d'être rare, procède de la même source; qu'il en est ainsi pour celle qui se produit en dehors du mariage dans toutes les classes de la population, et que les nombreux cas de syphilis contractées médiatement se font par l'intermédiaire d'ustensiles de ménage ou d'objets quelconques qu'a souillés le liquide sécrété par ces lésions virulentes, etc. Qu'y a-t-il d'étonnant à cela? Est-ce que les plaques muqueuses ne sont pas infiniment plus nombreuses que les chancres? Est-ce que la durée souvent éphémère de ces derniers peut être comparée à la longue durée des syphilodermies muqueuses qui ne disparaissent un moment que pour repulluler plus tard avec une opiniâtreté, une persistance dont les médications spécifiques les mieux instituées, le traitement local le plus énergique, ne peuvent triompher que momentanément.

C'est, en effet, un des caractères les plus remarquables de ces manifestations que leur aptitude étonnante à récidiver. Par elles chaque individu devient un foyer de contagion qui, s'il s'éteint quelquefois, se rallume aussitôt, foyer peu dangereux pour celui qui le porte et qui l'alimente, mais d'autant plus pour ceux avec lesquels des rapports fortuits ou habituels le mettent en contact.

Par leur indolence, leur insidiosité, leur état latent ignoré ou méconnu, leur insignifiance en tant que lésion, les plaques muqueuses déjouent trop souvent toutes nos précautions. Combien de fois n'ai-je pas vu des gens avertis, qui se tenaient sur leurs gardes et qui surveillaient toutes leurs muqueuses avec la plus minutieuse attention, infecter ceux qui les entouraient! Ne cherchez pas ailleurs que dans les syphilodermies des muqueuses la source de ces contagions mystérieuses, inexplicables, qui se font, pendant toute la période virulente de la syphilis et même à une époque très reculée dès son début. J'ai vu des malades que des accidents profonds, destructifs ou viscéraux avaient fait entrer en plein dans la phase tertiaire, réputée non contagieuse, communiquer néanmoins la syphilis au moyen de petites plaques muqueuses qui survivaient encore et dépassaient le terme ordinaire de leur aptitude à se reproduire.

Leur chronologie doit entrer en ligne de compte pour donner la mesure de leur importance. Parmi toutes les lésions secondaires, ce sont elles qu'on retrouve le plus fréquemment sous les formes les plus variées et dans les lieux les plus favorables à la contagion. Elles sont les premières à apparaître ; elles précèdent même quelquefois les syphilides cutanées les plus précoces. Et puis, tandis que celles-ci s'effacent pour faire place à d'autres, ou que l'action morbide paraît s'être épuisée sur le tégument externe, l'éruption muqueuse repullule et son activité ne s'éteint qu'à la longue, quelquefois trois ou quatre ans après le début de l'accident primitif.

Toutes les circonstances précédentes leur confèrent une bien haute signification spécifique. Ajoutez-y la fatalité qui condamne tous les individus à en être atteints, quels que soient leur âge, leur sexe, leur tempérament, leur constitution, la gravité ou la bénignité de leur maladie constitutionnelle. Dans le vaste ensemble des manifestations générales, ce sont les seules qui peut-être ne font jamais défaut. Vous pourrez rencontrer quelques individus privilégiés, chez lesquels, après un chancre infectant dûment constaté et indiscutable, la peau et les autres organes resteront indemnes de tout accident spécifique pendant plusieurs années et même toujours. Mais je doute qu'il y en ait un seul chez lequel l'intoxication générale ne se traduise pas tôt ou tard par quelque syphilodermie muqueuse, pendant les deux ou trois premières années de la diathèse. C'est un minimum qui est inéluctable.

Des considérations que je viens de vous exposer, il résulte que les syphilides muqueuses ne reproduisent pas fidèlement, comme on l'a soutenu, l'image des syphilides cutanées. Peu importe qu'elles procèdent comme ces dernières d'éléments générateurs identiques. Il n'en est pas moins vrai qu'on trouve en elles un ensemble de conditions cliniques tellement accentuées qu'on est forcé de leur reconnaître une *autonomie* puissante. Elles sont avec le chancre, depuis le début, jusqu'à la fin de leur existence, l'expression la plus concentrée, la plus active et la plus féconde de la spécificité syphilitique. Cette autonomie, quoiqu'elle ne se démente point, a cependant des degrés. Elle atteint toute sa plénitude sur les vraies muqueuses. Elle diminue un peu sur les parties de la peau qui ont revêtu momentanément le caractère des membranes muqueuses; elle s'efface peu à peu et finit par s'éteindre, lorsque l'éruption se fait sur les zones qui servent de limites à ces deux espèces de téguments et va se perdre peu à peu au milieu des syphilodermies franchement cutanées. Il y a là une série de nuances et de transitions insensibles que vous pourrez constater et suivre facilement sur une même région, celles des organes génitaux, par exemple, et en particulier dans le sexe féminin.

Ces préliminaires posés, je vais vous faire l'histoire des syphilodermies muqueuses pendant la période secondaire. Elle est vaste et complexe, et afin de mettre de la méthode et de la clarté dans l'exposition, je diviserai mon sujet en deux parties. Dans la première, je m'occuperai de ces éruptions envisagées en elles-mêmes, dans leur ensemble, et abstraction faite de leur siège; dans la seconde, je les étudierai sur les lieux même où elles se développent, afin de vous faire connaître toutes les particularités qui dérivent de leur topographie.

DES CAUSES DE DÉCÈS DANS CERTAINES PROFESSIONS

La commission de statistique municipale de Paris s'est réunie samedi, aux Tuileries, sous la présidence de M. Vergniaud, secrétaire général de la préfecture de la Seine.

Le président a donné lecture d'une intéressante étude sur les causes de décès pour certaines professions d'un caractère déterminé ou qui présentent, si on les compare entre elles, cette particularité d'être exercées par des individus placés dans des conditions différentes de vie ou d'origine, et soumis, en conséquence, à des influences morbides de diverses natures. Les décès ayant été étudiés au seul point de vue professionnel, il n'a pas été tenu compte des enfants dans ce travail, bien que, dans l'Annuaire de statistique, les décès de ces derniers soient classés d'après la profession exercée par leurs parents, dont ils sont supposés avoir partagé les influences bonnes ou mauvaises.

Les deux professions féminines plus particulièrement l'objet des études du service sont celles de blanchisseuse et de domestique.

La blanchisseuse est, comme on sait, une ouvrière née le plus souvent à Paris : parmi les professions exercées par la femme, il en est peu qui occasionnent une aussi grande fatigue et qui, sous le rapport de l'hygiène, s'exercent dans des conditions plus désavantageuses.

Généralement, au contraire, la domestique est une robuste fille de la campagne ayant passé les premières années dans un milieu salubre et qui offre, à son arrivée dans la capitale, toutes les apparences de la santé la plus vigoureuse.

Comme conséquence de ces organisations différentes, on voit la blanchisseuse résister bien autrement que la domestique aux influences des affections épidémiques, mais succomber plutôt aux maladies des voies respiratoires et à celles du système nerveux. Il est juste d'ailleurs, en ce qui concerne les domestiques, de tenir compte de ce fait que la plupart d'entre elles, lorsqu'elles ont atteint un certain âge, se marient et changent de profession. Le nombre des domestiques jeunes étant relativement plus considérable que celui des blanchisseuses, on s'explique le plus grand nombre de victimes d'affections puerpérales que les premières fournissent.

Du 1er janvier au 1er octobre 1882, 593 blanchisseuses ont succombé, savoir : 28 aux affections épidémiques ; 212 à la phtisie, 1 à l'alcoolisme ; 55 à des affections cancéreuses ; 67 à des maladies du système nerveux et des organes des sens ; 59 à des maladies de l'appareil circulatoire ; 36 de l'appareil digestif ; 11 de l'appareil génito-urinaire ; 12 à des affections puerpérales ; 1 à une maladie du tissu cellulaire ; 2 à des maladies des organes de la locomotion ; 6 par suite de vieillesse ; 3 par accident ; 3 par suicide et 6 pour des causes inconnues.

Pendant le même laps de temps, 555 domestiques du sexe féminin sont mortes, savoir : 115 à la suite d'affections épidémiques, 130 à la suite de phtisie, 37 à la suite d'alcoolisme, 49 à la suite de cancer, 28 de maladies du système nerveux et des organes des sens, 32 de maladies de l'appareil circulatoire, 62 à la suite de maladies de l'appareil respiratoire, 37 à la suite de maladies de l'appareil génito-urinaire, 49 à la suite des affections puerpérales ; 11 à la suite de maladies de la peau et du tissu cellulaire, 2 de maladies des organes de la locomotion, 2 de vieillesse. On compte 16 décès par mort violente, dont 4 sont dus à des accidents et 9 au suicide. Enfin, 2 autres décès sont dus à des causes inconnues.

Les professions masculines sur lesquelles il a été recueilli des données, sont celles des maçons, des cochers et des marchands de vin.

Comme on pouvait s'y attendre, les maçons paient une large part aux affections épidémiques. On verra là, sans doute, la confirmation d'un fait admis universellement : le maçon arrivant le plus souvent de la campagne offre, comme les domestiques, une susceptibilité beaucoup plus grande à contracter les affections régnantes dans la capitale.

On remarquera également le grand nombre de morts accidentelles que cette profession et celle de cocher fournissent et qui sont la conséquence des dangers que leur exercice présente. Toutefois, en ce qui concerne les maçons, le chiffre est vraiment considérable et, pour se l'expliquer, il faut se rappeler le concours d'événements malheureux qui se sont produits dans les premiers mois de cette année.

Bien organisés physiquement, peu de maçons succombent aux maladies de l'appareil circulatoire et à celles de l'appareil digestif, mais les diverses affections des organes respiratoires en font mourir un nombre proportionnellement égal à celui constaté pour les deux autres professions masculines.

L'alcoolisme fait surtout des victimes parmi les marchands de vin : les excès que facilite la profession qu'ils exercent en sont, comme on le conçoit, la raison. C'est à la même cause, assurément, que doit être attribué le grand nombre d'individus de cette profession qui succombent aux maladies de l'appareil digestif.

Je rappellerai, au sujet de cette profession, que les chiffres recueillis comprennent, avec les commerçants établis, les garçons que ceux-ci emploient.

Les cochers, exposés à tous les mauvais temps et ne prenant aucun exercice, meurent plutôt des maladies du système nerveux et des appareils respiratoire et circulatoire. Je noterai que ce sont eux qui, durant la période examinée, ont fourni proportionnellement le plus de suicides.

Sont morts pendant les neuf premiers mois de cette année :

Affections épidémiques : marchands de vin, 27 ; maçons, 57 ; cochers, 26.

Phtisie : marchands de vin, 98 ; maçons, 93 ; cochers, 84.

Alcoolisme : marchands de vin, 17 ; maçons, 5 ; cochers, 3.

Cancer et autres affections générales : marchands de vin, 19 ; maçons, 9 ; cochers, 8.

Maladies du système nerveux et des organes des sens : marchands de vin, 38 ; maçons, 20 ; cochers, 37.

Maladies de l'appareil circulatoire : marchands de vin, 18 ; maçons, 8 ; cochers, 22.

Maladies de l'appareil respiratoire : marchands de vin, 64 ; maçons, 56 ; cochers, 60.

Maladies de l'appareil digestif : marchands de vin, 29 ; maçons, 8 ; cochers, 10.

Maladies de l'appareil génito-urinaire : marchands de vin, 9 ; maçons, 5 ; cochers, 8.

Maladies de la peau et du tissu cellulaire : marchands de vin, 6 ; maçons, 8 ; cochers, 7.

Maladies des organes de la locomotion : marchands de vin, 2 ; maçons, néant ; cochers, néant.

Vieillesse : marchands de vin, 1 ; maçons, 5 ; cochers, 4.

Mort violente, accidentelle : marchands de vin, 1 ; maçons, 33 ; cochers, 9.

Mort violente, volontaire : marchands de vin, 8 ; maçons, 12 ; cochers, 12.

Mort violente, douteuse : marchands de vin, 2 ; maçons, 6 ; cochers, 5.

Causes inconnues : marchands de vin, 2 ; maçons, 3 ; cochers, 1.

Totaux : marchands de vin, 341 ; maçons, 328 ; cochers, 296.

A la suite de cette lecture, une sous-commission, composée de MM. les docteurs Chervin, Bourdon, Lamouroux, Du Mesnil et Jacques Bertillon, a été nommée à l'effet de rechercher les influences professionnelles sur les causes de décès.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 novembre 1882. — Présidence de M. Gavarret.

CORRESPONDANCE

Elle comprend : 1° une lettre de M. le docteur Ferret (de Port-d'Euvaine), accompagnant l'envoi d'une note sur une épidémie de fièvres graves qui sévit à Saintes ; 2° un rapport médical sur une épidémie de variole observée à l'île d'Yeu (Vendée), par le docteur Robuchon ; 3° une note de M. Husson, pharmacien à Toul, sur les causes qui peuvent rendre le lait plus aqueux ; 4° un travail de M. le docteur Chavernac (d'Aix), intitulé : *Extraction de la cataracte, retour à la méthode de Daviel ;* 5° une étude clinique sur une épidémie de fièvres d'origine tellurique à types particuliers, observée à Saint-Dié par le docteur Grollemund ; 6° une note sur le traitement des teignes, par le docteur Gramoisy.

M. le Président déclare une vacance dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale, par suite du décès de M. Pidoux.

LECTURE

M. Moser lit un travail sur l'emploi d'un cautère actuel instantané ou crayon-feu.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA FIÈVRE TYPHOIDE

M. Lancereaux rappelle que la fièvre typhoïde présente chaque année, vers le mois de juillet, une recrudescence telle que cette date doit être considérée comme le début d'une véritable épidémie. Cette année, après avoir présenté à cette époque son exacerbation habituelle, la fièvre typhoïde avait diminué dans les mois suivants quand, à partir du 25 ou 26 septembre, se manifesta une poussée nouvelle qui a été le point de départ de l'épidémie actuelle. En admettant que la fièvre typhoïde ait une quinzaine de jours d'incubation, ce serait du 10 au 15 septembre que l'infection paraîtrait s'être produite. Que s'est-il donc passé à ce moment ?

M. Lancereaux, recherchant les causes de cette poussée, rejette tout d'abord la contagion ainsi qu'une action nuisible provenant des émanations des fosses d'aisance et des égouts. Deux hypothèses s'imposent forcément : la transmission par l'air et la transmission par l'eau, seuls éléments communs aux individus d'une même localité.

L'auteur, après avoir longuement discuté ces deux hypothèses, résume ainsi sa communication :

Nous sommes destinés, dit-il, à voir la fièvre typhoïde exercer ses ravages pendant longtemps encore parmi nous, si nous n'avons d'autres moyens de la combattre que ceux qui nous sont fournis par la thérapeutique. C'est donc surtout la prophylaxie de cette maladie que nous devons nous appliquer à chercher. Or, la fièvre typhoïde relevant d'une cause matérielle, on peut être certain de pouvoir la prévenir un jour ou l'autre.

Dans l'état actuel de la science, lorsqu'une épidémie éclate comme celle que nous observons en ce moment, la contagion pas plus que l'encombrement ne peuvent être invoqués ; l'étiologie se circonscrit nécessairement dans ce dilemme : ou bien l'air ou bien l'eau renferme les germes typhiques. La poursuite de l'agent morbigène dans l'air offrant de grandes difficultés, recherchons-le d'abord dans l'eau qui en est d'ailleurs la cause la plus vraisemblable. A cette fin, il importe de rechercher les rapports entre la distribution de la fièvre typhoïde dans Paris et celle de l'eau. Ce point élucidé, il sera facile de trouver la cause des qualités nuisibles de l'eau, et, dans l'hypothèse où celle-ci nous apporterait la maladie, de remonter à la source du mal et d'arriver peut-être à déterminer l'aspect du microbe qui le produit, si tant est qu'il s'agisse d'un microbe. Il faut, pour cela, la bonne volonté de l'administration compétente, un tableau exact de la distribution des eaux dans Paris et de tous les changements qu'elle peut subir, c'est-à-dire qu'il y a tout intérêt à ce que nous soyons prévenus de l'ouverture et de la fermeture des robinets qui, d'un instant à l'autre, viennent changer la qualité des eaux de tel ou tel quartier. S'il est démontré que l'eau n'est pas la source des épidémies que nous déplorons, il faudra alors interroger l'air et rechercher les foyers d'infection de l'atmosphère. Donc il est du devoir de l'Académie de s'entendre avec l'Administration et de lui faire comprendre que le problème étiologique de la fièvre typhoïde n'est pas insoluble, que sa solution sera possible le jour où elle voudra

travailler de concert avec nous, c'est-à-dire nous renseigner exactement sur la distribution des eaux dans la capitale ainsi que sur tous les changements que la nécessité peut l'obliger à y apporter.

Quant au traitement, voici celui auquel M. Lancereaux donne la préférence et qu'il appelle le traitement des indications : les bains tièdes à 28° abaissent facilement la température de 1 degré et plus ; à l'usage des bains il ajoute l'emploi de la digitale ; en cas d'agitation et d'insomnie, le laudanum à la dose de 1 gramme à 1 gr. 50 : association qui lui a donné les meilleurs résultats dans les formes ataxiques, chez les buveurs et chez les individus surmenés. Le météorisme est combattu par les purgatifs, les lavements froids et la glace ; les complications respiratoires, par les ventouses et l'ipéca. Contre la fétidité des garde-robes, les lavements phéniqués qui contribuent encore à abaisser la température ; contre les affections furonculeuses, les pansements phéniqués. Sur 52 malades traités par M. Lancereaux depuis le 28 septembre jusqu'au 15 novembre, 5 seulement sont morts.

M. LÉON COLIN. Les communications consacrées à la thérapeutique de la fièvre typhoïde démontrent une fois de plus combien il est sage de chercher à prévenir une affection dont le traitement est encore incertain.

Parmi les questions soulevées par M. Rochard, il en est une qui est trop importante pour que je n'en dise pas à mon tour quelques mots : l'influence typhoïgène de l'encombrement.

Les deux rapports que je dépose sur le bureau résument l'étiologie de la fièvre typhoïde dans l'armée durant les six dernières années. La cause majeure la plus commune, c'est le miasme émanant de l'organisme vivant, alors même qu'il y a simplement agglomération sans encombrement proprement dit.

M. Colin montre par des exemples nombreux combien, suivant lui, on a exagéré cette influence de l'encombrement. C'est pour faire ressortir cette exagération qu'il a divisé les maladies contagieuses en deux groupes principaux : les unes, affections virulentes par excellence, variole, scarlatine, rougeole, où l'encombrement ne fait guère que rapprocher les individus et faciliter les contacts ; les autres, typhus, fièvre puerpérale, diphtérie, ophtalmie purulente, qui acquièrent dans un milieu encombré une puissance de propagation et une gravité tellement exceptionnelle qu'il faut bien admettre qu'elles y trouvent un nouvel élément pathogénique.

Et dans ce dernier groupe il place la fièvre typhoïde d'autant plus volontiers qu'il est de ceux qui vont encore jusqu'à croire à son développement spontané en semblables circonstances.

M. Colin, empruntant à son dernier rapport un fait qui met en évidence l'influence génératrice du miasme humain, n'en déduit pas qu'il faille mettre en doute l'action nocive des miasmes provenant de tout foyer de putréfaction animale et plus spécialement des matières fécales, mais qu'il faut admettre deux origines.

Cette dualité d'origine a été, pour lui, l'un des premiers arguments à l'appui de la complexité des causes de la fièvre typhoïde. Il a pu même établir, d'après les faits, la part qui semble revenir à chacune des deux causes précédentes : miasme d'encombrement, d'une part, miasme putride, d'autre part, dans les affinités saisonnière de la fièvre typhoïde.

Dans le premier cas, l'épidémie est surtout hivernale ; les épidémies nées du miasme putride sont, au contraire, surtout estivales.

Mais la comparaison de ces deux éléments étiologiques, encombrement et putridité, me permet en outre d'affirmer, pour la série de faits que j'ai recueillis, la prééminence du premier de ces facteurs.

Tous deux, je le reconnais, sont assujettis dans leur puissance typhoïgène à une influence encore bien mal déterminée, le génie épidémique.

Loin de moi la pensée de vouloir ressusciter par là la doctrine d'une influence occulte que ne permettraient pas les aspirations de la science moderne. Mon opinion est que les différentes causes locales invoquées ont toutes une importance très considérable, mais je crois aussi qu'il existe des conditions générales fort obscures desquelles dépend une plus grande facilité dans le développement et la généralisation de la fièvre typhoïde et grâce auxquelles les germes de l'affection sont plus ou moins actifs.

De ces considérations générales M. Colin passe à la discussion de la théorie anglaise de la contamination par l'eau ou les aliments et les voies digestives.

L'exagération de ce rôle, dit-il, me paraît tenir à deux causes principales : 1° tendance mal fondée à considérer le germe de la fièvre typhoïde comme identique à celui des autres maladies contagieuses, d'où nécessité logique de lui attribuer non pas des causes multiples, comme nous le faisons encore, mais un milieu, un terrain de culture toujours identique ; 2° entraînement par l'autorité de certains auteurs.

La fièvre typhoïde, enfin, n'est pas seulement la maladie de la putridité ; il est une influence plus directe de l'homme sur l'homme qui prend également part à sa genèse : c'est le miasme de l'organisme vivant qui atteint dans l'encombrement sa plus grande énergie.

En cette dernière épidémie parisienne, nous devons être d'instinct tout spécialement portés à considérer comme une des causes capitales l'entassement progressif de la population dans les quartiers périphériques. Ce n'est donc pas seulement la propreté, la désinfection des rues, des égouts, des maisons que nous demanderons, c'est en outre l'espacement, la dissémination des groupes atteints ou menacés.

M. BOUCHARDAT commence la lecture d'une argumentation que le temps ne lui a pas permis de terminer, l'Académie devant se constituer en comité secret.

A quatre heures trois quarts la séance publique est levée et l'Académie se constitue en comité secret pour entendre le rapport de M. Chatin sur les candidats au titre de correspondant étranger dans la quatrième division.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les chiffres suivants nous indiquent le mouvement de la fièvre typhoïde dans les hôpitaux de Paris pendant les journées du 23 au 26 novembre 1882 inclusivement :

Malades existants dans les hôpitaux	23 nov.	24 nov.	25 nov.	26 nov.
le matin	1,353	1,353	1,318	1,289
Entrés dans la journée	28	23	26	13
Sortis	24	55	52	19
Décédés	4	3	3	4

Le nombre des typhoïdiques entrés pendant ces quatre journées est encore de 90, soit une moyenne de 22,5 par jour. Les malades restant dans les hôpitaux le 27, au matin, s'élevaient encore au chiffre de 1,279.

— Par suite de l'ouverture, le 1er décembre 1882, de l'hôpital Bichat et de l'hôpital d'Ivry, les mutations suivantes auront lieu dans les services de médecine et de chirurgie des hôpitaux de Paris :

M. Gérin-Roze, médecin de Tenon, passe à Bichat ; M. Gouguenheim, médecin de Lourcine, passe à Bichat ; M. Terrier, chirurgien de la Salpêtrière, passe à Bichat ; M. Delens, chirurgien de Tenon, passe à Saint-Antoine ; M. Landouzy, médecin du Bureau central, passe à Tenon ; M. Gillette, chirurgien de Bicêtre, passe à Tenon ; M. Rathery, médecin du Bureau central, passe à Lourcine.

Le mouvement des hôpitaux sera complété lorsque M. le docteur Marchand aura fait connaître son acceptation.

— La première épreuve du concours de l'internat des hôpitaux de Paris est terminée. Sont reconnus admissibles les candidats dont les noms suivent :

1. MM. Achard, Ambresin, Aron, Aurière, Ballue, Barbier, Barbillon, Barrère, Basset, Belin (J.-D.).

11. Belin (E.-V.), Berbez, Berne, Bernard, Berthod, Binant, Blanc, Blocq, Boiffin, Bonfils.

21. Bouchère, Bouttier, Braine, Broussolles, Brunon, Bucquet, Budor, Butraille, Cahn.

31. Camescasse, Carlier, Cayla, Champeil, Charles, Chaslin, Chochon-Latouche, Clado, Costilhes, Courtade.

41. Crespin, Crivelli, Dautel, Delon, Demars, Demoulin, Denucé, Derville, Despréaux, De Tornery.

51. Didier, Dieudonné, Dubief, Dubreuilh, Duchon-Doris, Dumoret, Duroselle, Engelbach, Favrel, Festal.

61. Figari, Florand, Foubert, Gellé, Gilly, Girode, Godet, Gomet, Gouttière-Cachère, Grattery.

71. Guillet, Hallé, Hellen, Hischmann, Jacquet, Jeanselme, Jeanton, Jouliard, Lallemand, Largeau.

81. Lauth, Lavie, Leclercq, Leflaire, Legendre, Léonard, Lepage, Levy, Lormand, Lubel-Barton.

91. Luquet, Martin de Gimard, Ménager, Ménétrier, Mérigot de Treigny, Moussour, Nanu, Notta, Nourrie, Pallier.

101. Peraire, Perrachon, Pietevin, Pignol, Potacki, Rambaud, Raymond, Récamier, Renault, Ribeton.

111. Schackmann, Schrœder, Secheyron, Secrétan, Thouvenet, Toupet, Vallin, Varnier, Vauthier, Vigneron.

121. Viller, Vivant, Weber, Wins.

Les épreuves orales commencent aujourd'hui.

— *École de médecine d'Alger.* — Un concours pour un emploi de suppléant d'histoire naturelle s'ouvrira le 1er juin 1883.

— *École de médecine de Poitiers.* — M. Alban de la Garde, suppléant, est chargé du cours d'hygiène et de thérapeutique, en remplacement de M. Robert, appelé à d'autres fonctions.

M. Robert, professeur de thérapeutique et d'hygiène, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de clinique interne, en remplacement de M. Chedevergne, appelé à d'autres fonctions.

M. Chedevergne, professeur de clinique interne, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de clinique externe, en remplacement de M. Guérineau, décédé.

— Par décision ministérielle en date du 23 novembre 1882, les mutations suivantes ont lieu dans les hôpitaux militaires :

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Descours, Lacronique, Hassler et Roussy, passent du Val-de-Grâce au Gros-Caillou ; M. Clément passe de Chambéry à la division d'Alger ; M. de Voisins, de Bayonne à Toulouse ; M. Lejeune, de Nancy à la division d'Alger ; M. Guerard, du camp de Châlons à la division de Constantine ; M. Spite, de Nancy à la division d'Oran ; M. Tavenaux, du camp de Châlons à Sedan ; M. Beylier, de Bordeaux à la division d'Oran.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe : De Schuttelaere, Lamerenx, Ducros, Midon, Bénac, Guégan, Duvau, Mary, Prieur, Courtois, Hurstel, Goumy, Joly, Hublé et Ferra passent au corps d'occupation en Tunisie.

— Par décret en date du 24 novembre 1882, M. Beaunis (Henry-Étienne), médecin-major de première classe de l'armée active, retraité dans les conditions de la loi du 22 juin 1878, a été nommé au grade de médecin-major de première classe, dans le cadre des officiers de l'armée territoriale. (Emploi vacant par organisation.)

— M. le préfet de la Seine vient d'instituer une commission chargée d'étudier un plan général et d'élaborer un programme pour la reconstruction de la Morgue.

Les membres du corps médical qui font partie de cette commission présidée par le préfet de la Seine sont : MM. les professeurs Béclard, Wurtz et Brouardel ; MM. les docteurs Descouts, médecin adjoint de la Morgue ; Bourneville et Decorse, conseillers généraux de la Seine.

— M. le docteur Brémond est nommé médecin du petit lycée Fontanes (emploi nouveau).

— *École pratique des Hautes-Études.* — Le laboratoire de botanique (classification et familles naturelles), dirigé par M. Bureau, professeur au Muséum, sera ouvert, du 1er décembre 1882 au 1er avril 1883, le lundi et le mardi, de onze heures à quatre heures. Les étudiants qui se proposeraient d'y travailler sont invités à se faire inscrire de midi à quatre heures, aux galeries de botanique du Muséum d'histoire naturelle. Les herbiers du Muséum leur seront ouverts tous les jours. Les conférences commenceront au printemps en même temps que le cours.

Les Hystériques, *état physique et état mental, actes insolites, délictueux et criminels,* par le docteur Legrand du Saulle, médecin de la Salpêtrière. 1 vol. in-8° de xx-625 pages. — Prix : 8 francs. Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 13722.

N° 139. — SAMEDI 2 DECEMBRE 1882. 55e ANNÉE. SAMEDI 2 DÉCEMBRE 1882. — N° 139.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Délire des négations.

Le groupe psychopathique aux formes variées de la mélancolie, dont on a détaché la forme si spéciale et si bien étudiée de nos jours du délire des persécutions qui tranche par ses caractères nets sur toutes les autres, laisse encore, à ceux qui veulent se donner la peine de chercher, plus d'un point inexploré ou à peine entrevu et dont l'étude peut amener à des résultats intéressants ou utiles à connaître. Il reste à faire, pour diverses variétés de la mélancolie, ce qui a été fait avec tant de succès pour le délire des persécutions, c'est-à-dire en faire connaître les phases successives qui les font passer de l'intermittence, leur premier type ordinaire, à la continuité, et de celle-ci à la chronicité. C'est ce que M. le docteur Cotard a entrepris pour la variété qui a été désignée sous le nom de mélancolie anxieuse.

Il faut signaler, en effet, comme un progrès dans l'histoire des mélancolies, ainsi que le faisait remarquer avec tant d'autorité M. J. Falret, dans l'une des dernières séances de la Société médico-psychologique, d'avoir séparé le délire anxieux dans lequel les délirants « s'accusent eux-mêmes » du délire de persécution dans lequel ils « accusent tout ce qui est extérieur à eux ». En étudiant la forme anxieuse de la mélancolie, M. Cotard a constaté, dans sa période chronique, un caractère délirant spécial qu'il décrit dans ce travail sous le nom de « délire des négations ». Ce délire de négation serait, à la mélancolie anxieuse chronique, ce que le délire ambitieux ou la mégalomanie est à la mélancolie de persécution.

Mais, dira-t-on peut-être, tous les aliénés ne sont-ils pas généralement portés à la négation, opposant volontiers l'incrédulité, l'ironie ou la contradiction aux démonstrations les plus claires comme aux affirmations les plus autorisées et aux témoignages d'affection les plus sincères? Sans doute ; mais il est une catégorie d'aliénés mélancoliques chez lesquels, ainsi que Griesenger en a fait la remarque, cette disposition négatrice est plus particulièrement accusée. C'est cette disposition à tout nier, élevée à son summum d'exagération chez des mélancoliques dits anxieux, que M. Cotard appelle spécialement le délire des négations. « Demande-t-on à ces malades leur nom? ils n'ont pas de nom ; leur âge? ils n'ont pas d'âge; où ils sont nés? ils ne sont pas nés ; qui étaient leur père et leur mère? ils n'ont ni père, ni mère, ni femme, ni enfants ; s'ils ont mal à la tête, mal à l'estomac, mal en quelque point de leur corps? ils n'ont pas de tête, pas d'estomac, quelques-uns même n'ont point de corps ; leur montre-t-on un objet quelconque, une fleur, une rose? ce n'est point une fleur, ce n'est point une rose, etc. » Chez quelques-uns, ajoute M. Cotard, la négation est universelle, rien n'existe plus, eux-mêmes ne sont plus rien.

Ces mêmes malades qui nient tout, s'opposent à tout, résistent à tout ce qu'on veut leur faire faire. Guislain, qui avait été plus particulièrement frappé de ce caractère d'opposition de ces malades à tout ce qu'on demande d'eux, jusqu'au refus des aliments et jusqu'à cette singulière disposition de certains d'entre eux qui s'efforcent de retenir leurs urines et leurs excréments, exprimait cet état par les mots de « folie d'opposition »... On la trouverait peut-être, de nos jours, ailleurs que dans les asiles. Cette folie d'opposition, selon M. Cotard, ne serait que le côté moral du délire de négation dont il s'est proposé d'étudier tous les caractères dans leur ensemble.

Voici quels sont les principaux caractères de ce délire, qu'on ferait beaucoup mieux ressortir encore en les comparant un à un aux caractères différant presque de tous points du délire de persécution, si ce parallèle ne nous eût entraîné trop loin.

La négation systématisée se développe ordinairement après une évolution délirante spéciale plus ou moins prolongée, sur le fond de dépression profonde, d'anxiété gémissante accompagnée d'un grand trouble de la sensibilité morale, qui sont le propre des vrais mélancoliques. Dans ces formes où prédominent l'anxiété, les craintes, les terreurs imaginaires, les idées de culpabilité, de perdition et de damnation, les malades s'accusent eux-même, — sc'est là, avons-nous dit, l'un des caractères essentiels qui la distinguent de la mélancolie de persécution : — ils se déclarent incapables, indignes, font le malheur et la honte de leurs familles. Si on les condamne au dernier supplice, ce n'est que justice, ils ne l'ont que trop mérité par leurs crimes, etc...

Par quelle évolution délirante les mélancoliques arrivent-ils au délire des négations? Il faut, pour saisir la filiation,

se rendre compte des principaux caractères de l'état mental de ces malades au début. Dans leur forme la plus atténuée, ces caractères sont ceux de la variété de mélancolie connue sous les noms de mélancolie simple ou d'hypocondrie morale, consistant en un délire triste qui porte sur l'état de leurs facultés morales et intellectuelles et présente déjà une forme négative évidente. « Ils ont honte ou même horreur de leur propre personne, regrettent leur intelligence évanouie, leurs sentiments éteints, leur énergie disparue... ils n'ont plus d'affection pour leurs parents et pour leurs amis... » Bref, surviennent souvent les idées de ruine ; en même temps que ses richesses morales et intellectuelles, le malade croit avoir perdu sa fortune matérielle ; il n'a plus rien de ce qui fait l'orgueil de l'homme, ni intelligence, ni énergie, ni fortune. C'est, comme on le voit, l'inverse du délire des grandeurs. Ce qui, par opposition, lui a fait donner, par quelques-uns, le nom de « délire des petitesses », mot moins approprié au caractère réel de ce délire que celui de « négations ».

Cette hypocondrie morale repose sur le fonds commun de la mélancolie et sur un état d'anxiété vague et indéterminée. Dans ces cas légers, il existe déjà comme un voile à travers lequel le malade ne perçoit plus la réalité que d'une manière confuse ; tout lui paraît transformé. A mesure que l'état maladif devient plus intense, ce voile s'épaissit et il finit par masquer entièrement le monde réel.

Le délire de négation, une fois constitué, est souvent lié à des altérations de la sensibilité. Enfin, conjointement à ce délire, il existe de nombreux symptômes étroitement associés entre eux, de manière à constituer une véritable maladie, distincte par ses caractères et son évolution. Au premier rang de ces symptômes sont les hallucinations, confirmatives des idées délirantes, les impulsions au suicide ou aux mutilations.

Nous ne pouvons présenter ici qu'une ébauche. Nous renvoyons au travail de l'auteur ceux qui voudront voir l'histoire de cette affection dans ses diverses phases. M. Cotard termine en rapportant un certain nombre d'observations que nous ne pouvons également qu'indiquer.

Ces observations sont divisées en trois catégories : dans la première il range les cas où le délire des négations se présente à l'état de simplicité : tel est celui d'une femme de cinquante ans, mère de famille, qui est placée dans un asile après plusieurs tentatives de suicide ; elle est dans une agitation anxieuse avec des idées de culpabilité et délire hypocondriaque ; elle a la gorge rétrécie et le cœur déplacé, tous ses organes sont déplacés ; plus tard elle n'a plus de tête, plus de corps : elle est morte. Le délire de négation arrivant graduellement à son comble, elle refuse de manger, de marcher et d'aller à la garde-robe ; elle résiste énergiquement à tous les actes qu'on veut lui faire accomplir. Elle finit par succomber, mais après un assez grand nombre d'années (quinze ans environ), dans un état de cachexie générale.

Dans la deuxième catégorie, on voit un fait où le délire des négations est prodromique d'une paralysie générale. Il s'agit d'un homme de quarante-cinq ans, de constitution robuste, ayant toujours mené une existence régulière et laborieuse, n'ayant fait d'autres excès que des excès de travail, qui souffrait depuis plusieurs années de migraines violentes. Il y a trois ans, il se plaignit de troubles de la vue en même temps que d'une grande faiblesse et d'une sorte de perte du sentiment d'équilibre qui causait des chutes fréquentes ; son caractère commença alors à s'altérer, il devenait sombre, irritable, absorbé dans une profonde tristesse, exprimant de funèbres pressentiments, comme s'il était menacé d'une mort prochaine. Il y a deux ans, il commença à exprimer des idées négatives tout à fait absurdes. Il voulait se suicider ou demander à Dieu de le faire mourir, mais Dieu n'existait pas. Il n'y avait plus de nuit et refusait de se coucher. Il ne mangeait plus. Enfin il ne se rendait plus compte ni du lieu où il était, ni du temps, lorsqu'on l'amena à l'asile, où il déclare qu'il ne sait ni où il est, ni qui il est ; il n'est pas marié, n'a pas d'enfants, n'a ni père ni mère, il n'a pas de nom ; il a des hallucinations de la vue. Enfin il est pris d'embarras de la parole, avec incertitude de la démarche, inégalité pupillaire. Ces symptômes de paralysie générale s'accentuant de plus en plus, il s'y joint des idées de grandeur que le malade reporte dans le passé. Ce malade est aujourd'hui dans un état de démence paralytique.

Enfin la troisième catégorie comprend des cas où l'association du délire des négations au délire des persécutions constitue des formes d'aliénation complexes ou de transition, qui expliquent comment presque tous les auteurs ont confondu dans la même description du délire mélancolique les idées de ruine, de culpabilité, de méfiance et de persécution.

La Clinique des maladies mentales.

Le rapide exposé que nous venons de faire d'une forme particulière de délire mélancolique, nous amène naturellement à dire un mot de l'enseignement clinique officiel fait par M. le professeur Ball à l'asile Sainte-Anne, où nous sommes allé dimanche dernier entendre sa leçon orale à l'amphithéâtre, et hier jeudi assister aux exercices cliniques de ses élèves. Indépendamment de l'intérêt particulier que nous espérions y trouver pour nous-même, il nous a paru qu'il ne serait peut-être pas sans profit pour nos lecteurs de les initier à ce qui s'y fait. Ils trouveront ainsi, à côté des sources vives et fécondes où la *Gazette* puise habituellement ses informations sur les grands sujets et les questions si variées que peut présenter l'aliénation mentale, au double point de vue des besoins de la pratique courante et des fréquents problèmes médico-judiciaires qu'elle soulève, un courant nouveau, un supplément utile, en mettant de temps en temps à leur disposition quelques-uns des renseignements que nous pourrons recueillir à cette clinique. L'enseignement officiel de l'aliénation mentale a été institué, il ne faut pas l'oublier, non seulement pour multiplier, régulariser et méthodiser, en quelque sorte, les ressources d'instruction que les asiles et les nombreux cours libres mettaient déjà à la disposition des élèves en médecine qui se consacrent à la pratique de cette grande spécialité médicale, mais encore pour répandre et vulgariser parmi tous les médecins les notions générales les plus indispensables de cette branche de la science, à laquelle ils sont restés jusqu'à présent beaucoup trop étrangers. A mesure que la psychiatrie fait des progrès comme toutes les autres branches, à mesure que sont plus approfondis ses conditions étiologiques et les éléments somatiques qui entrent, pour une part de plus en plus grande tous les jours, dans la considération du problème médico-psychologue et que ses rapports avec la pathologie commune deviennent plus manifestes et se pénètrent dans une immixtion réciproque plus intime, les médecins peuvent et doivent de moins en moins

se désintéresser de son étude. Vulgariser l'enseignement des maladies mentales, en le condensant et le resserrant dans les limites d'une période scolaire, de manière à le rendre accessible au plus grand nombre des médecins, tel était le but principal que devait se proposer le professeur.

On peut juger aujourd'hui si ce but a été atteint. Dans le programme qu'il a exposé dans ses premières leçons, dont une partie a été récemment livrée à la publicité, M. Ball annonçait, après les généralités d'usage et l'historique de son sujet, que nous avons reproduit dans le temps, qu'il traiterait successivement des conceptions délirantes et des impulsions, de l'état physique des aliénés, des lésions anatomiques de la folie, enfin des formes du délire et de leurs variétés cliniques, la mélancolie, le délire des persécutions, la stupeur, la manie, la folie circulaire, la démence, etc. Ce programme a été suivi de point en point. Dans sa première leçon de l'année scolaire qui vient de commencer, M. Ball, devant le nombreux auditoire qu'attire tous les dimanches à son amphithéâtre son talent didactique bien connu autant que l'intérêt même des sujets qu'il traite, a pris pour texte « les frontières de la folie », frontières tellement larges et si vaguement délimitées, qu'il y a place, entre la folie et la raison, pour une nombreuse population flottante, qui fait de fréquentes incursions de l'un ou de l'autre côté : héréditaires, impulsifs, kleptomanes, mystiques, obsédés, vertigineux, agoraphobes, claustrophobes, sexuels, hypocondriaques, hallucinés, etc.; autant de présomptifs ou d'aspirants à la folie, s'ils n'y sont pas arrivés encore, parmi lesquels les uns n'ont besoin que d'une occasion ou du « demi-tour de cheville » de Montaigne pour y être pleinement précipités, et les autres ne restent en deçà que faute de cette occasion.

Sa deuxième leçon a été consacrée à l'histoire de la manie aiguë, dont quelques cas spécimens ont été présentés à la fin de la séance, ainsi que cela se pratique habituellement. Au nombre des sujets présentés était une femme qui a été atteinte de manie aiguë au déclin ou plutôt pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde. On sait que ces accidents ne sont pas très rares. Dans sa leçon prochaine, M. Ball se propose de traiter de la manie puerpérale.

Dans la consultation publique qui a lieu tous les jeudis, et qui constitue le véritable exercice clinique, les élèves inscrits sont appelés à tour de rôle à questionner et examiner les entrants, à formuler leur diagnostic et à poser leurs indications en présence de leurs camarades et du maître qui complète l'instruction. Dans la consultation d'hier, entre autres sujets plus ou moins intéressants, nous avons plus particulièrement remarqué un homme atteint de manie épileptique, chez lequel on a pu vérifier, d'une manière très nette, la déformation du crâne, l'inégalité des deux côtés de la face et la forme ogivale de la voûte palatine, signalées et si bien décrites par M. Lasègue.

THÉRAPEUTIQUE

De la créosote de hêtre associée au baume de Tolu et au goudron de Norvège.

Par M. le docteur E. Lasniès.

La créosote de hêtre a été découverte par Reichenbach, chimiste de Blausko, en Moravie. C'est un produit pyrogéné, dont la composition est : 76,2 de carbone, 7,8 d'hydrogène, 16 d'oxygène; son nom vient de κρέας, chair, et σώζω, je conserve. Cette heureuse étymologie, suggérée par sa propriété essentielle, nous indique l'action qu'elle exerce dans le traitement de toutes les affections de la poitrine et des voies respiratoires.

Les remarquables travaux des docteurs Bouchard, Gimbert, etc., ont affirmé sa haute valeur thérapeutique, qui n'est plus discutée aujourd'hui.

La créosote se présente sous l'aspect d'un liquide incolore, oléagineux, presque insoluble dans l'eau, mais soluble dans l'alcool, l'éther acétique et les huiles essentielles. On la retire du goudron de bois et du goudron de houille.

La composition de la créosote en révèle naturellement les propriétés ; elle coagule l'albumine, et constitue l'une des substances les plus antiseptiques et les plus antifermentescibles. Elle tue avec une rapidité surprenante les organismes inférieurs. Le seul défaut de ce médicament, c'est d'être mal toléré par certains tempéraments, de causer des nausées, des vomissements, et, dans tous les cas, des renvois, qui obligeaient à en suspendre l'emploi. Il fallait trouver une substance qu'on pût lui adjoindre pour faire disparaître ces inconvénients. Des travaux importants ont fixé le choix sur le baume de Tolu, qui présente, pour cet usage, des avantages particuliers.

Tous nos lecteurs connaissent la couleur jaune et l'odeur balsamique et agréable de ce baume, obtenu par l'incision de l'écorce du *Myrospermum Toluiferum*, plante de l'Amérique méridionale. Tous aussi savent que ces substances résineuses renferment soit de l'acide benzoïque, soit de l'acide cinnamique, qui leur assurent des propriétés antispasmodiques et anticatharrales énergiques.

De toute antiquité, les baumes balsamiques étaient employés avec succès dans le traitement des phlegmasies chroniques, qui ne pouvaient supporter l'usage des térébenthinés. Le baume de Tolu, dont la découverte remonte au delà de Dioscoride, était, dès cette époque, employé au traitement de tous les flux muqueux, des maladies chroniques du poumon, catarrhales et nerveuses, ainsi que dans les affections du larynx produisant l'enrouement et l'extinction de la voix, *raucedines* et *aphoniæ*, et même dans la phtisie tuberculeuse. Morton s'exprime en ces termes au sujet d'une préparation pilulaire composée, en majeure partie, de baume de Tolu : *Istæ pilulæ, in scorbuticorum et scrofulosorum lentâ phthisi (quæ quidem sunt frequentissimæ phthises), ubi febris (si ulla est) est admodum mitis, et exsputum phlegma quadamtenus glutinosum, asthmaticorum ritu, curationem non tantùm in principio morbi, verùm etiam in progressu insigniter promovent.*

La réputation du baume de Tolu est bien établie, et il nous a suffi de rappeler ces anciens travaux, pour indiquer que nous n'avons pas affaire ici à une de ces préparations dont l'efficacité est aussi passagère que la vogue, mais à un bon produit de vieille renommée. En ajoutant le goudron de Norvège à ces deux substances d'une activité si incontestable et si universellement reconnue, on arrive à composer un médicament d'un effet sûr et d'une puissance toute nouvelle, qui peut s'apprécier par celle de ses éléments.

Le Goudron végétal (*pix liquida*) du groupe des térébenthinés s'obtient par la distillation des bois de pin qui ne donnent plus de térébenthine. Il se présente sous la forme d'une masse demi-fluide (de consistance sirupeuse), de couleur brune, d'une odeur empyreumatique, d'une saveur âcre.

C'est un mélange complexe de résine et d'une huile essentielle empyreumatique qui s'est formée, en partie, par l'action du feu sur la résine : il contient aussi du charbon.

Au double point de vue physiologique et thérapeutique, le goudron produit des effets qui se rapprochent de ceux de la térébenthine, mais, comme cette dernière, il n'est pas contre-indiqué par les éléments fièvre et congestion inflammatoire.

Il est employé avec succès, depuis un temps immémorial, dans les affections des voies respiratoires, en raison des heureuses modifications qu'il apporte sur la muqueuse trachéo-bronchique.

L'hydrolé de goudron a reçu, dans ces derniers temps, de nom-

breuses applications, grâce aux préceptes de préparation si bien établis par Guibourt, Lefort, Soubeiran, Magne-Lahens, Mignot, Jeannel et nombre d'autres savants.

Après de nombreuses expériences, nous nous sommes arrêté à une formule, d'après laquelle nous avons fait préparer de petites capsules ovoïdes par MM. Trouette-Perret, pharmaciens à Paris.

Chaque capsule doit contenir :

5 centigrammes de créosote pure de hêtre.
7 1/2 — de goudron purifié de Norvège.
7 1/2 — de baume de Tolu.

Ces capsules, appelées par leur auteur *Gouttes livoniennes de Trouette-Perret*, doivent être employées aux doses suivantes :

Dans le cas où la maladie a peu de gravité, et si l'on ne veut qu'un moyen prophylactique, deux capsules le matin et deux le soir peuvent suffire; mais il n'y a aucun inconvénient à porter plus haut les doses.

Dans les cas plus graves, on commencera par quatre capsules le matin et quatre le soir, et on augmentera la dose de manière à arriver à douze capsules par jour, en graduant suivant l'état de la maladie et l'effet que l'on désire obtenir.

Il est indispensable, chaque fois qu'on aura pris de ces capsules, de ne pas leur permettre de s'arrêter dans les plis de la gorge, et de les faire descendre dans l'estomac en avalant un quart de verre d'un liquide quelconque, eau, lait, vin, thé léger ou tisane froide ou chaude.

Lorsque les *gouttes livoniennes* auront rétabli la santé, il sera bon de n'en point abandonner brusquement l'usage, et, dans tous les cas, de s'y remettre une quinzaine de jours au retour de l'hiver, et notamment aux changements de saisons accompagnés de temps humides.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 25 novembre 1882. — Présidence de M. Paul Bert.

COMMUNICATIONS

De la présence du cuivre dans les céréales et dans le pain. — M. **GALIPPE** fait une communication sur ce sujet. Il passe en revue, depuis Vauquelin jusqu'à nos jours, tous les auteurs qui ont constaté la présence du cuivre dans les végétaux, tels que Meismer, qui trouve dans 1,500 grammes de froment 0,0070 de cuivre, dans 1,500 grammes de farine 0,0010 de cuivre; Sargeau, qui trouve 0,0046 de cuivre dans 1 kilogramme de froment et 0,0006 dans 1 kilog. de farine ; Deschamps (d'Avallon), qui conclut que les terrains de sédiment contiennent du cuivre, que celui-ci doit être subordonné à la présence du fer, que la présence du cuivre et du fer dans les terrains provient sans doute de la décomposition d'un sulfure de fer cuprifère, que les végétaux enlèvent au sol une partie du cuivre qu'il contient, que l'homme et les animaux empruntent du cuivre aux plantes, que le cuivre qui se trouve dans l'homme peut provenir encore de vases en cuivre ou en laiton, plus ou moins bien étamées qui servent aux préparations culinaires ; que la présence du cuivre dans les végétaux, les animaux et l'homme est un fait acquis à la science, etc., etc. Depuis une trentaine d'années on a remplacé la chaux dans les préparations des céréales destinées à l'ensemencement par l'emploi du sulfate de cuivre en solution, à la dose de 125 grammes pour un demi-sac de blé. On a ainsi introduit dans le sol des millions de kilogrammes de sulfate de cuivre. On sait que les plantes peuvent absorber artificiellement du sulfate de cuivre. Mais il résulte d'expériences faites par M. Galippe sur des bulbes de liliacées que le sulfate de cuivre n'est pas absorbé en nature. Van den Berghe conclut que la dose de cuivre qu'on trouve dans le pain est de 8 à 10 pour 1,000,000; qu'elle n'y est pas introduite artificiellement, mais préexiste dans le froment à l'état de cuivre normal.

Il était intéressant de vérifier une fois de plus si le blé contient réellement du cuivre. M. Galippe a fait un certain nombre d'analyses dont voici les résultats :

Blé du Centre. . . .	0gr010	de cuivre par kilogr.
Blé de la Châtre. . .	0,0080	—
Blé du Michigan. . .	0,009	—
Blé roux d'Amérique.	0,0085	-
Blé de Californie . .	0,0050	—

Tous ces blés, sauf celui de la Châtre, paraissent contenir du manganèse.

M. Galippe a également recherché la présence du cuivre dans les céréales suivantes :

Seigle	0g0050	par kilogr.
Avoine.	0,0084	—
Orge.	0,0108	—
Riz	0,0016	—

Il restait à rechercher l'existence du cuivre dans le son, dans la farine :

Son.	Moyenne : 0gr014	par kilogr.
Farine	Moyenne : 0,0084	—

Comme on le voit, le son renferme une plus grande proportion de métal que la farine.

Il ne restait plus qu'à déterminer la présence du cuivre dans le pain livré à la consommation. Ces expériences ont porté sur le pain de l'Assistance publique et sur celui de la Manutention.

Assistance publique	Moyenne	0g0047	par kilogr.
	Q. t. maxima	0,0055	—
	Q. t. minima	0,0044	—
Pain de munition	Moyenne	0,0048	—
	Q. t. maxima	0,0080	—
	Q. t. minima	0,0036	—

On voit que le pain de munition contient un peu plus de cuivre métallique que celui de l'Assistance publique. Il est, en effet, moins blanc.

M. Galippe a également dosé le cuivre dans les diverses espèces de pain que l'on trouve dans le commerce.

Pain de la ville.	0g0044	de cuivre par kilogr.
Pain de gruau.	0,0042	—
Pain anglais.	traces	—
Pain de seigle : Moyenne :	0,0024	—
Q. t. maxima :	0,0044	—
Q. t. minima :	0,0015	—

M. Galippe parle ensuite de l'introduction vraie ou supposée du sulfate de cuivre dans le pain. D'après Kuhlman, le sulfate de cuivre, ajouté en très petites quantités à des farines dites tachantes ou humides, raffermit la pâte en l'empêchant de pousser plat. Il suffirait de 1/70000 de sulfate de cuivre pour obtenir ce résultat. Avec 1/1800 de sulfate de cuivre la pâte ne peut lever, la fermentation semble arrêtée et le pain acquiert une couleur verte. Toutefois, d'après Kuhlman, l'emploi du sulfate de cuivre dans la panification constituait une fraude. A cette époque, le cuivre et ses composés étaient considérés comme toxiques. Aujourd'hui, si l'on tient compte de la quantité extrêmement faible de sulfate de cuivre qu'il suffirait d'introduire dans le pain pour obtenir une panification rapide avec des farines médiocres, il serait fort difficile, par l'analyse chimique, d'établir cette introduction, puisque le blé contient du cuivre en proportions variables, mais parfaitement dosables.

M. le docteur Du Moulin a défendu la légitimité de cette introduction, qui permet d'approprier sans inconvénients à l'alimentation de l'homme des farines qui auraient été sinon perdues, au moins réservées à un usage inférieur.

Sans insister davantage sur l'emploi, encore douteux, du sulfate de cuivre dans la panification, M. Galippe s'estime heureux d'avoir contribué à faire entrer dans la science les notions suivantes :

1° Présence d'une certaine quantité de cuivre normal dans le froment et dans diverses autres céréales ;

2° Présence du cuivre dans le pain sans que ce métal ait été introduit pendant la fabrication ;

3° Nécessité pour les experts chimistes de tenir compte des faits précédents.

M. GRÉHANT demande à M. Galippe à quel procédé de dosage il a eu recours.

M. GALIPPE répond que c'est un procédé de dosage par la pile après incinération complète.

M. LABORDE fait observer que les blés du Midi n'ont pas été examinés et que le chalaze par le sulfate de cuivre y existe depuis longtemps ; de plus, les terrains y sont plutôt ferrugineux.

M. PAUL BERT a fait absorber de la strychnine à des radis roses. En résumé, les végétaux absorbent tout.

Origine de la coloration bleue des méduses. — M. BLANCHARD, au laboratoire du Havre, a recherché l'origine de la coloration bleue du bord de l'ombrelle chez les méduses. Tant que le tissu est vivant, la matière colorante y reste fixée. Aussitôt après la mort, la couleur se détache. Sous l'action de certains acides, elle devient brune; sous l'action de la chaleur, elle se décolore. Cette matière colorante est précipitable par l'ammoniaque, ce qui permettra de l'étudier.

M. QUINQUAUD dit qu'il aurait fallu soustraire l'oxygène à cette matière et voir si elle aurait perdu sa coloration pour devenir blanche, ainsi que cela se voit chez certains céphalopodes.

M. REGNARD a constaté que le sang des crustacés devient bleu, agité avec l'oxygène.

Influence de l'eau oxygénée sur les putréfactions. — M. PAUL BERT a fait une série de recherches et d'expériences d'où il résulte que l'eau oxygénée arrête la putréfaction, tue les microbes et arrête le développement des spores ; toutes les substances s'y conservent ; les fruits, en particulier, s'y conservent très bien. Elle est sans action sur le venin de scorpion. Dans la culture du charbon sans spores, le charbon est tué de suite ; dans la culture du charbon avec spores, il faut une demi-heure pour le tuer. Elle paraît sans action sur le venin varioleux. Parmi les substances qui agissent sur l'eau oxygénée il faut placer, en première ligne, la fibrine qui la décompose, sans perdre ses propriétés ; cependant elle perd peu à peu de son action qui finit par être nulle. La proportion d'eau décomposée n'est pas dans un rapport constant avec la quantité de fibrine employée.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 29 novembre 1882. — Présidence de M. L. Labbé.

CORRESPONDANCE

M. FORT adresse de Rio-de-Janeiro un recueil de six observations avec opération (ovariotomie, hystérotomie, laparotomie). (Comm. : MM. Terrier, Lucas-Championnière et Périer.)

PRÉSENTATION

Pied bot et tarsotomie. — M. MONOD, au nom de M. Polaillon, absent, présente deux des malades opérées par M. Beauregard (du Havre), dont les observations ont été communiquées dans la dernière séance.

M. DESPRÈS fait observer que l'un de ces malades porte encore un appareil et que le résultat très satisfaisant obtenu chez l'autre tient à ce qu'elle pouvait auparavant marcher avec son pied bot.

M. TRÉLAT communique l'observation d'un jeune homme qui avait eu autrefois un abcès froid par congestion à la suite d'un mal de Pott, abcès dont il avait bien guéri, mais d'où était résulté une paralysie qui avait été, à son tour, la source d'un pied bot varus équin. (Voir *Gazette des hôpitaux*, 1882, p. 1098.)

RAPPORTS

Macroglossie. — M. PÉRIER fait un rapport sur une communication de M. Guerlain (de Boulogne-sur-Mer), relative à un cas de macroglossie congénitale. L'auteur a vu l'enfant le lendemain de sa naissance. C'était une petite fille pesant 4 kilogrammes et qui présentait une langue énorme, sortant de la bouche et formant au-devant du menton et de la partie antérieure du cou un vaste champignon mesurant 5 centimètres de long, 3 de large et 2 1/2 d'épaisseur. Les papilles étaient saillantes et volumineuses, les vaisseaux fortement dilatés et variqueux. Il n'y avait pas de difformités chez les parents. Vu l'âge de l'enfant (deux jours), M. Guerlain ne crut pas intervenir; on se réserva d'agir plus tard, si c'était nécessaire. L'enfant se développa régulièrement ; en même temps sa langue diminua ; elle put enfin se rentrer volontairement. La dentition s'effectua bien ; elle put bientôt manger et parler à peu près comme les enfants de son âge. Elle a aujourd'hui six ans, mais depuis quelque temps, sous l'influence d'une maladie aiguë, la langue s'est mise à grossir de nouveau, à présenter des ulcérations sur ses bords, si bien que M. Guerlain croit devoir intervenir en se servant de l'écraseur. Il consulte la Société.

En résumé, il s'agit bien, dans ce cas, d'une hypertrophie nettement congénitale. Tous les éléments constitutifs de la langue prennent part à l'hypertrophie. L'évolution dentaire a été normale. Pendant quelque temps, il y a eu une diminution spontanée, la langue est devenue réductible ; puis, depuis quelque temps, sous l'influence d'une légère affection fébrile, il s'est produit une sorte de recrudescence qui semble devoir nécessiter une intervention chirurgicale. M. Périer serait disposé, dans ce cas, à recourir à l'ignipuncture.

Myxœdème. — M. GUERLAIN, en même temps que cette première observation, en adresse une seconde relative à un cas de cachexie pachydermique consécutive d'un traumatisme du cou. Il s'agit d'une petite fille de onze ans, née aux Indes, qui fit une chute si peu grave qu'elle passa inaperçue des parents. Quelque temps après, cette enfant cessa de grandir et continua à grossir ; elle présenta peu à peu tous les caractères du crétinisme avec myxœdème ou de la cachexie pachydermique. M. Périer rapproche ce fait de celui qui existe dans le service de M. Bourneville, sous le nom de Pacher (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1881). M. Périer est disposé, dans ce cas, à admettre, comme M. Guerlain, l'influence du traumatisme sur le développement de cette curieuse affection que M. Charcot a décrite sous le nom de myxœdème.

M. VERNEUIL, à l'occasion de ce dernier fait, rappelle que, pendant assez longtemps, la nature nerveuse du myxœdème n'a été soutenue qu'à l'état d'hypothèse, mais que cette hypothèse a trouvé une confirmation éclatante dans le fait de M. Henrot (de Reims), qui a présenté, à l'Association pour l'avancement des sciences, des pièces véritablement extraordinaires provenant d'un malade atteint de cette affection, et dans lesquelles on voyait des filets du grand sympathique qui avaient acquis le volume de l'index. Cette hypertrophie portait ainsi à peu près sur tout le système nerveux. Ce fait met donc au moins en lumière la participation du système nerveux au myxœdème. Il est admissible, ajoute M. Verneuil, que dans le cas de M. Guerlain le traumatisme ait causé une certaine influence sur le système nerveux central. On sait, en effet, que le traumatisme peut produire toutes sortes de lésions autres que les lésions d'origine spécifique ou toxique.

M. DESPRÈS fait observer que l'enfant en question est né dans les Indes ; c'est là un élément dont il faut tenir compte au point de vue de la possibilité d'une sorte d'éléphantiasis. Il rappelle le fait communiqué à la Société par M. Trélat, sous le nom de nanisme avec polysarcie.

M. TRÉLAT rappelle que, chez cet enfant dont vient de parler M. Desprès, il ne s'agissait que de graisse. Il n'est pas en mesure

de nier, dans le cas de M. Guerlain, l'influence du traumatisme, mais cependant ce fait n'entraîne pas sa conviction et il croit qu'il faut faire des réserves à ce sujet.

Traitement chirurgical des névralgies. — M. POZZI fait un rapport sur un travail de M. Blum, relatif au traitement des névralgies par l'élongation, la névrotomie, la névrectomie et surtout par l'arrachement des nerfs. M. Blum a communiqué une observation de névralgie du nerf sous-orbitaire, rebelle à tous les traitements et qui a disparu immédiatement après l'arrachement du nerf sous-obitaire, pratiqué volontairement par lui et non par une fausse manœuvre, comme cela est arrivé dans plusieurs cas d'élongation. Il y a quatre mois que cette malade a été opérée, et la guérison s'est parfaitement maintenue jusqu'ici ; malgré le résultat obtenu par M. Blum, M. Pozzi déclare préférer la résection à l'arrachement.

COMMUNICATION

Luxation tardive et spontanée de la rotule. — M. GUERMONTPREZ (de Lille) communique un cas de luxation tardive et spontanée de la rotule survenue dix-sept ans après une chute sur le rachis, ayant déterminé une paralysie qui a persisté pendant tout ce laps de temps. (Comm. : MM. Marchand, Nepveu et Chauvel.)

La séance est levée.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

Stéthoscope à ventouse centrale du docteur Calvet.

Dans la séance de l'Académie de médecine du 10 mai 1881, M. Constantin Paul a présenté un modèle de stéthoscope flexible à ventouse. Partant du même principe, j'ai apporté à cet instrument plusieurs perfectionnements qui le rendent d'un usage beaucoup plus facile, je dirai même plus pratique.

En effet, supprimant la ventouse annulaire que M. le docteur Roussel (de Genève) a inventée pour son transfuseur, j'ai adapté le

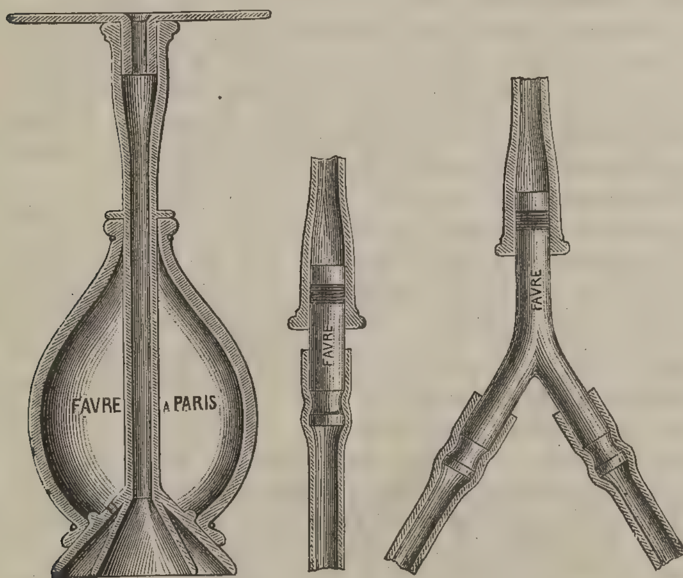


Fig. 1. Fig. 2. Fig. 3.

long de la tige du stéthoscope ordinaire une poire en caoutchouc faisant le vide dans une chambre à air entourant le pavillon du stéthoscope.

Il est facile dès lors de voir les avantages de ce nouveau perfectionnement.

Il existe en effet deux caisses de renforcement superposées : la chambre à air et la poire entourant le tube par lequel se propage le son.

D'un autre côté, ce stéthoscope à ventouse centrale a le même volume que le stéthoscope ordinaire (13 centimètres de haut sur 4 centimètres de large) (fig. 1).

En démontant l'embout, il permet sur la même tige l'adaptation d'un tube mono-auriculaire (fig. 2) ou biauriculaire (fig. 3) à la volonté de l'examinateur.

Enfin, et ce n'est pas un avantage à dédaigner, il est d'un prix peu élevé.

Quelques mots seulement sur les qualités acoustiques de ce nouveau stéthoscope.

Son adaptation exacte sur la région à ausculter avec une pression invariable et sans douleur pour le sujet isole le bruit de toute influence extérieure, et lui donne, grâce aux deux caisses de renforcement, une netteté et une intensité remarquables.

Cette adaptation sans pression de la main ou de la tête, inévitable pour le stéthoscope ordinaire, rend le stéthoscope à ventouse centrale précieux dans l'auscultation obstétricale.

En effet, même pendant la contraction utérine, il permet avec le tube flexible, mono-auriculaire ou biauriculaire, d'étudier les modifications de la circulation fœtale, pendant la douleur et dans l'intervalle de celle-ci, sans déplacer l'instrument et sans pression douloureuse.

Telles sont, en résumé, les qualités que présente ce nouvel instrument, pour la construction duquel j'ai eu recours à l'habileté si connue de M. Favre, à Paris.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté des sciences de Grenoble. — M. Burais (Marius-Joseph-Auguste), bachelier ès lettres et ès sciences restreint, est chargé, pendant l'année scolaire 1882-1883, des fonctions de préparateur de botanique, en remplacement de M. Manificat, dont la délégation est expirée.

— *École de médecine de Clermont-Ferrand.* — Sont proclamés lauréats de l'École pour l'année scolaire 1881-1882 :

Médecine. — Élèves de première année. — Premier prix : M. Chopard (Emmanuel); deuxième prix : M. Mouret (Pierre).

Élèves de deuxième année. — Premier prix : M. d'Aurelle de Paladines (Marc-Louis-Adolphe); deuxième prix : M. Pardoux (Louis-Georges).

Élèves de troisième année. — Prix unique donné par M. le docteur Nivet (médaille d'argent et livres), M. Maurin (Jean-Marie-Émile).

Prix des Hospices, accordé aux élèves internes qui ont montré le plus de zèle dans les soins donnés aux malades, partagé entre MM. Fournial (Louis-Marie) et Maurin (Émile).

Prix Fleury (médaille de vermeil et livres), donné à l'élève q u a recueilli le plus grand nombre d'observations cliniques, M. Maurin (Émile); mention honorable : M. Fournial (Louis).

Prix Renoux (Hippolyte), donné à l'élève qui a le mieux rédigé les cours, M. d'Aurelle de Paladines (Marc-Louis-Adolphe) ; mention honorable : M. Pardoux (Louis).

Pharmacie. — Prix unique donné par M. Nivet (médaille d'argent et livres), M. Citaire (Hippolyte).

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le professeur Bouchard commencera le cours de pathologie et thérapeutique générale le mardi 5 décembre 1882, à cinq heures du soir dans la salle Laënnec et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

— M. Ph. Van Tieghem, membre de l'Académie des sciences, professeur de botanique (organographie et physiologie végétales) au Muséum, ouvrira ce cours le samedi 2 décembre 1882, à

huit heures et demie du matin, dans l'amphithéâtre de minéralogie et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

— *Collège de France.* — Les cours du premier semestre de l'année scolaire 1882-1883 commenceront le lundi 4 décembre 1882. Ils auront lieu dans l'ordre suivant :

Histoire naturelle des corps organisés. — M. le docteur François Franck, remplaçant M. le professeur Marey, traitera des applications de la physiologie à l'étude des maladies de l'appareil circulatoire, le lundi et le vendredi à quatre heures et demie.

Chimie organique. — M. le professeur Berthelot traitera des divers points de philosophie chimique, le lundi et le vendredi à dix heures et demie.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 13733.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX



CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

M. Laboulbène.

Histoire de Galien, sa vie, ses œuvres; son dernier traducteur Charles Daremberg (1).

IV

Un grand nombre d'expériences sur les fonctions du système nerveux ont été instituées par Galien. Il a constaté que si l'on incise ou si l'on enlève sur un animal vivant la dure-mère recouvrant le cerveau et le cervelet, l'animal ne perd ni le sentiment ni le mouvement. Il en est de même quand on coupe les hémisphères cérébraux sans arriver jusqu'à un ventricule. La lésion du quatrième ventricule paralyse l'animal, celle du troisième un peu moins, celle des deux ventricules antérieurs du cerveau n'entraîne presque aucun trouble quand l'animal est jeune, mais le trouble est un peu plus marqué chez ceux qui sont vieux.

Érasistrate, voyant un bœuf blessé entre l'occipital et la première vertèbre devenir immobile, attribuait ce phénomène à la lésion seule de la membrane ; il ne savait pas, ajoute Galien, que le quatrième ventricule avait été atteint.

Je ne puis vous énumérer les recherches originales de Galien sur les divisions de la moelle épinière à diverses hauteurs ; il la coupait dans sa totalité ou dans sa moitié. Il savait trancher le nerf phrénique ; il a donné des préceptes minutieux pour la section des muscles, des nerfs intercostaux et des côtes elles-mêmes.

L'expérimentateur nous apprend qu'il faisait ses expériences sur la moelle épinière en particulier et en public. Il se servait ordinairement de petits cochons, il aurait préféré agir sur des singes, mais la comparaison avec l'homme aurait pu indigner les spectateurs. L'animal, couché sur une table, avait les membres liés. Il se servait du scalpel pour diviser la peau et les muscles post-vertébraux, il pénétrait entre deux vertèbres avec un couteau pointu de fer de Norique.

Galien a voulu connaître les résultats de la perforation des parois pectorales d'un seul ou des deux côtés à la fois, de l'excision d'une ou de plusieurs côtes, de la section et de la compression des nerfs qui se rendent aux muscles intercostaux, au diaphragme, au larynx. On cherche, dit-il, les nerfs sur les parties latérales de la colonne vertébrale, on passe sous eux un petit crochet, ni trop mousse ni trop pointu. On remplace le crochet par le dipyrène, sorte de sonde terminée aux deux bouts par une olive et maintenant le nerf au niveau des bords de la plaie. On glisse enfin une aiguille avec un fil de lin et l'on serre le nœud le plus près possible de la moelle.

Pour les expériences publiques, Galien, qui ne dédaignait pas un effet théâtral, nous apprend qu'avec plusieurs aides, il faisait comprimer, à un signal donné, tous les nerfs ; l'animal qui criait devenait instantanément muet; puis, dès que la constriction cessait, l'animal criait de nouveau. Tantôt on serre un peu plus, tantôt un peu moins, tantôt tous les nerfs, tantôt un certain nombre et la voix se modifie en proportion devant les spectateurs émerveillés de ces changements subits. Il ajoute que la section ou la ligature du pneumogastrique le long du cou fait disparaître la voix plus complètement et plus subitement.

Galien n'a pas connu la circulation du sang ; il avait démontré, contre l'opinion d'Érasistrate, que les artères contiennent du sang et non de l'air, mais il avait fait une expérience qui l'avait induit en erreur. Dénudant une artère, l'ouvrant et plaçant dans sa cavité une tige creuse, puis serrant les parois artérielles de manière à les comprimer sur la tige en empêchant le sang de s'écouler au dehors, il avait vu cette artère cesser de battre. Si on répète cette expérience délicate, on constate que le sang se coagule rapidement dans le tube, les battements disparaissent vite dans l'artère obstruée par un caillot. Supposons que Galien eût mieux fait et mieux compris cette expérience, qui sait s'il n'aurait pas découvert la circulation du sang, ainsi que le remarque un de nos agrégés de physiologie, qui a traduit Harvey et qui porte dignement un nom cher à la Faculté. Vous devinez qu'il s'agit de Charles Richet.

J'abrège, il me suffit de vous avoir montré ces expériences si bien conçues et exécutées, pour vous prouver que Galien a été le créateur de la physiologie expérimentale. Ceux qui ont acclamé sa doctrine ont fait peu ou point attention à ces mémorables essais. La physiologie, même après Harvey et Haller, était presque délaissée lorsque Magendie, Flourens, Charles Bell, Burdach, Longet, Claude Bernard, pour ne

(1) Suite. — Voir le numéro du 28 novembre 1882.

parler que des morts, lui donnant l'essor expérimental, en ont fait une des parties les plus fécondes des sciences médicales.

La pathologie interne galénique offre, au premier rang, le traité *Des Lieux affectés,* qui, suivant l'expression de Dezeimeris, est le plus beau monument qui nous reste de l'esprit d'observation de l'antiquité. Galien cherche autant à reconnaître l'affection ou la diathèse que le lieu affecté ; mais, privé de nos moyens d'investigation, il fait ordinairement un diagnostic rationnel ou médiat, plus rarement un diagnostic physique et immédiat. Son but n'est pas de décrire les maladies, il cherche à établir la relation qu'il croit exister entre le lieu affecté, la nature de l'affection et certains symptômes déterminés. L'anatomie pathologique y fait à peu près défaut.

C'est un traité dogmatique plutôt que descriptif fondé sur cette proposition : que jamais aucune fonction n'est lésée sans que la partie qui lui donne naissance, qui en est le siège ou qui lui en fournit la matière, soit affectée.

Il est difficile et même impossible de montrer les notions exactes que Galien a données sur les maladies en les dégageant de ses ouvrages si nombreux. La lecture de ces traités est rendue pénible par un fatras dialectique, par des répétitions, des emportements de polémique, etc. Les longs et volumineux traités se réduisent, en fin de compte, à quelques pages importantes.

Dans ses livres médicaux, Galien a défini la fièvre : une chaleur contre nature. Il l'a bien distinguée en essentielle et en symptomatique ; il a compris, avant Lancisi, l'importance du voisinage des marais dans les fièvres suivies d'hydropisie et d'induration de la rate.

Je tiens à vous faire voir Galien médecin par la cure suivante, qui fit grand bruit, obtenue sur le sophiste Pausanias, affecté d'une paralysie du sentiment aux deux derniers doigts de la main et à la moitié du doigt du milieu. Le malade avait d'abord eu recours aux médecins de la secte méthodiste, qui appliquèrent force topiques émollients sur les doigts. Comme leurs émollients ne servaient à rien, ils eurent recours aux astringents. Tous ces moyens restant infructueux, le patient fit venir Galien qui demanda s'il y avait eu quelque coup ou blessure au bras. Pausanias ayant dit que non, Galien dirigea ses recherches du côté de la moelle épinière et apprit que le sophiste était tombé de voiture sur une pierre anguleuse et que le coup avait porté entre les deux épaules. D'abord il avait existé une vive douleur, qui s'était calmée pour faire place à une insensibilité qui augmentait de jour en jour. Je devinai, dit Galien, que le mal était entretenu par un reste d'inflammation de la moelle. Je transportai en haut de la région dorsale les médicaments doux et j'obtins la guérison du malade.

Le médecin de Pergame avait pratiqué la chirurgie dans sa jeunesse, sur les monomaques ou gladiateurs ; habile à réduire les luxations et dans l'application des bandages, il n'en avait pas perdu un seul, tandis qu'auparavant ils mouraient presque tous. Plus tard, à Rome, il se livra principalement à la médecine ; voici néanmoins une observation dans laquelle il opéra avec une grande hardiesse chirurgicale :

Un serviteur de Marcellus, le mimographe, ayant reçu, en s'exerçant à la lutte, un coup violent sur le sternum, eut une carie profonde de cet os. Aucun des médecins qui avaient été appelés pour le traiter n'avait osé entreprendre d'enlever l'os corrompu, à cause du mouvement du cœur qu'on sentait immédiatement dessous et dans la crainte d'ouvrir la poitrine. Galien pratiqua cette opération ; le péricarde altéré laissait voir le cœur à nu. Le malade fut guéri en peu de temps.

Galien nous a fait connaître l'histoire d'un chirurgien téméraire qui, ayant enlevé une partie du muscle externe du bras et voulant montrer son adresse, plongea son scalpel en dedans du muscle antérieur, fit un tour de main malheureux, coupa le médian, le radial, le cubital, l'artère et la veine humérales. Étourdi par la violence de l'hémorragie, il n'eut que le temps de lier les vaisseaux ouverts. Le malade n'en perdit pas moins le mouvement et la sensibilité.

J'ai rapporté ce curieux passage pour vous montrer que la ligature des artères était pratiquée du temps de Galien. Nous sommes loin d'Ambroise Paré refusant le cautère actuel et se servant de fil pour oblitérer les vaisseaux artériels, mais la ligature était alors faite aveuglément, tandis qu'Ambroise Paré l'érigea en méthode de traitement contre les hémorragies.

L'arsenal chirurgical était fort pourvu au IIe siècle de notre ère. Vous pourrez lire dans l'*Union médicale,* du 29 septembre 1881, la description d'une collection d'instruments, d'une sorte de *trousse galénique* découverte à Paris, toutefois un peu moins ancienne et du IIIe siècle.

Le traité principal de Galien sur l'hygiène a été longtemps le plus ancien et le meilleur que l'on possédât. En rejetant les théories, il reste un recueil de conseils judicieux. Dans ce livre *De la Conservation de la santé,* Galien passe en revue les agents nuisibles ou utiles. Il trace les préceptes pour conserver la santé dans l'enfance, la vieillesse, avec les différents tempéraments, chez ceux qui ne sont pas maîtres de leur temps.

La médecine légale doit à Galien la docimasie pulmonaire hydrostatique.

La thérapeutique galénique, basée sur la diététique, la pharmacie et la chirurgie, est surtout remarquable par le luxe des médicaments et leur véritable profusion. Galien savait que la foule vante le médecin qui prodigue les drogues. Il prépara plusieurs fois la thériaque, ayant une officine à son usage comme les autres médecins de son époque ; il donna la chair de vipères contre l'éléphantiasis ; il usa et abusa de la polypharmacie avec des mélanges raffinés.

Obéissant à l'esprit de son siècle, Galien recueillait de toutes parts des préparations contre chaque maladie et il en acheta plusieurs à un très haut prix. Pour voir ou pour se procurer certaines substances, il déploya toute son activité : c'est ainsi que, pour trouver le jayet, il côtoya tout le littoral de la Lycie, dans un petit bateau et au péril de sa vie. Il se rendit à Chypre pour y connaître certains métaux ; en Palestine, pour l'asphalte et l'arbrisseau produisant un baume ; à Lemnos, pour y voir préparer la terre sigillée, et il put se convaincre qu'on n'y mêlait pas de sang, contrairement à l'opinion vulgaire.

Vous avez une idée de Galien, vous pouvez porter un jugement en connaissance de cause ; vous regardez, j'en

suis sûr, le médecin de Pergame comme un des hommes les plus remarquables de l'antiquité.

Galien, commentateur et encyclopédiste, a résumé le savoir médical des anciens, il a été comme l'écho de toute la médecine grecque. Dans le système galénique, il y a des solutions pour tous les problèmes; on trouve expliqué longuement, trop longuement, ce qui ne pouvait être compris, et cette manie a fait gonfler encore ses nombreux et volumineux traités.

La théorie des quatre humeurs et des quatre qualités premières a résolu toutes les difficultés. De subtilités en subtilités, le fond de vérité disparaît trop souvent au milieu d'une critique acerbe, d'une fausse humilité envers Hippocrate et du rabaissement des contemporains. Mais que d'observations précieuses lorsque Galien n'a pas sur les yeux le bandeau des idées préconçues! Quand il regarde, sans parti pris, la nature en face, il voit juste et il dit vrai.

HOTEL-DIEU — M. Joffroy.

Paralysie du radial.

Un garçon de magasin habitué à faire d'assez longues courses et à porter des fardeaux d'un certain poids reçoit l'ordre, lundi dernier, de porter sur son crochet, à une distance de 1 à 2 kilomètres environ, un colis pesant 50 kilogrammes. Le crochet du commissionnaire est, comme vous le savez, maintenu par des bretelles passant sur les épaules. Au bout d'une petite demi-heure il arrive à destination, mais le membre supérieur droit est et reste engourdi pendant près de vingt minutes; puis l'engourdissemeut disparaît peu à peu complètement, la main seule restant inerte. Il y avait une paralysie radiale, paralysie pour laquelle il est venu presque aussitôt à la consultation.

Une particularité sur laquelle je veux insister tout de suite, et qui n'a encore été que peu ou point signalée, c'est le côté où cette paralysie siège dans la plupart des cas, c'est-à-dire le membre supérieur droit. Mais pourquoi cette paralysie, presque toujours spontanée et survenant par suite d'une cause qui nous échappe, d'une compression prolongée dans un même point, s'observe-t-elle presque toujours à droite et rarement à gauche? Il est un point surtout, en réalité, où la compression peut déterminer la paralysie qui nous occupe, c'est l'aisselle, surtout chez les gens qui marchent avec des béquilles, dont la traverse vient comprimer le plexus brachial et surtout le nerf radial. La paralysie atteint alors les muscles du bras et de l'avant-bras innervés par lui, bien qu'il ne soit pas non plus très rare d'observer aussi quelques symptômes du côté du cubital, et parfois encore du nerf médian.

Une autre cause de paralysie du radial est le sommeil, c'est-à-dire la compression résultant de la pression prise par le bras pendant la nuit. M. Duchenne (de Boulogne), qui ne voulait admettre que le froid comme point de départ, soutenait invariablement que le malade avait dû dormir le bras hors du lit, d'où refroidissement et paralysie consécutive.

Non, il n'en est pas ainsi. Lorsque l'homme plongé dans le sommeil profond de l'ivresse ou de l'accablement à la suite de fatigues excessives, s'endort la tête appuyée sur son bras, qu'arrive-t-il? C'est que le nerf radial émergeant, comme vous le savez, sur le bord externe de l'humérus, au niveau de la réunion des deux tiers supérieurs de l'os avec son tiers inférieur, se trouve en ce point comprimé par la tête du sujet. Aussi, pour peu que la compression dure quelque temps, on voit se produire les phénomènes inhérents à toute compression nerveuse. Maintenant pourquoi est-ce le bras droit, de préférence au bras gauche, qui se paralyse dans ce cas? parce que c'est le bras droit sur lequel nous avons tous plus ou moins l'habitude d'appuyer notre tête.

Parmi les observations rapportées par Duchenne (de Boulogne), je vous citerai celle d'un individu qui, assis sur une chaise, s'était endormi les bras croisés et se réveillait au bout de quelques heures avec une paralysie du nerf radial. Eh bien! dans ce cas, notre auteur voulut encore voir l'action d'un courant d'air qui aurait influencé l'un des bras pendant le sommeil. Je vous rapporterai encore le fait d'une blanchisseuse fatiguée par son travail, les épaules mouillées, qui s'endort les bras croisés et se réveille avec une paralysie du nerf radial. Là encore, Duchenne (de Boulogne) invoquait l'action du froid.

Chez notre malade la paralysie n'est pas survenue pendant le sommeil, alors qu'il aurait été assis sur une chaise, mais bien à la suite du port d'un lourd fardeau, pendant l'espace de 2 kilomètres. Il ne s'était pas arrêté en route et n'avait pas été exposé à un refroidissement. Nous ne pouvons donc invoquer chez lui ni courant d'air ni froid. Mais nous devons nous rappeler, comme circonstances importantes, que cet homme dut porter un fardeau d'un certain poids, posé sur un crochet dont les bretelles étaient passées autour de ses bras, et qu'il marchait, ainsi chargé, le tronc penché en avant, et les bras croisés pendant près d'une demi-heure. C'est ainsi que les bras serrés avec les mains il a pu exercer une certaine compression sur le nerf radial. C'est ainsi que, grâce à cette compression, il a commencé par éprouver des fourmillements dans une portion de la zone du radial, tandis que la sensibilité restait, comme d'habitude en pareil cas, à peu près intacte; puis cette même zone s'est trouvée complètement paralysée. Ainsi aujourd'hui le poignet tombe et peut difficilement se relever de même que les doigts de la main. Ainsi nous avons constaté une paralysie des extenseurs des doigts, du long extenseur du pouce, des extenseurs du poignet, qui ne peut plus faire aucun mouvement de latéralité. Chez lui il semble aussi que les membres interosseux soient paralysés, mais le fait est plus apparent que réel, car le nerf cubital n'est pas atteint ou très légèrement.

De plus, le malade ne pouvant serrer la main que très faiblement, on pourrait croire de prime abord que les muscles fléchisseurs sont paralysés; cela n'est pas, mais ce qu'il y a, c'est que ces muscles sont dans une situation qui ne leur permet pas de fonctionner librement, situation qui tient à la position même de la main.

Quant au long et au court supinateur, tous deux animés par le nerf radial, ils sont un peu paralysés, mais moins complètement, surtout depuis quarante-huit heures.

C'est ainsi que tous les muscles animés par le nerf radial sont paralysés, mais à des degrés variables; ainsi également le muscle biceps est un peu affaibli dans son action.

Voyons maintenant quelle est la marche de la maladie. Cette paralysie du nerf radial tend généralement à la guérison, guérison plus ou moins lente à se produire selon le degré de compression exercée sur le trajet du nerf et selon la durée du temps pendant lequel cette compression a eu lieu. Dans les cas les plus légers, l'individu se réveille avec un engourdissement plus ou moins prononcé du membre, le bras est

lourd, il est le siège de fourmillements, et au bout de quelques minutes tout disparaît. Dans d'autres circonstances les mêmes phénomènes durent plusieurs heures; dans d'autres enfin, plus exceptionnels, les accidents persistent pendant quelques semaines; mais c'est là généralement la durée maxima.

Chez le malade actuel je ne pense pas que la paralysie persiste longtemps. En effet, dans toute paralysie périphérique due à un trouble de fonctionnement des nerfs et dans laquelle la contractilité électrique est peu modifiée, le pronostic est favorable; mais si cette contractilité électrique est très modifiée, le pronostic, au contraire, devient grave. Chez notre malade cette contractilité est à peu près intacte, elle présente seulement un léger affaiblissement: aussi la guérison me paraît-elle devoir être rapide.

La contractilité électrique a cela de particulier qu'elle n'est pas modifiée aussitôt que la compression de la branche nerveuse a eu lieu, ce n'est qu'un peu plus tard, consécutivement aux altérations qui surviennent dans les tubes nerveux moteurs, s'il s'y produit quelques phénomènes de dégénérescence, etc., etc.

Voilà pour la paralysie résultant de la compression; mais la paralysie périphérique spontanée reconnaît souvent une autre cause, souvent elle atteint aussi le nerf cubital et parfois même le nerf médian. Quelquefois aussi dans la paralysie spontanée de même que dans la paralysie saturnine les accidents atteignent à la fois le nerf radial, le nerf cubital et le nerf circonflexe. Enfin on observe encore la paralysie du nerf radial chez des sujets rhumatisants ou non. Ainsi Duchenne (de Boulogne) rapporte l'observation d'une personne prise de fourmillements et de douleurs dans le nerf radial et chez laquelle les accidents persistèrent pendant trois mois, présentant de temps à autre des exacerbations. Cela se rencontre assez fréquemment dans le cas de paralysie spontanée. Chez le malade de Duchenne (de Boulogne), les phénomènes disparurent au bout de trois mois et furent remplacés par la paralysie et l'atrophie. Dans ce cas-là, les muscles innervés par le nerf radial avaient perdu leur contractilité électrique. Le malade guérit bien néanmoins au bout de deux mois de traitement.

La durée de la paralysie périphérique spontanée ou rhumatismale est généralement de plusieurs mois. J'en ai observé un cas dans ma pratique.

Quand on se trouve en face d'une paralysie du nerf radial, on peut songer, comme je l'ai dit tout à l'heure, au saturnisme; mais le diagnostic n'est pas très difficile parce que dans le saturnisme les deux bras sont ordinairement pris à la fois, bien qu'ils puissent l'être également. De plus, autre signe différentiel: dans le saturnisme, le long supinateur n'est généralement pas paralysé tandis qu'il est atteint, au contraire, dans la paralysie par compression. Il en est de même du court supinateur.

Ceci dit, passons maintenant au traitement. Autrefois on prescrivait, sans grand succès, des frictions avec quelque pommade contenant de la strychnine; mais si elles produisaient parfois quelque heureux effet, elle n'agissait en réalité que par la friction, en facilitant la circulation et non par le médicament lui-même. Quant aux vésicatoires, ou leur action était nulle, ou bien elle favorisait l'atrophie musculaire.

Duchenne (de Boulogne) a préconisé la faradisation, et depuis lors on emploie fréquemment, mais avec modération, les courants continus. Chez notre malade, nous n'avons encore rien fait comme traitement; néanmoins la situation s'améliore, comme le plus souvent cela a lieu dans les cas légers où la guérison n'est qu'une question de temps, une question de jours. Si les accidents sont plus graves, alors on a recours à l'électricité et à la faradisation; enfin, si ces moyens sont insuffisants, on emploie les courants galvaniques.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 2 décembre 1882. — Présidence de M. Laborde.

COMMUNICATIONS

Hémorragie cérébrale d'origine traumatique. — M. BOCHEFONTAINE présente des pièces anatomiques provenant d'un homme qui, à la suite d'une chute sur la voie publique, a eu une hémorragie cérébrale limitée à la protubérance et qui a entraîné une mort rapide. A l'occasion de ce fait, M. Bochefontaine a entrepris un certain nombre d'expériences sur le cadavre, consistant à déterminer des traumatismes analogues à celui dont cet homme a été victime. Les résultats auxquels il est arrivé l'ont conduit à chercher une autre explication que celle des lésions par contre-coup. Ces recherches l'ont conduit à admettre que c'est, dans ces cas, la pression considérable du sang qui produit les lésions. M. Bochefontaine se propose de continuer ces recherches expérimentales.

M. KRISHABER demande à M. Bochefontaine s'il a étudié les lésions qui, dans les abattoirs, sont produites sur les animaux qu'on abat.

M. BOCHEFONTAINE rappelle que cette étude a été faite par M. Duret. On connaît les effets de l'abatage, mais c'est l'explication du mécanisme de ces lésions qu'il recherche. Il faudrait, dans ces expériences, pouvoir éliminer le choc.

M. MAGNAN, qui a observé un assez grand nombre de cerveaux lésés à la suite d'un traumatisme, a constaté la présence de contusions sur les points du cerveau opposés au point du choc. Il y a donc là un effet de vitesse acquise.

M. BOCHÉFONTAINE fait observer que, sur la pièce qu'il présente, il n'y a aucune trace de contusion. Il n'y a qu'un épanchement de sang. Tout ce qu'il a voulu prouver, c'est que le mécanisme des lésions, à la suite d'hémorragie, est autre que celui de la contusion.

M. LABORDE demande à M. Bochefontaine combien de temps après la mort il a fait ces expériences. Elles acquièrent, en effet, une importance d'autant plus grande, qu'elles sont faites à un moment plus rapproché de la mort ou mieux de la vie. Il y a d'ailleurs un moyen d'éclairer le problème soulevé par M. Bochefontaine, c'est d'injecter du sang de chien sur les cadavres en expérience.

La sardine. — M. POUCHET présente, au nom de M. Rœterer, des tableaux statistiques relatifs à l'étude des sardines sur nos côtes. Il résulte, des nombreuses recherches de M. Rœterer, que la sardine du Nord est plus petite que celle du Midi; que, sur la même côte, à mesure que l'année s'avance, les pêcheurs sont obligés de changer les mailles de leur filet et de les faire plus petites, des sardines d'un certain volume disparaissant pour faire place à des sardines plus petites. L'explication de ce fait reste à trouver.

Surdité, bourdonnement d'oreilles, otorrhées d'origine réflexe; guérison par l'extraction de dents cariées. — M. GELLÉ fait une communication sur ce sujet. (Sera publié.)

La séance est levée.

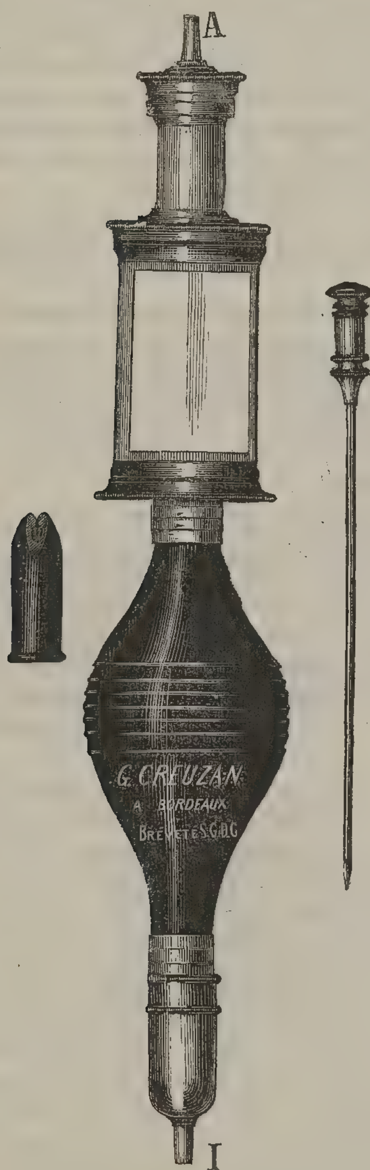
INSTRUMENTS ET APPAREILS

Appareil aspirateur du professeur Picot (de Bordeaux).

L'appareil aspirateur que j'ai fait construire par M. Creuzan, fabricant d'instruments de chirurgie et fournisseur des hôpitaux de Bordeaux, a été conçu pour éviter les inconvénients de la manœuvre des robinets de l'aspirateur Dieulafoy et ceux de la nécessité de faire d'abord le vide dans une bouteille de l'appareil Potain.

De plus, il évite l'ennui des pistons des mêmes aspirateurs, qui se détériorent souvent.

Il est d'une extrême simplicité et se compose d'une poire de caoutchouc dont la pression, grâce à un système de soupape spécial, permet de faire une pompe à la fois aspirante et foulante. Sur cette poire, comme le montre la *figure*, est fixé un récipient de verre dans lequel se précipite le liquide aspiré et qui permet de



constater immédiatement la nature de ce liquide. Dans les cylindres A et I sont placées les soupapes qui assurent le fonctionnement de l'appareil.

C'est particulièrement en vue de la ponction de la plèvre que j'ai fait construire cet appareil qui a encore l'avantage considérable de ne pas permettre l'introduction de l'air dans la cavité dont on veut évacuer le contenu liquide. Avec lui, en effet, grâce à la disposition des soupapes, il est absolument impossible qu'une erreur de manœuvre fasse pénétrer l'air dans la cavité pleurale ou toute autre que l'on ponctionne. Il est de toute évidence que cet instrument trouve son emploi dans toutes les circonstances où le médecin veut faire une aspiration dans une cavité contenant un liquide, et qu'il est possible de s'en servir pour évacuer à l'abri du contact de l'air, et avec toute la puissance que donne l'aspiration, les épanchements des diverses cavités séreuses, le liquide des kystes hydatiques, celui des abcès profondément situés, etc. De plus, l'instrument en question, quand on le retourne, d'aspirateur qu'il était devient un excellent injecteur; il permet de faire des lavages tant à la surface des plaies que dans la profondeur des tissus ou dans les cavités normales ou pathologiques. Ces avantages multiples sautent aux yeux, et pas n'est besoin de les développer davantage, je le crois.

Depuis trois mois que j'ai cet instrument en ma possession, je m'en suis servi, dans mon service de clinique, pour un certain nombre de ponctions aspiratrices de la plèvre en présence des nombreux élèves qui suivent mon enseignement. Il a fonctionné avec la plus grande facilité et la plus grande régularité et sa manœuvre est si simple que la même personne peut, tout en maintenant le trocart en place, faire manœuvrer l'instrument sans aucune fatigue et sans être préoccupée d'autre chose que de surveiller les effets produits sur le malade par l'évacuation du liquide pleural. Je crois donc que, pour le praticien qui n'a pas toujours à sa disposition des aides à l'attention desquels il puisse s'en rapporter, cet instrument sera très précieux puisqu'il permet d'agir sans autre aide que celui chargé de tenir le bassin dans lequel se déverse le liquide aspiré. Pour la manœuvre de cet appareil, que l'on veuille en faire un aspirateur ou un injecteur, il suffit de diriger l'extrémité munie du réservoir en verre dans le sens du liquide qui doit être aspiré. Pour le nettoyer il suffit d'y faire passer un courant d'eau phéniquée et d'essuyer les soupapes.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1882.

342. M. Stopin. Le zona du membre supérieur. — 343. M. Mayet. Du traitement doux du larmoiement et de la dacryocystite. — 344. M. Toubin. De l'albuminurie consécutive aux excitations cutanées. — 345. M. Kemhadjiam-Mihran. Contribution à l'étude de la paralysie bilatérale du dilatateur de la glotte. — 346. M. Broussin. Étude sur la taille hypogastrique. — 347. M. Rivière. Des fistules stercoro-purulentes. — 348. M. Robin. Des kystes spermatiques. — 349. M. Delattre. De l'alimentation artificielle et des poudres alimentaires. — 350. M. Danopoulos. De la lymphangite utérine et de ses rapports avec l'infection générale puerpérale. — 351. M. Talayrach. Du pneumo-thorax ; première manifestation de la tuberculose. — 352. M. Gosselin. Étude sur les rapports de la tuberculose et du cancer. — 353. M. Batut. De la scarlatine chirurgicale. — 354. M. Giraud. Des phlyctènes dans les fractures. — 355. M. Samsoen. Étude sur la paralysie saturnine. — 356. M. Ferrand. Contribution à l'étude de la phtisie laryngée, la dysphagie et ses conséquences. — 357. M. Riolan. Quelques considérations sur la pleurésie aiguë, franche, et sur son traitement particulièrement par les frictions mercurielles unies aux purgatifs et aux diurétiques. — 358. M. Negel. De la syphilis rénale. — 359. M. Brothier. De la forme apyrétique de la dothiénentérie. — 360. M. Rousseau. Relations de la fièvre typhoïde avec la grossesse. — 361. M. Varaillon. De l'adénie. — 362. M. Forfer. Étude sur les déviations utérines, sur les troubles réflexes consécutifs à ces déviations, et de leur traitement par l'anneau pessaire. — 363. M. Putnam. Recherches sur les troubles de l'appareil vaso-moteur dans le tabes sensitif. — 364. M. Castang. De la marche du délire chronique. — 365. M. Rabreau. Étude sur la médication salicylée dans la fièvre typhoïde. — 366. M. Samsoen. Étude sur la paralysie saturnine. — 367. M. Detès. Contribution à l'étude du trachéo-

cèle. — 368. M. Gehé. Des kystes de la langue. — 369. M. Vacher. De la glycosurie dans les abcès du sein chez les nourrices. — 370. M. Lassalle. Considération sur le traitement des fractures de jambe compliquées par l'attelle plâtrée immédiate. — 371. M. De La Croix. De la stéatose atrophique consécutive aux fractures de cuisse chez les vieillards.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Dès la première séance du concours de l'agrégation (pathologie interne et médecine légale), sept candidats sur vingt-sept, MM. les docteurs Balzer, Barth, Brissaud, Cuffer, Dejérine, Labadie-Lagrave et Moutard-Martin (Robert), n'ont pas répondu à l'appel de leur nom et se sont, par suite, retirés du concours.

La seconde séance a eu lieu samedi, à onze heures. L'ordre du jour portait : composition écrite. La question sortie de l'urne a été : 1° *Anatomie*, «texture des artères»; 2° *Physiologie*, «du pouls à l'état physiologique».

La lecture des copies aura lieu dans l'ordre suivant :

Lundi 4 décembre. — MM. Hutinel, Brousse, Schmitt et Robin, suppléant.

Mardi 5. — MM. Robin, Ballet, Clément et Oulmont, suppléant.

Mercredi 6. — MM. Oulmont, Grenier, Dreyfous et Du Castel, suppléant.

Jeudi 7. — MM. Du Castel, Quinquaud, Merklen et Dreyfus-Brissac, suppléant.

Vendredi 8. — MM. Dreyfus-Brissac, Hanot, Bard et Letulle, suppléant.

Samedi 9. — MM. Letulle, Baumel, Blaise et Leroy, suppléant.

Lundi 11. — MM. Leroy et Artigalas.

— Par décret en date du premier décembre 1882, ont été promus dans le corps de santé de l'armée de terre :

Au grade de médecin principal de première classe : M. Pallé.

Au grade de médecin principal de deuxième classe : M. Massoutié.

Au grade de médecin-major de première classe : MM. Letellier, Mangenot, Moret, Strauss, Debout, Gentit et Blanche.

Au grade de pharmacien-major de première classe : M. Frizac.

— Nous recevons la douloureuse nouvelle de la mort subite de M. le docteur Lambron, médecin inspecteur des eaux de Luchon.

— *Faculté de médecine de Nancy*. — Prix pour l'année scolaire 1881-1882. Première année (chimie, physique et histoire naturelle). Prix : M. Griffe ; mention honorable : M. Marcus. — Deuxième année (anatomie et physiologie). Prix : M. Bauquel ; mentions honorables : 1re, M. Vautrin ; 2e, M. Herr. — Troisième année (médecine). Prix : M. Loison. — Quatrième année (chirurgie). Prix : M. Bruncher; mention honorable : M. Schürrer. — *Prix Bénit* ou *Prix de l'Internat*. Prix : M. Guillemin; mention très honorable : M. Parisot. — *Prix de thèse* : M. Thiébaut; mentions très honorables : MM. Lemaire, Ganzinotti, Lambling; mentions honorables : MM. Ricoux, Bernardy, Macé.

— *École de médecine de Marseille*. — MM. Giraud (Fernand-Paul) et Camoin (Jérôme-Louis-Étienne) sont nommés aides d'anatomie et de physiologie, en remplacement de MM. Huyette et Alezais, dont le temps est expiré.

— *Faculté des sciences de Paris*. — M. Pruvot, licencié ès sciences naturelles, docteur en médecine, est nommé préparateur de zoologie, en remplacement de M. Camus, démissionniare.

— *Faculté des sciences de Montpellier*. — M. le professeur Gervais de Rouville est maintenu, pour trois ans, dans les fonctions de doyen de ladite Faculté.

— *Faculté des sciences de Toulouse*. — M. Barthélemy, professeur suppléant, est en outre chargé, pendant l'année scolaire 1882-1883, de conférences de travaux pratiques de zoologie.

M. Filhol (Henri), professeur de zoologie, est autorisé à se faire suppléer, pendant l'année scolaire 1882-1883, par M. Barthélemy, docteur ès sciences.

M. le professeur Baillaut est maintenu, pour trois ans, dans les fonctions de doyen de ladite Faculté.

M. Huguet, bachelier ès sciences, est délégué dans les fonctions de préparateur adjoint de physique, en remplacement de M. Gomien, appelé à d'autres fonctions.

— *École pratique des Hautes-Études*. — M. Van Tieghem, membre de l'Institut, professeur au Muséum d'histoire naturelle, est nommé membre de la Commission de patronage de la section des sciences naturelles à l'École pratique des Hautes-Études, en remplacement de M. Decaisne, décédé.

M. Pomay, licencié ès sciences physiques et mathématiques, ancien élève de l'École polytechnique, est chargé des fonctions de moniteur près le laboratoire de chimie minérale de l'École pratique des Hautes-Études (section des sciences physico-chimiques), en remplacement de M. Bleunard.

M. le docteur Bertrand (Joseph-Jean-Eugène) est chargé, pour un an, des fonctions de directeur-adjoint du laboratoire de recherches, en remplacement de M. le docteur Nordenson.

M. Paul Maury, bachelier ès lettres et ès sciences, maître répétiteur (deuxième classe) au lycée Saint-Louis, est chargé, à titre temporaire, des fonctions de préparateur au laboratoire de botanique (classification des familles naturelles), en remplacement de M. Léon Berthelot, en mission.

— Sont institués, pour une période de dix ans, agrégés des écoles supérieures de pharmacie (section des sciences physico-chimiques) :

MM. Villiers-Moriamé (Charles-Antoine-Théodore), né à Carcassonne (Aude), le 6 janvier 1854 ; — Moissan (Ferdinand-Frédéric-Henri), né à Paris, le 28 septembre 1852 ; — Held (Charles-Alfred), né à Colmar (Haut-Rhin), le 16 juillet 1858 ; — Massol (Noël-Gustave), né à Montpellier (Hérault), le 12 novembre 1857 ; — Malosse (Jean-Léon-Louis-Socrate-Théodore), né à Sagnès-et-Goudoulet (Ardèche), le 20 mai 1848.

— *École de pharmacie de Nancy*. — Prix de l'année scolaire 1881-1882. Première année (chimie minérale, physique et histoire naturelle). Prix : M. Grandsire ; mention honorable : M. Birgi. — Deuxième année (pharmacie et matière médicale). Prix : M. Klobb.

Travaux pratiques. — Première année : médaille d'argent avec livres : M. Birgi ; médaille de bronze : MM. Wolf et Simonin. — Deuxième année (chimie et pharmacie); médaille d'argent avec livres : M. Morel; — (micrographie), médaille d'argent avec livres M. Brunotte.

— Par décret en date du 25 novembre 1882, les fonctions de secrétaire agent comptable des facultés et établissements d'enseignement supérieur, dans les départements, actuellement réunies entre les mêmes mains, seront séparées à partir du 1er janvier 1883. Dans chaque Faculté ou établissement d'enseignement supérieur, un secrétaire est chargé de la partie administrative, notamment de l'assiette des droits à percevoir et de toutes autres attributions qui lui seront conférés par le ministre de l'instruction publique, dont il relève exclusivement. Le service financier des facultés et établissements d'enseignement supérieur, comprenant le recouvrement de tous les droits et produits revenant au Trésor et aux communes, le remboursement des consignations versées par les étudiants, la constatation des droits acquis au Trésor et la tenue des écritures est confiée, dans les départements, aux percepteurs des contributions directes.

— L'École municipale d'infirmiers et d'infirmières de la Pitié ouvrira ses cours le mercredi 6 décembre à 8 heures du soir.

— Un violent incendie vient de détruire tout un pavillon de l'hôpital de Rochefort.

— Le Conseil municipal de Nancy a décidé, dans sa dernière séance, que le buste de notre regretté confrère le docteur Crevaux,

massacré au mois d'avril dernier par les Indiens Tobas, serait placé dans le Jardin botanique de cette ville.

— Le concours pour l'internat de l'asile des aliénés de Cadillac vient de se terminer par la nomination de M. Puech.

— M. le professeur Edmond Perrier commencera le cours de zoologie (annélides, mollusques et zoophytes) le jeudi 7 décembre 1882, à deux heures et demie, dans la galerie de zoologie du Muséum, et le continuera les samedis, les mardis et les jeudis suivants à la même heure. Il exposera dans ces leçons générales, qui auront lieu le jeudi, les résultats acquis par les expéditions de draguages relativement à la faune des grandes profondeurs. Dans les leçons pratiques qui auront lieu au laboratoire le mardi et le samedi, il traitera de l'organisation, de la morphologie, et des rapports des annélides, des mollusques et des zoophytes.

— M. Frémy, membre de l'Académie des sciences, professeur de chimie inorganique au Muséum, commencera ce cours le mercredi 6 décembre 1882, à deux heures et demie, dans l'amphithéâtre (63, rue de Buffon), et le continuera les mercredis suivants à la même heure.

— *Collége de France.* — Les cours du premier semestre de l'année scolaire 1882-1883 ont commencé le lundi 4 décembre 1882. Ils ont lieu dans l'ordre suivant :

Anatomie générale. — M. le professeur Ranvier, le mardi et le jeudi, à quatre heures. Il traitera des membranes muqueuses et du système glandulaire.

Embryogénie comparée. — M. le professeur Balbiani, le mardi et le samedi, à une heure et demie. Il traitera des phénomènes du développement chez les Arthropodes et les comparera à ceux des animaux des autres embranchements.

Médecine. — M. le professeur Brown-Séquard étudiera comparativement les effets des lésions et des maladies des diverses parties du système nerveux, le mercredi et le vendredi, à dix heures.

Histoire naturelle des corps inorganiques. — M. le professeur Fouqué traitera des roches volcaniques au point de vue de leur âge, le jeudi et le samedi, à neuf heures du matin.

Chimie minérale. — M. le professeur Schutzenberger fera la critique expérimentale des lois numériques de la chimie, le mercredi et le samedi, à une heure et demie.

Physique générale. — M. Maurice Lévy, suppléant M. le professeur Bertrand, traitera d'un essai de synthèses de l'élasticité de l'optique et de l'électricité ainsi que de quelques applications de la première de ces sciences, le mardi et le vendredi, à une heure.

Physique expérimentale. — M. le professeur Mascart traitera des mesures d'électricité, le mardi et le samedi, à dix heures et demie.

— *Cours public sur les maladies des yeux.* — M. le docteur Galezowski commencera ce cours à l'École pratique de la Faculté (amphithéâtre n° 2), le mercredi 6 décembre, à huit heures du soir, et il le continuera les mercredis suivants à la même heure. Ce cours comprendra l'étude des altérations oculaires dans les maladies de la moelle épinière et du cerveau. La fin de chaque séance sera consacrée à des démonstrations ophtalmoscopiques.

— *Avis.* — Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 13744.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La fin du discours de M. Bouchardat a occupé toute la séance.

L'éminent hygiéniste a surtout insisté sur la nature parasitaire de la fièvre typhoïde et sur ce qu'il nomme son traitement *par l'hygiène*.

Dans l'hygiène il a fait rentrer toutes les médications qu'on peut considérer comme paraticides ; et comme moyen prophylactique, il a conseillé l'inoculation d'un virus typhoïdique affaibli, que l'on obtiendrait par la culture, après en avoir pris le germe dans les plaques rosées lenticulaires.

HOPITAL DU MIDI. — M. CHARLES MAURIAC.

Syphilides muqueuses (1).

II

Le mot *Plaque muqueuse* qui a prévalu et qui est encore aujourd'hui le plus usuel, bien que tout le monde soit d'accord pour le trouver défectueux, n'est pas le seul dont on ait désigné les syphilodermies muqueuses. Leur synonymie est très riche et fort variée. On les trouve décrites, dans différents auteurs, sous le nom de *pustules plates*, *pustules humides*, *condylomes*, *tumeurs condylomateuses*, *tubercules humides ou muqueux*, *tubercules plats*, etc. Toutes ces dénominations dont plusieurs sont tombées en désuétude ne méritent guère d'être conservées. Elles appartiennent à une époque où on n'avait encore qu'une notion confuse des nombreuses variétés que présentent les lésions secondaires des muqueuses. Si l'on y a recours quelquefois pour la facilité du discours, il ne faut pas les prendre dans leur sens absolu, mais comme une désignation générale embrassant tous les modes éruptifs qui peuvent se produire sur les surfaces muqueuses ou mucoso-cutanées, pendant la phase virulente de la syphilis.

Les syphilides muqueuses sont un des accidents les plus précoces de l'intoxication généralisée. D'ordinaire, elles ne surviennent que quelques jours après l'apparition des exanthèmes spécifiques, mais quelquefois aussi elles les précèdent. Leur début est donc facile à fixer, c'est à peu de chose près celui même de la syphilis secondaire. Il n'est pas aussi aisé de dire à quelle époque précise elles deviennent incapables de se reproduire. En mettant deux ans et demi ou trois ans comme durée moyenne de leur existence, on est à peu près dans le vrai. Mais il y a des cas où leurs récidives s'étendent au delà et surviennent dans le cours de la quatrième, de la cinquième et peut-être même de la sixième année, à partir du début de l'intoxication. De pareils faits sont exceptionnels (1).

Comme, dans toutes les manifestations syphilitiques, il y a, dans les lésions secondaires mucoso-cutanées, une spontanéité qui rélègue bien loin toutes les causes accessoires ou occasionnelles. Les irritations pathologiques ou mécaniques, lorsqu'elles se concentrent sur certaines muqueuses ou sur certaines surfaces cutanées, peuvent à la longue et par leur action répétée, préparer le terrain, le transformer, le rendre fécond et mettre en jeu des germes morbides qui sommeillaient pour le moment ou attendaient pour éclore des circonstances favorables. Vous verrez des malades qui sont eux-mêmes les artisans de la repullulation incessante de plaques muqueuses, qui se fait chez eux sur tel ou tel point du corps. Mais, par contre, vous en rencontrerez d'autres qui évitent soigneusement tout ce qui pourrait provoquer ces sortes d'éruptions, et qui cependant ne sont pas plus épargnés que les imprudents. Indépendamment de la diathèse,

(1) Suite. — Voir le numéro du 30 novembre 1882.

(1) Je donne des soins à un malade qui a contracté un chancre infectant, au mois de septembre 1878. Les accidents cutanés ont été à peu près nuls ; mais il a presque toujours souffert de la gorge, malgré le traitement spécifique qu'il a suivi avec exactitude et les soins qu'il a pris d'éviter toute excitation de ce côté-là. Au mois de janvier 1882, après être resté cinq ou six mois sans éprouver aucun accident, il lui est survenu une large plaque opaline typique de la grandeur d'une pièce de 1 franc sur le pilier droit. — Guérison au bout de deux ou trois semaines. — Au commencement de mai même année, *trois ans et demi* après le chancre, nouvelle plaque opaline dans le même point; — aucune douleur, aucun trouble fonctionnel. — Rien sur les autres parties du corps. Santé très florissante.

il y a aussi la prédisposition individuelle qui joue un rôle considérable. Le sexe féminin, par exemple, toutes choses égales d'ailleurs, est beaucoup plus sujet que le nôtre aux syphilodermies mucoso-cutanées.

Les lésions fondamentales de toutes les syphilides muqueuses résolutives consistent, comme dans la peau, en un mouvement congestif et hyperplasique qui occupe la couche dermo-papillaire et la pénètre plus ou moins profondément. Nous devons donc retrouver sur les membranes envahies les caractères objectifs de l'érythème et de la papule. De ces deux types générateurs, c'est le second qui prédomine dans la genèse des plaques muqueuses. Il règne même exclusivement sur les surfaces cutanées qui ont un caractère semi-muqueux ou qui ont subi accidentellement la transformation muqueuse. L'érythème, au contraire, se développe de préférence sur les muqueuses vraies. Ne vous attendez pas toutefois à le trouver là avec tous les attributs qu'il a sur la peau. La délicatesse du tissu dermo-papillaire, son abondante irrigation sanguine et lymphatique, la minceur et la finesse de l'épithélium lui font subir quelques modifications superficielles. Mais ce qui lui imprime surtout le cachet de spécificité qui rend sa physionomie si saisissante, c'est qu'il se combine avec un certain degré d'hyperplasie; il devient érythémato-papuleux et, ainsi constitué, il forme des lésions circonscrites, diffuses ou figurées dont la surface opaline, pseudo-membraneuse ou érosive, plane, légèrement courbée ou déprimée à son centre et, un peu saillante sur ses bords, sécrète sans cesse des produits virulents liquides ou demi-solides. Cette étrange lésion n'a sur la peau rien qui lui ressemble. On peut dire que son originalité est complète, son autonomie absolue. Quoiqu'elle ait été l'objet de nombreuses recherches, je crois qu'on n'a pas encore dit le dernier mot sur sa constitution intime. Je vois en elle l'amalgame de la tache érythémateuse et de la papule plate; mais dans quelle mesure? Voilà ce qu'il est difficile de déterminer. Si j'avais à lui trouver une lésion analogue dans la dermatopathie cutanée, je choisirais la tache de roséole maculeuse et surtout celle dans laquelle les nuances de l'érythème se groupent autour du centre proéminent sous forme de zones concentriques.

Je tenais à vous marquer la différence qui existe entre les syphilides des muqueuses proprement dites et celles des surfaces mucoso-cutanées. On a tort de trop les confondre. Si transformée que soit la peau par l'humidité, la chaleur, la macération de son épiderme et toutes les causes pathologiques ou mécaniques susceptibles de l'irriter et de l'hyperhémier, elle n'en reste pas moins un tégument externe, et aucune de ses lésions ne reproduit exactement la vraie plaque érythémato-papuleuse des muqueuses proprement dites. — La pathologie des surfaces mucoso-cutanées (1) n'est à vrai dire qu'une annexe des dermatopathies papuleuses que nous avons décrites dans la leçon précédente. — Les symptômes doivent donc être étudiés séparément sur les muqueuses et sur les surfaces mucoso-cutanées.

1° Sur les muqueuses la lésion débute insensiblement, et presque toujours sans causer aucune sensation douloureuse, par une tache d'un rouge sombre au centre, un peu moins foncé à la circonférence. Ses contours sont arrondis, circulaires ou elliptiques; un peu vagues au début, ils s'accusent de plus en plus, mais sans former toutefois une croûte linéaire tranchant d'une façon très nette sur les parties voisines. A mesure que la tache se constitue, elle semble prendre un peu de corps, c'est-à-dire qu'elle tuméfie les tissus qui sont au-dessous d'elle et leur fait faire une saillie diffuse. En même temps sa surface, de rouge qu'elle était primitivement, devient blanchâtre, d'un gris clair, *opaline* (1). C'est cette dernière épithète qui rend le mieux la nuance de la teinte; aussi a-t-elle été adoptée par tout le monde. L'opalinité est générale ou partielle, permanente ou temporaire. Ordinairement, elle persiste et constitue un caractère si prédominant de la lésion qu'on l'a désignée sous le nom de *Plaque opaline*. Il y a des taches érythémato-papuleuses qui restent rouges, lisses, brillantes, comme vernissées et nuancées de zones à teintes variées qui leur donnent un aspect irisé. Ces zones alternent quelquefois avec des cercles d'opalinité; d'autres fois cette opalinité, au lieu d'être circulaire, forme à la surface un réseau réticulé, une sorte de dentelle à travers les interstices de laquelle on voit le fond rouge érythémateux. La tache peut se bomber en manière de pastille et devenir une véritable papule à surface rouge sanguinolente, à base nettement circonscrite et entourée d'un liséré d'épithélium opalinisé. — Il lui arrive aussi de former une saillie étalée dont il est difficile de déterminer les contours. Il n'est pas rare en pareil cas de voir le centre se déprimer, tandis qu'une molle ondulation annulaire se forme à la périphérie. Vous voyez là des ébauches de papules avec un fond constant d'érythème. C'est cette combinaison, en proportion variable, qui explique la physionomie générale de la plaque et les nuances si nombreuses qu'elle présente durant son processus. Dénudée, dépouillée de son revêtement opalin, vous la verrez finement granulée et érosive. D'emblée aussi, elle pourra prendre ce dernier caractère et rester érosive depuis son début jusqu'à sa disparition. Parfois sa surface, au lieu d'être opaline, sera grisâtre et pseudo-membraneuse. Il arrivera que son centre deviendra franchement ulcéreux, sans toutefois se creuser bien profondément, etc. Nous reviendrons tout à l'heure sur toutes ces variétés. Je vous ai montré la plaque érythémato-papuleuse isolée. Mais habituellement l'éruption spécifique fait pousser plusieurs lésions semblables sur le même point. Il y en a même qui en sont littéralement couverts. Les plaques, en devenant confluentes, tangentes, en se pénétrant l'une l'autre, changent d'aspect, et n'en demeurent pas moins foncièrement les mêmes. Quelquefois pourtant elles affectent dans leur juxtaposition cette forme circinée qu'on trouve à peu près invariablement dans toutes les dermatopathies cutanées et muqueuses d'origine spécifique. Je vous ai dit précédemment que l'érythème des muqueuses à son degré le plus élémentaire dessinait des rubans rouges, en arc, en ellipse, en fer à cheval, en cercle, en 8 de chiffre, etc., sur certaines surfaces où il trouvait assez de place pour se développer. J'ai souvent observé ces rubans rouges parsemés d'opalinités sur la voûte palatine et le voile du palais, plus rarement sur la face interne des joues et des lèvres.

2° Les syphilides des surfaces mucoso-cutanées ne ressemblent nullement à la lésion que je viens de décrire. La papule, sous sa forme la plus accentuée, s'y établit à peu près exclusivement. L'érythème n'y figure que comme tache transitoire, servant de prélude à l'exanthème dermo-papillaire.

(1) J'appelle ainsi, pour abréger, les parties de la peau qui subissent accidentellement des modifications par suite desquelles elles se rapprochent plus ou moins de la constitution des muqueuses.

(1) Nous devons cette épithète si exacte à M. le Dr Bassereau.

Sans doute vous trouverez fréquemment soit autour des papules, soit dans leur intervalle et en particulier au fond du sillon cutané, des rougeurs diffuses, une véritable hyperhémie inflammatoire sèche ou suintante, avec ou sans abrasion épithéliale, etc.; mais ne croyez point que ce soit là une altération spécifique. C'est le résultat d'une irritation d'ordre commun. Cette irritation diffuse ne se fragmentera pas en taches permanentes d'érythème syphilitique; mais elle constituera un terrain ramolli, arrosé de ses sucs, hersé pour ainsi dire de son épiderme par les frottements, et merveilleusement approprié à la végétation papuleuse qui va l'envahir.

Ce qui caractérise les papules des surfaces mucoso-cutanées, c'est, en effet, l'exubérance de la sève. L'hyperplasie dermo-papillaire n'étant plus bridée par un épithélium dont les couches cornées ont été détruites, amincies ou macérées, se donne libre carrière et tend à l'hypertrophie centrifuge. La poussée se fait en dehors dans chaque papule. Ses racines restent à fleur de peau; elles ne s'enfoncent pas dans l'épaisseur du derme; elles ne gagnent pas en profondeur. C'est là ce qui explique pourquoi ces produits condylomateux, malgré le volume monstrueux qu'ils peuvent acquérir lorsque rien ne vient contrarier leur élan, sont si faciles à réprimer et à détruire, quand on les soustrait aux conditions où ils puisaient leur activité végétative.

Outre qu'elles tendent naturellement à l'hyperplasie, les papules des surfaces mucoso-cutanées sont remarquables par leur nombre. Elles deviennent facilement confluentes et couvrent des régions entières de tumeurs touffues, pressées les unes contre les autres, qui font assaut de croissance et constituent d'épaisses nappes mamelonnées sur lesquelles s'efface la configuration naturelle des parties envahies.

Isolées ou confluentes, petites ou volumineuses, plates ou saillantes, ces corps de papules présentent un caractère essentiel et qui ne leur fait jamais complètement défaut pendant toute leur durée : elles sont humides, c'est-à-dire que leur surface, dépouillée des couches cornées de l'épiderme qui pourraient s'opposer à leur sécrétion, laisse incessamment transsuder un liquide d'un jaune clair, visqueux, qui empèse et tache le linge en gris comme la sérosité d'un vésicatoire.

Ces papules humides sont susceptibles de subir certaines déviations morbides qui altèrent leur physionomie sans rien changer à leur essence. Vous en trouverez sur les confins de la surface mucoso-cutanée du côté de la peau, qui deviennent momentanément squameuses, tandis que, sur les confins du côté des muqueuses, elles s'aplatissent, s'étalent et se lubrifient comme la vraie plaque des membranes muqueuses. — Quelques-unes s'érodent et saignent alors facilement; d'autres se détruisent par ulcération; enfin, dans la masse compacte, des tumeurs condylomateuses exubérantes, le combat pour cette vie surmenée que chacune est obligée de soutenir n'est pas également favorable pour toutes. On en voit qui meurent étouffées, et çà et là des taches de sphacèle annoncent une existence qui s'éteint faute d'aliments pour la soutenir.

La peau sur laquelle s'implantent les papules humides ne conserve pas toujours son intégrité. Il arrive fréquemment qu'elle s'épaissit, s'indure et se sclérose, surtout lorsque la pullulation est confluente et très active. Le tissu cellulaire s'œdématie, s'enflamme parfois, devient phlegmoneux. Il est rare qu'il n'existe pas autour de la base des plaques une auréole d'hyperhémie plus ou moins aiguë qui envahit dans quelques cas toute la région et dégénère même en une phlegmasie érysipélateuse. Ce sont là les complications les plus fréquentes; elles naissent spontanément, ou bien, ce qui est le plus ordinaire, sont provoquées par la malpropreté, l'incurie, les froissements répétés des surfaces tégumentaires en contact. Alors apparaissent les phénomènes subjectifs dont je ne vous ai point parlé jusqu'ici parce qu'ils font presque toujours défaut, quand aucune cause d'irritation n'intervient pour exaspérer le processus. Ces phénomènes consistent en douleurs plus ou moins vives ou en démangeaisons; mais ils n'ont aucun retentissement sur la santé générale, à moins qu'ils ne troublent quelque fonction importante comme celle de la déglutition, ou que la lésion ne subisse les déviations soit phlegmoneuses, soit ulcéro-gangreneuses.

CLINIQUE DE RIO-DE-JANEIRO. — M. FORT.

Nécrose du frontal; extraction du séquestre; mise à nu des membranes du cerveau; guérison.

Le 8 juin 1881, les docteurs Continentino Junior, directeur de l'hôpital de Saint-Jean-Baptiste de Nictherohy, et Andrade, chirurgien du même hôpital, me montrèrent une malade portant au-dessus et à droite du front une large fistule suppurant abondamment. Le pus était animé de battements isochrones aux pulsations artérielles. Le stylet arrivait sur une surface osseuse dénudée et rugueuse. La maladie datait de cinq mois.

Ayant déclaré qu'une opération seule pouvait guérir cette malade, je fus prié de fixer un jour.

Le 13 juin, la malade fut chloroformée. Après avoir rasé la partie antérieure du cuir chevelu, je fis une incision cruciale, dont la partie horizontale mesurait quatorze centimètres, s'étendant d'une région temporale à l'autre et dont la partie verticale, étendue de la racine du nez à la fontanelle antérieure, mesurait environ treize centimètres. Ces incisions furent faites en plusieurs temps, à mesure qu'il était nécessaire de découvrir une nouvelle portion d'os malade. Un grand nombre d'artères furent divisées; l'hémostase offrit quelques difficultés.

La portion d'os malade occupait le centre du frontal, dépassait la ligne médiane à gauche, s'étendait en hauteur depuis le sinus frontal jusqu'à la suture fronto-pariétale et gagnait à droite la partie antérieure de la fosse temporale.

L'os malade a un aspect rougeâtre; ce sont des granulations situées dans l'épaisseur et au-dessous de l'os, qui font saillie à travers les orifices dont la surface osseuse est criblée.

Avec la rugine, j'écarte le périoste et je constate que les granulations ainsi que la surface osseuse sont très molles.

J'enlève une couche osseuse et des bourgeons charnus dans une étendue de plus de cinquante centimètres carrés et dans une épaisseur relativement considérable. J'avançai toujours en ruginant et en détruisant jusqu'à ce que je sentis un séquestre se mouvoir sous mes instruments. Je le saisis avec des pinces; il était composé d'une pièce principale de dix centimètres carrés et de petits fragments accessoires qui s'étaient séparés. Les parties nécrosées avaient l'épaisseur d'un frontal ordinaire et étaient évidemment formées par l'ancien os.

Le séquestre enlevé, je constatai, non sans émotion, que la dure-mère était à nu. Les médecins de l'hôpital, présents à l'opération, purent constater la dénudation de cette membrane.

Je continuai à enlever toutes les parties malades et je détachai quelques bourgeons charnus qui s'étaient insinués entre le frontal et la dure-mère. Je raclai la surface de la dure-mère et, les bourgeons charnus étant enlevés, je réunis les bords des incisions par vingt-deux points de suture avec du fil d'argent, espérant une réunion par première intention.

Le pansement antiseptique de Lister a été employé dans toute sa rigueur. Il n'y eut pas un instant de fièvre. La malade fut alimentée depuis le premier jour avec des aliments solides. Les fils furent enlevés le neuvième jour.

La partie droite de la suture horizontale s'ouvrit pour laisser passer un peu de pus fourni par les bourgeons charnus qui n'avaient pu être enlevés pendant l'opération. Ce trajet fistuleux diminua peu à peu; il est resté un tout petit pertuis fistuleux d'où sort un peu de sérosité purulente.

Encore un triomphe du pansement de Lister.

ANATOMIE GÉNÉRALE

Des modifications de structure qu'éprouvent les tubes nerveux en passant des racines spinales dans la moelle épinière (1).

Par M. le professeur L. Ranvier.

Les tubes nerveux des racines spinales, comme ceux des nerfs périphériques, sont entourés d'une gaine membraneuse (gaine de Schwann) et possèdent des étranglements annulaires. En revanche, ainsi que je l'ai montré il y a longtemps déjà (2), les tubes qui entrent dans la constitution des centres cérébro-spinaux n'ont ni gaine de Schwann ni étranglements. On ne sait pas encore quel est le point où disparaît la gaine de Schwann et comment se fait sa disparition. Il est fort probable que la plupart des anatomistes qui, dans ces dernières années, se sont occupés de la structure du système nerveux, ont cherché à résoudre ce problème. Axel Key et G. Retzius l'ont posé (3) ; mais n'en ayant pas trouvé la solution, ils se sont réservé d'y revenir plus tard. Moi-même, je suis préoccupé de cette question depuis mes premières recherches sur le système nerveux, et pourtant je suis arrivé cette année seulement à obtenir des préparations qui me permettent de lui donner une réponse satisfaisante.

J'ai essayé d'abord d'isoler les tubes nerveux des racines et d'en poursuivre la dissociation au sein de la moelle épinière, mais toujours ils se cassaient au point où ils entraient dans la moelle, lors même que j'avais employé au préalable les meilleurs réactifs fixateurs, l'acide osmique par exemple.

En deçà du point fracturé, chaque tube nerveux présentait un premier étranglement annulaire. La portion du tube limitée par cet étranglement et par la fracture avait une longueur variable, inférieure ou supérieure à la moitié de celle des étranglements annulaires qui lui faisaient suite. Dans le premier cas, il ne s'y trouvait pas de noyau ; dans le second, on y voyait, au-dessous de la gaine de Schwann, un noyau qui, étant donné ce que l'on sait aujourd'hui de la constitution des nerfs, correspondait vraisemblablement au milieu d'un segment interannulaire.

Ces premières observations conduisaient à penser que les tubes nerveux des racines spinales doivent avoir au moins un dernier étranglement dans la moelle épinière, et, par conséquent, y conserver leur gaine de Schwann sur une partie de leur trajet. Il n'en est rien ; voici comment on pourra s'en assurer : de la moelle épinière d'un chien tout à fait fraîche, on détachera, avec un rasoir, des branches longitudinales dans lesquelles seront comprises des racines, et on les plongera dans une solution d'acide osmique à 1 p. 100. Au bout de quelques heures, lorsqu'elles auront été atteintes par le réactif dans toute leur masse, on les dissociera dans l'eau avec les aiguilles, de manière à en dégager les fibres de racine qu'elles contiennent.

Ces fibres ainsi préparées ne montrent pas d'étranglements, et leur surface inégale, bosselée, ne laisse voir en aucun point rien qui ressemble à la gaine de Schwann. Sur quelques-unes d'entre elles, on aperçoit un noyau. Ce noyau, au lieu d'être logé dans une dépression de la gaine médullaire, comme dans les tubes nerveux de la périphérie, est simplement appliqué à la surface ; il est compris dans une lame de protoplasma et fait une saillie très accusée. *La gaine de Schwann ne se poursuit donc pas sur les fibres de racine intramédullaires*, comme on pouvait le penser à priori : *ces fibres sont simplement entourées d'une couche de protoplasma dans laquelle il existe parfois un noyau.*

En pratiquant la dissociation d'une tranche de moelle fixée par l'acide osmique, on peut arriver à isoler les fibres de racine intramédullaires jusque dans les racines elles-mêmes. C'est là une opération délicate, mais que l'on réussit cependant si l'on dégage les éléments du centre à la périphérie et non de la périphérie au centre. Les fibres nerveuses ainsi isolées sont cylindriques dans la partie de leur longueur qui était comprise dans la racine ; mais, en un point qui correspond à la surface de la moelle, elles deviennent irrégulières, et leur diamètre augmente brusquement. N'étant plus maintenue par la gaine de Schwann, leur enveloppe de myéline s'est laissé gonfler par l'eau, malgré la présence de l'acide osmique (1).

Il est nécessaire de compléter ces premières notions par l'étude de coupes transversales de la moelle épinière dans lesquelles les racines sont comprises. J'ai obtenu des préparations tout à fait démonstratives de la moelle dorsale du veau, durcie au moyen du bichromate d'ammoniaque à 2 pour 100. Pour faire ressortir nettement les détails, il faut modifier le procédé de coloration, et cela me conduit à faire connaître aujourd'hui une méthode que j'emploie depuis plusieurs années et qui rend de grands services dans l'étude des centres nerveux.

Lorsqu'un tissu de l'organisme a été durci par le bichromate d'ammoniaque, le bichromate de potasse ou le liquide de Müller et que les coupes que l'on en obtient ont été colorées fortement au moyen du picrocarminate, on peut les décolorer plus ou moins et même d'une manière complète en les soumettant à l'action de l'acide formique, mélangé à l'eau ou à l'alcool. En ce qui regarde les coupes de la moelle épinière, après les avoir laissées pendant vingt-quatre heures dans une solution de picrocarminate à 1 p. 100 et les avoir lavées, je les fais séjourner pendant six à dix heures dans un mélange d'alcool ordinaire 2 parties, acide formique 1 partie (en volume), avant de les monter en préparation dans la résine Dammar.

Les fibres de la névroglie sont alors complètement décolorées, tandis que les noyaux qu'elle contient présentent encore une coloration rouge vif. Les cylindres-axes sont colorés en rose ; la myéline est incolore et d'une grande transparence. Dans la substance grise, les noyaux de la névroglie, les cellules nerveuses et leurs prolongements sont beaucoup mieux dessinés que dans les prépa rations ordinaires.

Les tubes nerveux des racines spinales, au point où ils entrent dans la moelle, montrent leur cylindre-axe coloré en rose, leur gaine médullaire incolore et leur membrane de Schwann que marque un double contour. Ce double contour, c'est là le point important, peut être nettement reconnu sur les tubes nerveux au niveau de la pie-mère et même au sein de la couche de névroglie qui entoure la moelle. Mais, vers le milieu de cette couche, ou un peu plus loin et avant d'atteindre sa limite interne, la gaine de Schwann disparaît, et la fibre nerveuse, constituée seulement par le cylindre-axe et la gaine médullaire, n'est plus limitée que par un simple contour.

En résumé, les tubes nerveux des racines arrivent sans subir de modifications jusqu'à la couche de névroglie qui entoure la moelle. Dans cette couche, ils perdent leur gaine de Schwann, mais

(1) Note lue à l'Académie des sciences dans la séance du 27 novembre 1882.

(2) *Sur les éléments conjonctifs de la moelle épinière* (C. R. de l'Académie des sciences, 1er décembre 1873).

(3) Axel Key et G. Retzius, *Studien in der Anatomie des Nervensystems.* Stockholm, 1876 ; t. II, p. 6.

(1) A propos du gonflement de la gaine médullaire des tubes nerveux par les solutions d'acide osmique, voir *Leçons sur l'histologie du système nerveux*, t. I, p. 72.

le protoplasma qui double cette gaine se poursuit à leur surface et contient même un noyau lorsque le dernier étranglement annulaire est situé à une très petite distance de leur entrée dans la moelle, distance qui doit être inférieure, je le suppose, à la moitié de la longueur d'un segment interannulaire.

Des observations contenues dans la note présente et dans celle que j'ai rappelée plus haut, il résulte que les tubes nerveux des centres cérébro-spinaux possèdent, outre leur enveloppe de myéline, une couche limitante représentant la lame protoplasmique qui double la membrane de Schwann dans les tubes nerveux de la périphérie.

THÉRAPEUTIQUE

De l'action anesthésique et diurétique de l'extrait de stigmates de maïs.

Par le docteur Ducasse.

L'action anesthésique et diurétique des stigmates de maïs a été signalée en 1879. Mais en comparant les résultats que j'ai obtenus avec ceux qui ont été indiqués depuis cette époque, il ne me semble pas qu'on ait suffisamment insisté sur cette double action.

Pris sous forme d'extrait ou de sirop d'extrait, de façon à se rendre compte du dosage qui doit être de 1g,50 à 2 grammes par jour d'extrait, les stigmates de maïs calment beaucoup mieux que tout autre moyen les douleurs de la cystite chronique, de la gravelle et de la colique néphrétique, en même temps qu'ils favorisent, dans les deux derniers cas, l'expulsion des graviers.

Cette action anesthésique est même tellement manifeste, que je serais surpris si on ne venait point à découvrir un jour ou l'autre, dans les stigmates de maïs, quelque alcaloïde possédant une action anesthésique spéciale sur les voies urinaires.

Dans la colique néphrétique notamment, alors que les injections de morphine ne suffisent pas à endormir la douleur et le malade, le sirop de stigmates de maïs la rend très tolérable, et la miction ne tarde pas à s'effectuer, entraînant avec elle une quantité de graviers infiniment plus considérable qu'on ne l'observe habituellement. Et si on continue le médicament d'une façon d'abord soutenue, puis intermittente, on voit rarement les accidents revenir. C'est en un mot le meilleur préventif de la gravelle et de la colique néphrétique. Dans la cystite aiguë, l'effet anesthésique ne se produit pas, sans doute parce qu'il y a là un élément inflammatoire qui s'accommode mal d'un modificateur de la muqueuse.

Quant à l'action diurétique, niée par beaucoup de médecins, je crois que les insuccès n'ont tenu qu'au mode d'administration ou à la qualité des stigmates, et je partage complètement, pour en avoir eu la preuve bien des fois, l'opinion de M. le docteur Landrieux, médecin des hôpitaux de Paris, qui terminait un travail sur ce sujet par les conclusions suivantes :

1° Non seulement les préparations diverses de stigmates de maïs sont utiles comme agent modificateur des sécrétions des voies urinaires, mais ces mêmes préparations peuvent être également considérées comme un *agent diurétique* incontestable ;

2° La diurèse s'obtient rapidement et, dans l'espace de trois à quatre jours, l'augmentation des urines devient évidente et considérable ;

3° Les effets diurétiques s'observent non seulement dans les maladies des organes de l'excrétion urinaire, mais aussi dans les perturbations apportées à la circulation sanguine (maladies du cœur et des vaisseaux) ;

4° Le pouls se régularise, la tension artérielle augmente, alors que la tension veineuse diminue ;

5° Le médicament n'exerce aucune perturbation soit sur le système nerveux, soit sur les fonctions du tube digestif ;

6° La tolérance pour ce médicament est complète, absolue, et la médication, dans les maladies chroniques, peut être continuée sans inconvénient pendant un mois, six semaines, ainsi que cela résulte de mes observations.

Je n'ai pas expérimenté le muguet, autour duquel on fait depuis quelque temps beaucoup de bruit, mais je doute qu'il vaille mieux, au point de vue diurétique, que les stigmates de maïs.

Je pourrais à l'appui citer de nombreuses observations, mais je serais entraîné trop loin, et je crois en avoir assez dit pour encourager les confrères qui me liront dans la voie d'une expérimentation qui certainement leur donnera de beaux résultats.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 décembre 1882. — Présidence de M. Gavarret.

CORRESPONDANCE

La correspondance non officielle comprend :

1° Des lettres de candidature pour la place vacante dans la section de thérapeutique et histoire naturelle, de MM. Desnos, Dumontpallier, Hayem et Vidal ;

2° Une note sur un cas de léthargie par M. de Bonadona.

M. le secrétaire perpétuel lit, au nom de M. Barthez, empêché d'assister à la séance, une note sur le traitement de la fièvre typhoïde, chez les enfants, par le sulfate de quinine à haute dose.

Cette dose est de 1 gramme 25 pour les enfants de huit à quinze ans.

On la donne dans 80 grammes d'infusion de café noir, en quatre fois, deux le matin, à deux heures d'intervalle, et deux le soir, également à deux heures d'intervalle. Cette dose est administrée pendant deux, trois ou quatre jours consécutifs. M. Barthez n'a jamais observé d'effets nuisibles à la suite de cette médication. Celle-ci ne doit pas être instituée dans tous les cas de fièvre typhoïde. C'est principalement dans les formes méningitiques que M. Barthez en a obtenu les plus beaux succès. Toutes les fois que l'on peut hésiter, pour le diagnostic, entre la fièvre typhoïde et la méningite tuberculeuse, l'indication du traitement par le sulfate de quinine se pose.

ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection d'un correspondant national dans la quatrième division.

La commission présentait, en première ligne, M. Gareau, en seconde ligne *ex æquo* MM. Audouard et Husson.

Le nombre des votants étant de 55, la majorité absolue est de 23.

M. Gareau obtient 47 suffrages, M. Audouard 6 et M. Husson 2.

En conséquence, M. Gareau est proclamé membre correspondant de l'Académie.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA FIÈVRE TYPHOIDE

M. Bouchardat, résumant la première partie de son discours, dit que si la fièvre typhoïde va toujours en augmentant à Paris, la cause en doit être attribuée à l'encombrement, ainsi que l'a très bien exposé M. Rochard.

L'encombrement des logements habités par les ouvriers n'a cessé d'aller en augmentant dans ces dernières années, par suite de l'appel incessant des ouvriers étrangers attirés à Paris par les travaux de démolition et de reconstruction. Or ces ouvriers sont généralement des jeunes gens venus des petites villes, des villages, de la campagne, et ordinairement non *acclimatés* aux ferments de la fièvre typhoïde soit par une atteinte extérieure de la maladie, soit pour avoir éprouvé une de ces formes atténuées et bénignes que l'on désignait autrefois sous le nom de fièvres synoques.

Ces formes peu graves de la maladie sont communes chez les enfants, conférant une immunité sinon absolue, au moins relative.

Malgré le nombre heureusement grand des cas légers, l'épidémie ctuelle a présenté une gravité numérique exceptionnelle. Il y a eu un nombre considérable d'enfants atteints et les Parisiens acclimatés n'ont pas été eux-mêmes épargnés. Le nombre des cas extérieurs a été heureusement peu considérable dans les hôpitaux.

Pendant longtemps la contagion de la fièvre typhoïde n'a pas été admise par les médecins de Paris, tandis qu'elle l'était par les médecins de campagne. Cela tient à ce que l'acclimatement est beaucoup plus rare en dehors des grands centres. Le ferment morbide trouve, pour ainsi dire, un terrain vierge dans les campagnes isolées.

A Paris, tous les quartiers ont été successivement atteints, avec plus ou moins d'intensité. L'épidémie a eu ses deux périodes d'*hypogée* et d'*apogée*, la première au printemps, la seconde à la fin de l'été ; ce qui s'explique par l'arrivée de jeunes ouvriers non acclimatés. L'époque de l'hypogée coïncide à Paris avec la diminution du nombre des non acclimatés ; la maladie reprend sa période ascendante de trois à six mois après l'arrivée des ouvriers ruraux. Le remède se déduit de sa cause, c'est l'ensemble des moyens prophylactiques où curatifs à employer contre la maladie.

M. Bouchardat insiste successivement :

1° Sur la nécessité de l'acclimatement pour ceux qui doivent vivre dans de grands centres où le ferment de la fièvre typhoïde existe en permanence ;

2° Sur l'opportunité de la dispersion pour les non acclimatés quand survient une épidémie ;

3° Sur l'avantage pour les Parisiens qui doivent passer leur vie dans la grande ville, de subir, dès le jeune âge, l'influence du ferment typhoïdique.

Il passe ensuite en revue les indications des diverses médications qui peuvent être opposées à la maladie : frictions mercurielles, comme parasiticide de premier ordre, culture du ferment recueilli dans les taches rosées lenticulaires, puis inoculation de ce ferment atténué par la culture (ou vaccination typhoïdique), — il y a là des expériences qu'il serait bon de faire d'abord sur des animaux, — emploi de divers parasiticides tel que l'acide phénique et le salicylate de soude, qui peuvent agir d'une autre manière, en déterminant la défervescence. Enfin traitement hygiénique, alimentation bien dirigée substituée à la diète abusive d'autrefois, bouillon, lait, soins de propreté, lotions d'eau vinaigrée, qui contribuent à provoquer l'abaissement de la température, en même temps qu'elles maintiennent le bon état de fonctionnement de la peau ; aération avec l'air frais quand on n'a pas à redouter les complications pulmonaires.

Le traitement hygiénique de la fièvre typhoïde ne doit pas être de l'expectation. Pour bien le diriger, il faut le génie médical.

L'Académie se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous relevons les chiffres suivants touchant le mouvement de la fièvre typhoïde dans les hôpitaux de Paris, du 30 novembre au 3 décembre :

	30 nov.	1er déc.	2 déc.	3 déc.
Malades existants dans les hôpitaux le matin	1,158	1,164	1,109	1,103
Entrés dans la journée	37	21	15	18
Sortis	29	46	16	56
Décédés	2	3	5	5

Les malades qui restaient en cours de traitement le 4 décembre au matin s'élevaient au chiffre de 1,960. La moyenne des entrées est réduite actuellement à 22 par jour, et les décès à un peu moins de 4 par jour également.

— L'un des membres les plus illustres de l'Académie des sciences a été l'objet, pendant le cours de la séance de lundi dernier, d'une manifestation qui honore autant ceux de qui elle émane que celui qui en est l'objet.

Il s'agissait de célébrer les *noces d'or* de son secrétaire perpétuel, M. Dumas, dont c'était le cinquantenaire académique. L'Académie considère, en effet, comme un devoir de célébrer les noces d'or des confrères qui l'ont honorée pendant un demi-siècle.

A cet effet, le président, M. Jamin, en remettant « à son cher maître » la médaille d'or qui lui était offerte « par ses confrères, par ses élèves, par ses amis, par ses admirateurs, qui siègent en cette enceinte », a prononcé des paroles d'une éloquence des plus chaleureuses et pleines de cœur, auxquelles l'assemblée tout entière a vivement applaudi. Après avoir rappelé les principaux travaux de l'illustre chimiste, débutant dès l'âge de vingt-deux ans, à Genève, par des découvertes restées célèbres en physiologie sur l'urée, sur le sang, sur la génération : « Qui ne se souvient, cher maître, a-t-il dit, du charme et des merveilles de votre enseignement, à l'Athénée, à l'École polytechnique, à la Sorbonne, à l'École de médecine, au Collège de France, à l'École centrale ? Partout où vous vous êtes montré, la jeunesse et l'âge mûr étaient attirés, retenus, charmés, entraînés à tel point qu'il est permis de dire que vous avez rendu encore plus de services par les vocations que vous avez décidées que par vos propres travaux. »

M. Dumas a répondu avec une émotion qu'il avait peine à contenir et qui, plus d'une fois, s'est trahie par un tremblement prononcé dans la voix.

« Il faut honorer le professorat, s'est-il écrié à un moment donné, car la parole est une puissance ; car, du haut de sa chaire publique, le professeur remplit une mission sacrée. Il réfléchit l'état présent de la science comme un miroir fidèle ; il prépare les découvertes de l'avenir ; il fait revivre les grandes traditions d'un passé glorieux. Ouvrant son cœur tout entier et toute sa pensée à ses auditeurs, il leur apprend à aimer la vérité, à respecter le génie, à chérir la patrie et à la bien servir. »

La réponse de M. Dumas a été non moins vivement applaudie que le discours de M. Jamin. La médaille en or qui lui a été remise porte sur l'avers l'effigie de l'illustre chimiste, et sur le revers ces mots : « A J.-B. Dumas, ses confrères, ses élèves, ses amis, ses admirateurs. »

— La première épreuve des concours pour les prix de l'internat en médecine des hôpitaux de Paris s'est terminée hier.

Ont seuls été admis à subir la seconde épreuve (épreuve orale) :

Première division (élèves de troisième et de quatrième années) : MM. Netter, Barette, Duplaix, Guiard, Siredey, Delpeuch, Mathieu, Brocq, Capitan, Marie, Petit et Suchard.

Deuxième division (élèves de première et deuxième années) : MM. Gallois, Lebreton, Ricard, Richardière, Charrin, Darier, Hamonic, Frémont, Gendron, Leprévost, Boulland, Lecoq, Oettinger.

Le sujet de la question écrite était, pour la première division : uretère, sécrétion urinaire, phlegmon périnéphrétique ; pour la seconde division : muqueuse de l'estomac (anatomie et physiologie), ulcère simple de l'estomac.

— Les questions données jusqu'à ce jour pour l'épreuve orale du concours de l'internat des hôpitaux sont : 1° structure de l'iris, iritis syphilitique ; 2° nerf lingual, stomatite ulcéro-membraneuse ; 3° artère mammaire interne, signes et diagnostic de la pleurésie purulente ; 4° cordon spermatique, hydrocèle de la tunique vaginale ; 5° mésentère, complications de la fièvre typhoïde.

— Par décret en date du 14 novembre 1882, ont été nommés, dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe : MM. les docteurs Gauquelin, Prudon, Bruchet, Vernier, Bouyer, Auboyer, Duchemin, Perrotin, Crouzat et Lenoël.

— Par décret en date du 25 novembre 1882, ont été nommés :

Au grade de médecin aide-major de première classe : MM. Lagrange,

Nimier, Gérardin, Cahier, Boinet, Labit, Berthier, Fix, Lannois, Rouget, Lemoine, Martin de Saint-Semmera, Sauce, Richard, Galzin, Bodinier, Rozemont-Malbot, Béquin, Marix, Didier, Sangle-Ferrière, Jaubert, Uffoltz, Coindreau, Vielle, Duponchel, Cros, Burfet-Delmas, Descosse, Samier, Colson, Audiguier, Durand, Gaillard, Lemoine, Dupret, Simon, Bouchereau, Lejeune, Weiss, Frilet, Augiéras, Morand, Farcy, Richard, Castellanet, Rivaud, Camus, Lapeyre, Blanc, Bimler, Baret, Comte, Arnal, Melnotte, Favier, Éon, Labanowski, Félix, Labroue et Brault de Bournonville.

Au grade de pharmacien aide-major de première classe : MM. Couton, Nicolas, Girard, Barthe et Le Bourgeois.

— Par décret en date du 1er décembre 1882, ont été nommés :

Au grade de médecin-major de deuxième classe : MM. Lamps, Delatour, Bénit, Lelong, Chavier, Adam, Alleau et Boyer.

Au grade de pharmacien-major de deuxième classe : M. Fischer.

— Par décret en date du 5 décembre 1882, M. Mussat, médecin-major de deuxième classe, a été nommé chevalier de la légion d'honneur.

— M. Termonia, médecin-major de première classe, prend sa retraite. — M. Clos, médecin-major de deuxième classe, a donné sa démission.

— Le lundi 22 janvier 1883, à deux heures précises, il sera ouvert, dans l'amphithéâtre de la pharmacie centrale de l'administration de l'Assistance publique, à Paris, quai de la Tournelle, 47, un concours pour la nomination aux places d'élèves en pharmacie vacantes dans les hôpitaux et hospices.

Les élèves qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, de onze à trois heures. Le registre d'inscription sera ouvert le samedi 16 décembre 1882, et fermé le vendredi 5 janvier 1883, à trois heures.

Microchimie végétale, guide pour les recherches phyto-histologiques, à l'usage des étudiants; par V. A. Poulsen. Traduit d'après le texte allemand par S. Paul Lachmann. In-8° de 119 pages. — Prix : 2 francs. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 13755.

N° 142. — SAMEDI 9 DÉCEMBRE 1882. 55e ANNÉE. SAMEDI 9 DÉCEMBRE 1882. — N° 142.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE



GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Des bronchites dans leurs rapports avec les maladies constitutionnelles.

Nous avons esquissé, dans l'une des précédentes Revues, quelques exemples de pneumonies anomales, deutéropathiques, ou plus ou moins liées à des états morbides généraux infectieux ou spécifiques, pour montrer combien, dans la pratique, on se trouverait souvent déçu ou dérouté si l'on n'avait présents à l'esprit que les types simples et réguliers, tels qu'ils sont généralement décrits dans les traités classiques.

Si des pneumonies nous passons aux bronchites, nous ne trouverons pas moins de variétés à constater sous cette étiquette commune qui semble n'impliquer, au premier abord, qu'une unité morbide bien déterminée.

Rien de plus banal et de plus simple, en apparence, que la bronchite; rien de plus important, en réalité, non seulement à cause de son extrême fréquence, mais encore à cause de la complexité du problème qu'elle soulève souvent au point de vue du diagnostic et du traitement. Cette affection, si facile à diagnostiquer tant qu'on ne l'envisage que d'une manière objective dans le siège, le degré, l'étendue et l'intensité du travail phlegmasique qui la constitue anatomiquement et dans les signes physiques fournis par l'auscultation, devient un problème pathologique d'une tout autre difficulté lorsque, au lieu de se contenter de ce premier diagnostic de la lésion, on se propose de rechercher plus haut et plus loin, en remontant à son origine et en scrutant par l'analyse des symptômes plus ou moins insolites, irréguliers ou disparates et disproportionnés qu'elle peut présenter, ce qu'il peut y avoir derrière ou au-dessus de la lésion; lorsque, en un mot, on cherche à en déterminer la nature ou le vrai caractère nosologique. C'est alors seulement que l'on arrive à reconnaître : ou que cette bronchite, si elle est aiguë, est sous l'influence d'une constitution médicale qui lui donne une allure ou un cachet particulier, ou qu'elle est une complication, parfois même un symptôme d'une affection pyrétique, infectieuse ; ou bien, enfin, soit aiguë, subaiguë ou chronique, qu'elle est plus ou moins intimement liée à l'existence d'un état diathésique ou d'une affection constitutionnelle, dont elle reçoit une modification dans sa marche et dans sa symptomatologie, si même elle n'en est pas une manifestation directe, une modalité pathologique.

Ce sont là des idées médicales qui sont loin, assurément, d'être nouvelles ; elles sont, au contraire, depuis bien longtemps, monnaie courante dans la science et faisaient même un peu le fond de la médecine de nos ancêtres ; mais ce sera un honneur pour notre époque de les avoir réintégrées, après une éclipse passagère, en leur donnant plus d'exactitude et de précision par le double contrôle des données de l'anatomie pathologique et des procédés modernes d'exploration. Il faut, comme celui qui écrit ces lignes, pratiquer depuis longtemps la médecine dans l'une des stations thermales où l'on voit le plus de bronchites, pour apprécier toute la justesse et toute l'importance de cet ordre d'idées. On les trouve d'ailleurs aujourd'hui un peu partout.

Barth, dans l'article BRONCHITE du *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*, constate, outre la forme type de la bronchite, l'existence de plusieurs variétés et l'influence que lui impriment certaines dispositions morbides constitutionnelles, diathèses héréditaires et cachexies acquises, telles que l'herpétisme, la goutte, la scrofule, la syphilis. M. Hayem, dans sa thèse de concours, tient également compte de cette même influence. M. Jaccoud, dans son *Traité de pathologie interne,* fait une classe à part des bronchites par dyscrasie. Indiquées seulement dans les traités généraux, ces bronchites dyscrasiques ont été l'objet, dans ces derniers temps, de quelques recherches partielles intéressantes. Il y a peu d'années, M. Lasègue publiait, dans les *Archives générales de médecine,* un mémoire sur les bronchites albuminuriques ou bronchites secondaires, survenant chez les sujets atteints d'albuminurie sous des formes et à des degrés divers, mais exempts d'affections pulmonaires ou cardiaques, l'albuminurie seule ayant déterminé la lésion ou lui imprimant un cachet spécial. Diverses thèses ont été consacrées depuis à l'étude de quelques-uns des points de cet intéressant sujet. Nous allons nous arrêter un instant aujourd'hui sur la plus récente de ces thèses, celle de M. le docteur Schlemmer, intitulée : *Étude sur les bronchites dans leurs rapports avec les maladies constitutionnelles* (1882).

M. Schlemmer, dans ce travail, s'est proposé d'appliquer à l'étude des bronchites ce précepte formulé par

l'un de ses maîtres, M. le docteur Noël Gueneau de Mussy : chercher, dans les conditions communes où se développent les maladies aiguës, s'il n'y a pas une parenté dont on aura à tenir compte dans les indications thérapeutiques. Mais l'application de cette recherche aux bronchites exigeant, d'une part, la connaissance des maladies constitutionnelles, et, d'autre part, l'étude des caractères que présente l'affection bronchique dans chacune de ces maladies, M. Schlemmer a dû s'enquérir, au milieu des diverses classifications des maladies constitutionnelles et diathésiques, soit capitales ou initiales, soit hybrides par hérédité ou par dégénération, pour employer le langage de Pidoux, de celles d'entre elles qui lui paraissaient répondre le mieux à son objet. Il s'est arrêté à la classification de Bazin qui a admis quatre maladies constitutionnelles, l'arthritis, l'herpétis, la scrofule et la syphilis, et c'est sous ces quatre chefs qu'il a rangé les bronchites qu'il s'est proposé d'étudier.

Voici à peu près en quels termes notre confrère est arrivé à résumer les caractères que présentent les bronchites suivant qu'elles sont liées à telle ou telle diathèse :

1° *Bronchites des arthritiques.* — Dans la forme aiguë ainsi que dans la forme chronique avec exacerbations, les bronchites des arthritiques se font remarquer par leurs allures éréthiques et par leur caractère fluxionnaire et superficiel. Les accès dyspnéiques plus ou moins paroxystiques, plus ou moins périodiques, impliquent la susceptibilité de l'élément nerveux chez les sujets arthritiques ; et la fréquence relative de l'asthme catarrhal, indiquée par nombre d'auteurs dans le cours de la maladie arthritique, en témoigne. Un rôle prépondérant doit être accordé à l'élément vaso-moteur dans la production de la dyspnée chez les arthritiques affectés de bronchites aiguës, subaiguës ou chroniques.

Que l'on considère ces bronchites comme des manifestations de l'arthritis ou qu'on les regarde comme des bronchites accidentelles influencées seulement par la maladie constitutionnelle dans le cours de laquelle elle s'est développée, on ne signale pas un seul caractère qui puisse être appelé pathognomonique ou qui permette à lui seul de relier l'affection au terrain sur lequel elle évolue.

On devra donc, en présence d'une bronchite à allures éréthiques, accompagnée d'une dyspnée à forme asthmatique et d'une expectoration visqueuse, rechercher si elle survient ou récidive plus ou moins régulièrement sous l'influence de causes occasionnelles auxquelles les arthritiques sont le plus impressionnables, s'il existe des antécédents héréditaires, si l'affection coïncide ou alterne manifestement avec diverses déterminations de la maladie arthritique.

2° *Bronchites rhumatismales.* — En l'absence de tout signe pathognomonique, on trouve dans les bronchites rhumatismales un certain nombre d'indices tirés soit des caractères de la bronchite elle-même, tels que la mobilité et la forme spasmodique, soit des circonstances au milieu desquelles la bronchite se développe.

Parmi les caractères inhérents à la bronchite même, il y a lieu de tenir compte, s'il s'agit d'une bronchite aiguë ou subaiguë : de la rapidité de l'apparition, de la promptitude de la disparition, de la mobilité des phénomènes stéthoscopiques ; de leur développement souvent latent, de leur délitescence rapide et de leur siège en un foyer circonscrit, fixe ou mobile ; du caractère quinteux de la toux, des paroxysmes nocturnes, de la douleur rétro-sternale, de l'impressionnabilité aux influences atmosphériques, enfin de l'absence ordinaire de lésions profondes.

Parmi les indices relatifs aux circonstances dans lesquelles l'affection se développe, M. Schlemmer signale : sa coïncidence avec d'autres affections rhumatismales ou l'alternance des manifestations morbides ; son apparition au moment où des phénomènes articulaires disparaissent, ou bien immédiatement avant des affections arthropathiques ; l'existence de sueurs profuses à odeur caractéristique ; l'existence d'affections rhumatismales antérieures ; l'hérédité ; l'étiologie (variations brusques de température, misère, alimentation insuffisante) opposée aux circonstances qui président au développement de la goutte.

M. Schlemmer pense qu'il convient de tenir compte aussi, lorsqu'on est en présence d'un rhumatisant, de la répétition plus ou moins fréquente des bronchites et de leur prédominance pendant la saison froide, de leur suspension quelquefois complète pendant l'été.

3° *Bronchites des goutteux.* — En dehors de l'asthme nerveux si fréquemment et si intimement lié à la goutte, on voit quelquefois chez les goutteux des bronchites aiguës ou subaiguës, remarquables par leur caractère congestif, par l'intensité de la dyspnée, par les allures quinteuses de la toux, par l'aspect généralement visqueux et âcre de l'expectoration, souvent par la brusquerie et la spontanéité de leur apparition ou de leurs recrudescences qui s'observent aussi bien en été qu'en hiver, et qui s'accompagnent souvent d'un mouvement fébrile. Les bronchites chroniques des goutteux, habituellement apyrétiques, se caractérisent par leur ténacité, leur résistance aux médications ordinaires, leurs exacerbations plus ou moins périodiques et leur balancement fréquent avec diverses manifestations goutteuses. On voit enfin des bronchites chroniques invétérées, s'accompagnant d'emphysème et des bronchites calculeuses.

4° *Bronchites des herpétiques.* — Les caractères communs assignés aux bronchites des sujets affectés de dermatoses dartreuses sont : la résistance aux traitements ordinaires des bronchites, les récidives, l'alternance ou le balancement avec des affections cutanées ; l'oppression, les crises d'étouffement, les accès de dyspnée qui varient depuis la forme paroxystique de l'asthme pur jusqu'à la forme plus ou moins chronique de l'asthme accompagné de catarrhe et d'emphysème. On a noté dans les bronchites subaiguës et chroniques la fréquence des sécrétions pituiteuses, différentes des sécrétions abondantes qu'on observe dans la forme généralement torpide des bronchites des scrofuleux. Ces bronchites sont remarquables surtout par les exacerbations violentes et brusques de la dyspnée. Les bronchites chroniques et invétérées sont souvent la conséquence des précédentes et correspondent généralement à la période cachectique de la maladie constitutionnelle.

On remarquera la très grande analogie qui existe entre les caractères de ces diverses formes de la bronchite herpétique et ceux des bronchites goutteuses. En dehors des conditions étiologiques, on ne voit guère, comme caractères distinctifs propres aux premières, que la fréquence plus grande de l'asthme pur, la prédominance plus accentuée des symptômes dyspnéiques sur les phénomènes congestifs, enfin le caractère plus souvent pituiteux de l'expectoration.

M. Schlemmer signale ici une différence ou plutôt une

nuance entre les bronchites des arthritiques et celles des herpétiques ; elle consiste en ce que chez les herpétiques l'élément nerveux seul paraît jouer un rôle prépondérant, tandis que chez les arthritiques c'est l'influence du système vaso-moteur qui s'accuse davantage. Le spasme serait la note dominante des premières, et l'éréthisme la caractéristique des secondes.

5° *Bronchites chez les scrofuleux.* — Chez les scrofuleux, on peut observer, en dehors des bronchites vulgaires qui ne paraissent pas influencées par la maladie constitutionnelle : des bronchites aiguës ou subaiguës qui se caractérisent par la courte durée de la période irritative, par le caractère rapidement muqueux et puriforme des crachats, par leurs récidives et par leur tendance à la chronicité ; des bronchites chroniques d'emblée caractérisées habituellement par le peu d'intensité relative des phénomènes dyspnéiques et nerveux, par une expectoration généralement abondante, verdâtre, puriforme. par leur ténacité ; des bronchites consécutives à une adénopathie scrofuleuse ou coïncidant avec elle. Ces diverses formes de bronchites offrent un caractère commun : l'atonie, qui tranche avec le caractère ou spasmodique ou éréthique des formes précédentes.

6° *Enfin les bronchites syphilitiques.* — On peut observer, chez les sujets syphilitiques et aux diverses périodes de la syphilis : 1° des bronchites aiguës, souvent fébriles, apparaissant généralement dans le cours de la période secondaire, caractérisées par leur apparition rapide et leur disparition également prompte, soit sous l'influence du traitement spécifique, soit spontanément à l'occasion de l'éclosion d'un exanthème et par leur alternance avec des éruptions secondaires ; 2° des bronchites chroniques à début plus ou moins subaigu, suivant généralement une marche descendante ; 3° des bronchites chroniques ulcéreuses.

Toutes ces formes de trachéo-bronchites des syphilitiques suivent, en général, une marche descendante et restent souvent localisées longtemps dans les voies respiratoires supérieures ; elles sont toutes plus ou moins nettement influencées par la médication anti-syphilitique.

Dans le cadre où M. Schlemmer a circonscrit ses études, on voit déjà quelles utiles distinctions il y a lieu de faire entre les bronchites selon leurs relations avec telle diathèse ou telle maladie constitutionnelle. Ce champ d'étude pourrait être considérablement étendu encore, si l'on y ajoutait les distinctions basées sur les constitutions médicales, sur les climats, sur l'influence des grandes endémies palustres, des maladies infectieuses, etc. Il serait aussi d'un grand intérêt de faire ressortir les conséquences pratiques et thérapeutiques qui se déduisent de cet ordre de considérations. Ce pourra être l'objet d'un autre article.

Inoculation directe de liquides diphtéritiques.

M. le docteur Locquin (de Dijon) nous apprend, dans la petite note suivante qu'il a bien voulu nous communiquer, qu'en pratiquant une trachéotomie sur un enfant très jeune arrivé à la dernière période du croup il se fit une piqûre au doigt. Pendant la section de la trachée, un mouvement brusque de l'enfant fit faire un ressaut à la lame qui pénétra légèrement sur la face dorsale de l'extrémité de l'index gauche qui guidait l'instrument. La petite plaie ne put être lavée que 20 minutes environ après, lorsque la canule fut mise en place et la respiration rétablie.

Les suites de cette piqûre furent très simples.

Le soir du surlendemain, il y eut un peu de fièvre. Une pustule se développa à la place de la blessure, et s'accompagna d'un peu de lymphangite du dos de la main et de l'avant-bras avec des vomissements et de la diarrhée.

Le traitement consista à vider la pustule et à envelopper le doigt avec un morceau de Makintosh. Au bout de quelques jours, tout était rentré dans l'ordre, sauf que les troubles gastro-intestinaux durèrent plus longtemps.

Quinze jours après, il se produisit comme un peu de faiblesse des jambes et de paresse musculaire qui durèrent une dizaine de jours.

La petite plaie mit longtemps à se refermer et était très douloureuse.

C'est, comme on le voit, une véritable diphtérie ébauchée qu'a eue notre confrère. Nous ne serions pas surpris que ces effets atténués d'une inoculation involontaire fissent naître dans l'esprit de quelqu'un des partisans, plus ou moins hardi, des doctrines de M. Pasteur l'idée de tenter les inoculations volontaires préventives d'un virus diphtéritique atténué par la culture.

SURDITÉ, BOURDONNEMENT D'OREILLES

OTORRHÉES D'ORIGINE RÉFLEXE ; GUÉRISON PAR L'EXTRACTION DE DENTS CARIÉES.

Par M. le docteur GELLÉ.

Sous l'influence des caries dentaires et des névralgies qu'elles provoquent, on observe à l'oreille des troubles trophiques, tels qu'otorrhée, otite congestive ou suppurée, surdité ; bourdonnement d'oreilles en plus de l'otalgie que chacun connaît.

Les expériences ont montré le rôle des lésions du trijumeau sur l'oreille. Des troubles de la circulation et des altérations de nutrition remarquables leur succèdent (Magendie, Claude Bernard, Vulpian, Brown-Séquard, etc.). J'ai montré que les altérations ainsi provoquées existent non seulement dans la caisse, mais également dans l'oreille interne.

Le caractère de ces troubles trophiques, c'est de n'être pas exclusifs à l'oreille ; on constate en même temps que la surdité et les bourdonnements, etc., des congestions de l'œil, du larmoiement, de la photophobie ; des points névralgiques multiples, des fluxions de certaines régions, l'enchifrènement par exemple, et la rougeur de la pommette, une salivation, etc. La douleur d'oreille n'existe pas forcément, au moins à la période où l'on trouve les lésions trophiques. La dent cariée peut n'être plus du tout douloureuse elle-même.

On connaît les faits rapportés par Tripier où l'expulsion des dents même indolores ont rendu l'ouïe et fait cesser les bourdonnements.

On trouve épars dans les auteurs des faits de cet ordre. Triquet en donne une observation dans ses leçons cliniques ; Cahen, de même, dans son étude sur les névroses vaso-motrices. Gillette en a publié une observation dans l'*Union médicale* (1872). Moor, Lucce, Ran, Orne Green, Cl.-H. Burnatt, Ed. Woaker, Samuel Sexton, ont fourni des faits bien observés dans les publications allemandes, anglaises et américaines.

Mais les névralgies peuvent naître d'autres causes que la carie dentaire : les dentiers et appareils prothétiques buccaux peuvent en faire naître et servir de point de départ aux altérations réflexes de l'organe de l'ouïe.

J'ai publié, dans la *Tribune médicale*, un cas de zona buccal et lingual dû à la présence d'un dentier. J'ai vu assez souvent la surdité, les bourdonnements d'oreilles, etc., chez des personnes qui portaient ces appareils : la névralgie cessait par l'ablation de la cause. Dernièrement j'ai vu un vertige de Ménière lié à une otite subaiguë née certainement à la suite de névralgies dentaires atroces et longtemps supportées, et qui persiste malgré la disparition

des deux dents cariées qui avaient causé la névralgie faciale primitive : le labyrinthe a sans doute été lésé dans ce cas.

L'observation suivante est analogue à celle de Tripier; la dent cariée n'était pas douloureuse, et son avulsion a guéri le sujet; elle est typique des cas de cette espèce. La voici résumée :

Obs. — *Surdité d'origine réflexe à droite, avec bourdonnements intenses, point névralgique sous-orbitaire droit; rougeur et gonflement douloureux et chaud de la pommette droite; narine droite totalement bouchée, sans coryza. Guérison rapide de tous ces accidents par l'extraction d'une dent molaire de la mâchoire inférieure à droite.* — Il s'agit d'une dame de soixante-cinq ans, bien portante, qui, depuis quinze jours, souffrait de douleurs à la pommette et de gêne de respiration par suite de l'enchifrènement de la narine droite. Le tympan était opaque, laiteux, couvert de squames sèches; le méat, sec et sain. Le bourdonnement était très agaçant et constant, la surdité légère ; la montre, perçue à 20 centimètres à droite, l'était à 70 à gauche. En deux jours, après l'extraction de la molaire cariée, la pommette était normale, la narine ouverte et le bourdonnement cessé.

Les choses ne vont pas aussi vite et ne se terminent pas aussi bien, si, au lieu d'une molaire facile à enlever, on se trouve en présence d'une dent de sagesse en train de sortir. Exemple :

Chez un élève en pharmacie, la sortie de cette dernière molaire, à gauche, causa à la fois un abcès sublingual et une otite suppurée qui l'a laissé à peu près sourd de ce côté.

La sortie si lente de cette dent entraîna une irritation réflexe prolongée et les lésions trophiques sont nécessairement graves.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 décembre 1882. — Présidence de M. L. Labbé.

COMMUNICATIONS

Anévrysme artério-veineux. — **M. POLAILLON** lit un rapport sur un travail de M. Gripat (d'Angers) relatif à un cas d'anévrysme artério-veineux devenu simplement artériel. Il s'agit d'un homme de quarante-cinq ans qui, à l'âge de onze ans, se fit au bras gauche une plaie avec un canif. Il en résulta une petite tumeur anévrysmale qui, pendant quarante-deux ans, ne détermina aucun accident, ne causa même aucune gêne, lorsque, probablement sous l'influence d'un caillot qui se détacha, apparut une gangrène de deux doigts de la main. Peu de temps après la tumeur se mit à grossir et acquit brusquement un volume considérable. Elle devint une énorme tumeur, en forme de besace, présentant tous les caractères d'une poche anévrysmale. M. Gripat pratiqua l'amputation du bras, au-dessous de la grosse tubérosité de l'humérus; il employa la méthode de Lister dans toute sa rigueur. Le malade a parfaitement guéri. L'examen du bras montra que, comme l'avait pensé M. Gripat, il s'agissait d'un anévrysme primitivement artério-veineux, et qui, par suite de l'arrêt par des caillots de la communication de l'artère avec la veine, devint un anévrysme diffus. Il y a lieu de supposer que cette communication a cessé de se faire à peu près à l'époque où venait d'apparaître cette gangrène, limitée à deux doigts de la main. C'est donc là un curieux exemple de guérison spontanée d'anévrysme artério-veineux.

A l'occasion de ce fait, M. Polaillon rappelle celui d'un jeune homme de vingt-quatre ans, qui entra dans son service, à la Pitié, le 27 octobre 1882, présentant dans le creux axillaire une petite tumeur qui avait apparu à la suite d'une plaie par une balle de revolver. Il s'agissait d'un anévrysme artérioso-veineux. La compression digitale au niveau de la communication présumée de l'artère avec la veine, quatre séances d'électropuncture, restèrent sans résultat. Cet homme ne souffrant pas beaucoup de sa tumeur, M. Polaillon ne se crut pas obligé d'intervenir autrement.

DISCUSSION

Section, résection, arrachement, élongation des nerfs. — **M. BERGER**, à l'occasion du travail de M. Pozzi sur ce sujet (voir *Gazette des hôpitaux*, 2 décembre 1882), dit avoir fait un certain nombre d'expériences sur le cadavre relativement à l'arrachement des nerfs, et particulièrement du nerf sous-orbitaire. Ces expériences confirment l'opinion émise par M. Pozzi, à savoir : que lorsqu'on tire sur le nerf sous-orbitaire de façon à l'arracher, la section se fait à 1 centimètre 1/2 ou 2 centimètres du point sur lequel s'exerce la traction. Dans les résultats obtenus sur le vivant par l'arrachement, il faut tenir compte de l'élongation, qui est aussi forcément pratiquée dans ce cas.

Relativement au traitement chirurgical, c'est-à-dire à la névrotomie, la névrectomie, l'élongation ou l'arrachement des nerfs dans les cas de névralgies rebelles, M. Berger insiste sur la nécessité, avant d'y recourir, d'essayer longuement tous les traitements médicaux, et en particulier l'emploi de l'électricité qui, dans ces cas rebelles, donnent parfois des résultats inattendus. Il cite un exemple de guérison d'une névralgie datant de plus de dix ans par l'association des courants continus et des courants interrompus. Mais il ne faut pas se lasser trop vite de cette médication et savoir attendre ses effets parfois assez tardifs.

M. MONOD, pour confirmer ce que vient de dire M. Berger relativement à ses expériences sur le cadavre, rappelle que dans le cas où, voulant faire l'élongation, il pratiqua, malgré lui, l'arrachement du nerf sous-orbitaire; la section s'est faite à environ 1 centimètre du point de la traction. Il ajoute que, dans ce cas, la récidive s'est faite très rapidement, tandis que, dans un second cas semblable où il a pratiqué seulement l'élongation, la malade est, depuis, restée guérie.

M. POZZI. Les expériences de M. Berger sont confirmatives de celles de Trombetta relativement à la petite étendue de la partie du nerf arrachée. La douleur existant au niveau des branches collatérales du nerf sous-orbitaire, si la traction ou l'arrachement ne portent que sur la partie terminale du nerf, il est aisé de comprendre que cette opération restera sans effet. C'est pourquoi M. Pozzi préfère la section, comme pouvant agir plus près de ces branches collatérales. Cette opération, d'ailleurs, pratiquée pour la première fois par Letiévant, heureusement modifiée par M. Tillaux, outre qu'elle est plus efficace que l'élongation, est absolument bénigne et bien préférable à l'opération de Malgaigne.

M. MARCHAND a pratiqué cette opération dans un cas de névralgie rebelle du nerf sous-orbitaire ; il n'a rencontré aucune difficulté ; il a bien pratiqué la section du nerf, puisqu'il a ensuite constaté la zone d'anesthésie qui en est la conséquence. Malgré cela, il n'a obtenu aucune amélioration de la névralgie.

M. TILLAUX croit qu'il n'y a pas de parallèle à établir entre le procédé français, qui n'agit que par la voie orbitaire, et le procédé de Carnochan, qui consiste à ouvrir le sinus maxillaire, à défoncer sa paroi postérieure et à aller chercher le nerf maxillaire supérieur jusque près du ganglion de Mœckel. Chacune de ces opérations répond à des indications différentes. Mais il est bien évident que par la voie orbitaire on ne peut faire que la section de la partie terminale du nerf sous-orbitaire.

M. VERNEUIL pense, comme M. Berger, qu'il faut épuiser toutes les ressources de la thérapeutique avant de recourir à ces opérations sur les nerfs dans les cas de névralgies rebelles. Il rappelle l'exemple d'une femme à laquelle il a coupé une jambe, réséqué 4 centimètres de son sciatique, réséqué plusieurs nerfs sous-cutanés, sans obtenir aucun résultat et qui a été guérie par l'hyosciamine.

Il y a trois procédés de section des nerfs, la section, la résection et l'élongation. Cette dernière, actuellement à la mode, est moins bien réglée que la simple section. Quoi qu'il en soit, il y a des exemples de guérisons obtenues par ces trois procédés, il y a aussi

des exemples dans lesquels aucun des trois n'a réussi. La question des interruptions nerveuses est donc complexe. Il y a des cas, de névrites interstitielles par exemple, où il faudrait enlever le nerf tout entier.

M. Verneuil conjure ses jeunes collègues de chercher ailleurs que dans l'arrachement le moyen de remédier à ces névralgies rebelles, l'arrachement des nerfs lui paraissant une opération dangereuse, ainsi que le prouvent d'ailleurs les expériences de M. Brown-Séquard, qui a démontré qu'à la suite de cet arrachement il restait souvent des accidents graves permanents. Quant aux cas où la résection semble formellement indiquée, on peut être assuré que la résection du nerf sous-orbitaire sur une étendue de 1 centimètre est plus que suffisante pour que le nerf ne se reproduise pas.

M. NICAISE rappelle que chez un malade atteint de tumeur blanche, et qui souffrait en même temps d'une névralgie sciatique rebelle, il a pratiqué l'amputation de la cuisse, et a eu soin de réséquer une certaine étendue du sciatique. Malgré cette précaution, il y a une récidive de la névralgie qui a cédé à de hautes doses de bromure de potassium.

Il est une variété de névralgie, qui se rencontre chez des malades atteints d'épilepsie latente en quelque sorte, contre laquelle il faut bien se garder d'intervenir chirurgicalement comme le prouve le fait suivant dû à M. Gignoux (de Lyon).

Un homme de quarante-deux ans, présentant toutes les apparences d'une santé parfaite, souffrait depuis quelque temps sur le trajet du nerf dentaire inférieur droit. L'arrachement de la deuxième molaire de ce côté, tous les traitements les plus variés restèrent sans effet. Cependant la névralgie prit une telle intensité que ce malade ne pouvait plus manger ni parler. Envoyé à Paris, il alla consulter M. Bouchard, qui déclara ce malade épileptique sur ce simple antécédent qu'à la suite de l'application d'une mouche derrière l'oreille, il tomba comme foudroyé. MM. Vulpian et Charcot confirmèrent ce diagnostic et déclarèrent, avec M. Bouchard, qu'aucune opération chirurgicale ne devait être pratiquée chez ce malade. Cependant les douleurs devinrent tellement intolérables que, avec l'assentiment de plusieurs médecins de Lyon, M. Delore consentit à pratiquer la résection du nerf dentaire inférieur. Dans la nuit qui suivit l'opération, ce malade est mort subitement. Il faut donc se défier, en présence de ces névralgies rebelles, de ces malades qui auraient dans leurs antécédents quelques-uns de ces accidents d'aura, de syncope ou de coma fugaces.

M. TILLAUX rappelle que la malade chez laquelle il a pratiqué, il y a cinq ans, la résection du maxillaire supérieur très loin dans l'orbite, est, jusqu'ici, restée guérie de sa névralgie contre laquelle, depuis plusieurs années, M. Notta avait employé sans succès tous les moyens connus.

M. LE FORT fait observer que beaucoup de névralgies ont une origine centrale ou médullaire; les résections ne peuvent rien contre ces névralgies. Dans d'autres cas, lorsque tous les moyens thérapeutiques ont échoué, il faut intervenir, et, de toutes les opérations pratiquées sur les nerfs, c'est la résection qui paraît préférable. Toutefois M. Le Fort proposerait d'essayer d'abord l'élongation, qui peut exercer une action directe sur le centre ou la périphérie du nerf. En cas d'insuccès de l'élongation, il pratiquerait alors la résection.

M. POZZI dit qu'il existe aujourd'hui dans la science un nombre de cas heureux suffisant pour justifier l'intervention chirurgicale dans le traitement de certaines névralgies rebelles. Il préfère la névrotomie à tous les autres procédés.

M. DESPRÈS, depuis vingt-huit ans qu'il pratique la chirurgie, n'a jamais rencontré un seul cas où la névrotomie lui parût indiquée. Il a vu un grand nombre de névralgies rebelles; il les a vues céder soit à un masque de collodion, soit à une révulsion énergique avec des pointes de feu, etc. Les malades peuvent toujours être suffisamment améliorés par ces moyens sans qu'il soit nécessaire de compromettre leur existence par une opération grave. La plus grande critique qu'on puisse faire de la névrotomie est, de l'aveu même de M. Pozzi, le retour de la névralgie dans un autre point que celui où a été pratiquée la section nerveuse.

M. TILLAUX n'admet pas qu'on puisse dire que la névrotomie soit une opération grave, pouvant compromettre la vie des malades. C'est une opération facile, non dangereuse, et qui répond à des indications très formelles. Il s'agit de bien déterminer ces indications et les contre-indications. Quand la névralgie n'est pas parfaitement limitée, le chirurgien n'a pas à intervenir. Mais quand, depuis plusieurs mois ou plusieurs années, la névralgie est bien limitée toujours sur le trajet du même nerf, quand elle devient intolérable au point de porter les malades au suicide; quand enfin elle est bien localisée sur un tronc nerveux parfaitement déterminé, il faut opérer.

M. LABBÉ pense également que, dans certains cas bien déterminés, le chirurgien a le devoir de pratiquer la névrotomie. Il cite un exemple dans lequel la section du nerf sous-orbitaire a amené une guérison qui ne s'est pas démentie depuis trois ans.

M. LE FORT. On peut se demander si dans certains cas c'est bien l'opération pratiquée sur le nerf lui-même ou simplement le fait seul de l'incision cutanée qui amène la disparition momentanée de la névralgie. On sait qu'on a obtenu des guérisons de névralgie sciatique par la cautérisation du lobule de l'oreille. Quoi qu'il en soit, on ne saurait nier la valeur de la névrotomie. Il avait proposé la section du nerf lingual dans un cas de névralgie linguale rebelle; cette opération n'a pas été acceptée, et, chez cette malade, la névralgie a complètement disparu pendant le siège de Paris pour reparaître après. M. Le Fort insiste sur les avantages possibles de l'élongation.

M. DESPRÈS. La valeur de la névrotomie a été jugée par Malgaigne. L'expérience est faite sur cette opération, et il est inutile de la renouveler. Combien de ces névralgies n'ont pour cause qu'une dent cariée qu'il suffit d'arracher pour les voir disparaître!

M. MAGITOT croit que M. Desprès commet une confusion en assimilant aux névralgies de la cinquième paire d'origine dentaire les cas dans lesquels se trouvent indiquées l'élongation ou la névrectomie. Ces dernières se distinguent cependant très nettement par leur forme et cette forme même devient une indication formelle de l'opération.

On connaît en effet la physionomie spéciale de cette névralgie des rameaux profonds ou cutanés du trijumeau, laquelle apparaît par crises aiguës, survenant au moindre mouvement, au moindre attouchement, à caractère intermittent et comme spasmodique, physionomie qui a valu à ces phénomènes le nom de tic douloureux de la face.

Les névralgies d'origine dentaire sont tout autres, et parmi leurs signes caractéristiques on remarque qu'elles s'exaspèrent ou s'atténuent suivant les influences accidentelles ou provoquées dont la bouche est le siège : impression de certains corps étrangers, de l'air extérieur, des températures extrêmes, de certains agents médicamenteux, etc., lesquels sont sans effet sur le tic douloureux.

Leur thérapeutique est d'ailleurs celle des lésions initiales de l'appareil dentaire, carie, pulpite, périostite, ou bien l'avulsion de l'organe affecté. Cette thérapeutique est, ainsi qu'on l'a si souvent reconnu, absolument impuissante dans l'autre forme, et c'est ainsi que la névrectomie se trouve indiquée.

ÉLECTION

La Société procède à l'élection d'un membre titulaire.

Les candidats étaient, en première ligne, MM. Blum et Richelot; en seconde ligne, MM. Bouilly, Humbert et Reclus; en troisième ligne, M. Schwartz.

Après trois tours de scrutin, M. Richelot est élu par 16 voix contre 9 accordées à M. Blum.

La séance est levée.

CORRESPONDANCE.

A propos de la transfusion.

Monsieur le Directeur,

Ma précédente lettre à propos de la transfusion avait bien sa raison d'être puisqu'une nouvelle mort par hémorragie est venue une fois de plus faire regretter une trop longue indécision et une trop grande confiance en de trop petits moyens de secours.

Cette mort a été l'occasion de l'échange entre M. le professeur Verneuil et moi des deux lettres suivantes :

Paris, 27 novembre 1882.

A Monsieur le professeur Verneuil.

Monsieur et honoré professeur,

Ce matin, j'ai eu de nouveau le chagrin d'être appelé trop tard auprès d'un mourant par hémorragie. Ses médecins ont perdu un temps précieux à employer des injections d'éther et d'ergotine demeurées impuissantes à remplacer le sang perdu, ce qu'aurait pu accomplir une transfusion du sang.

C'est la quatrième fois que cela arrive dans le mois, depuis que les journaux ont publié vos appréciations sur la transfusion au Congrès de la Rochelle.

Le cas d'aujourd'hui est celui du jeune de B..., dix-sept ans, à Lagny (Seine-et-Marne), atteint d'une entérorragie effroyable au 31e jour, d'une fièvre typhoïde le mardi et mercredi 22 novembre.

M. le docteur Millard, appelé en consultation le dimanche soir, conseilla la transfusion et m'écrivit aussitôt à minuit.

Ce matin, à la gare, j'ai trouvé une dépêche annonçant la mort du malade. L'oncle de ce jeune homme me dit que la question de transfusion avait été posée dès le mercredi, et que les médecins l'avaient repoussée, lui préférant des injections d'éther et d'ergotine, malgré lesquelles le malade est tombé chaque jour plus bas. Déjà, monsieur le professeur, j'ai essayé de réagir contre les effets des inexactes publications de vos paroles, mais vous seul pourrez le faire efficacement, car à la Rochelle vous avez admis que dans certains cas la transfusion avait *été utile,* ce que les journaux n'ont point ajouté.

Je suis certain, monsieur le professeur, que vous portez assez haut l'intérêt des malades et de la science pour bien vouloir, par quelques lignes, à un journal médical, atténuer les effets d'hésitation et de doute qu'ont produits sur nos confrères les incomplets résumés de la discussion sur la transfusion.

Dans la ferme espérance que malgré vos nombreuses occupations vous pourrez consacrer quelques instants à ce sujet, je vous prie, monsieur le professeur, d'agréer l'hommage de tous mes respects.

Dr Roussel.

Paris, 29 novembre 1882.

A Monsieur le Docteur Roussel.

Monsieur et honoré professeur,

Vous semblez faire retomber sur mes paroles la responsabilité de quatre morts survenues dans l'espace d'un seul mois, parce que la transfusion n'aurait point été faite à temps. Je ne saurais accepter une si lourde charge.

J'ai publiquement donné mon opinion sur la transfusion et son utilité. Que les journaux aient relaté fidèlement ou non mes paroles, je n'en puis mais.

J'ai parlé bien souvent dans les Sociétés savantes, et bien des fois la presse médicale a imparfaitement rendu ma pensée. Je n'ai jamais réclamé et j'ai toujours cru suffisant d'invoquer le texte officiel. Ainsi ferai-je encore.

Je n'ai pas une autorité assez énorme pour faire disparaître de la pratique une opération vraiment très utile et d'un emploi facile.

Si la transfusion a réellement ces avantages, elle triomphera envers et contre tous, et mon opposition n'y fera rien.

Cette opposition n'a d'ailleurs point empêché que M. Millard ait conseillé l'opération et que vous ayez été mandé pour l'exécuter.

Je ne suis donc pour rien dans tout ceci.

Veuillez agréer, monsieur et honoré confrère, mes salutations empressées.

Verneuil.

La réponse de M. le professeur Verneuil m'a procuré une grande satisfaction scientifique. Elle prouve que ses paroles au Congrès de la Rochelle ont été mal interprétées par les rédacteurs médicaux qui en ont tiré contre la tranfusion une condamnation devenue de plus en plus sommaire à mesure que le texte en était successivement plus écourté.

M. Verneuil a l'habitude de ne pas rectifier les erreurs de la presse et d'en référer au texte officiel. Ceci peut être suffisant d'ordinaire, mais non pas dans le cas actuel, car le texte officiel des discussions à l'*Association pour l'avancement des Sciences* n'est publié que dix ou douze mois après le Congrès.

Un si long retard eût pu être préjudiciable à un trop grand nombre de malades, puisque dans le seul mois de novembre quatre personnes, à ma connaissance, sont mortes d'hémorragies. Quatre fois la transfusion a été conseillée et discutée, mais elle fut repoussée ou indéfiniment ajournée par des médecins qui, s'appuyant sur les inexacts comptes rendus des paroles du professeur Verneuil, se sont bornés à employer les injections d'ergotine ou d'éther.

Cette réponse permet d'espérer, dans l'intérêt de la science et de l'humanité, que les praticiens, mis en présence de mourants que la transfusion pourrait sauver, cesseront d'hésiter à fournir à leurs malades cet héroïque secours.

Veuillez agréer, etc.

Dr Roussel.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Concours de l'agrégation. — Deux nouveaux candidats, MM. Ballet et Merklen, ayant renoncé au concours, l'ordre des lectures de la composition écrite a été modifié comme il suit :

Vendredi 8 décembre, 5 heures. — MM. Quinquaud, Dreyfus-Brisac, Hanot et Bard, suppléant.

Samedi 9, 5 heures. — MM. Bard, Letulle, Baumel et Blaise, suppléant.

Lundi 11, 5 heures. — MM. Blaise, Leroy et Artigalas.

— Les mutations dans les services de chirurgie des hôpitaux de Paris, qui avaient été provisoirement suspendues, sont aujourd'hui terminées. M. le docteur Marchand reste à l'hôpital Cochin où sera très probablement installé une salle de gynécologie de 15 à 20 lits; M. le docteur Berger passe à l'hôpital de Bicêtre, en remplacement de M. Gillette, et M. le docteur Pozzi passe à Lourcine, en remplacement de M. Berger.

— Par arrêté en date du 7 décembre 1882, un concours pour un emploi de chef des travaux chimiques sera ouvert, le 20 juin 1883, à l'École de médecine de Caen.

— Les agrégés des écoles supérieures de pharmacie dont les noms suivent, sont attachés aux écoles supérieures de pharmacie ci-après désignées, pour en exercer les fonctions à partir du 1er janvier 1883 :

Paris : MM. Villiers-Moriame et Moissan ; — *Montpellier :* MM. Mas-sol et Malosse ; — *Nancy :* M. Held.

— M. le docteur Jablonski est nommé médecin adjoint au lycée de Poitiers, en remplacement de M. le docteur Robert, nommé médecin titulaire.

— Nous apprenons avec regret la mort de M. Cazalis, médecin honoraire des hôpitaux de Paris. Cet honorable confrère a succombé, à l'âge de soixante-quinze ans, à une angine de poitrine.

— Les élections pour le renouvellement du bureau de la Société d'anthropologie ont eu lieu hier soir jeudi. Ont été élus pour 1883 :

Président : M. le docteur Proust ; vice-présidents : MM. les docteurs Hamy et Dureau ; secrétaire général adjoint : M. Girard de Riolle ; secrétaires annuels : M. le docteur Prat et M. Issaurat ; conservateur des collections : M. le docteur Collineau ; archiviste : M. Vinson, et trésorier : M. Leguay.

M. de Quatrefages, M. le professeur Parrot et M. le docteur Auburtin ont été réélus membres de la commission de publication. — M. le docteur Topinard reste secrétaire général.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le docteur Straus, agrégé, remplacera M. le professeur Bouchard à dater du mercredi 13 décembre 1882, et continuera le cours de pathologie et thérapeutique générales les lundis, mercredis et vendredis, à cinq heures, salle Laennec.

— M. le docteur Bocquillon, agrégé, commencera le cours auxiliaire d'histoire naturelle médicale, le mardi 12 décembre 1882, à deux heures, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 13763.

122

Huile de foie de morue
BRUNE-CLAIRE

Du **Docteur DE JONGH,**
de la Fac. de méd. de la Haye,
chev. de l'ordre de Léopold de Belgique,
chev. de la Légion d'honneur.

« Le beau travail de M. le docteur de Jongh élucide une question qui a occupé un très-grand nombre d'auteurs. Le mode d'extraction de l'huile de foie de morue par les procédés indiqués et pratiqués aux îles Lofoden, en Norwège, pour la préparation de l'huile que M. le docteur de Jongh livre au commerce, nous paraît devoir être préféré à celui dont on fait usage à Terre-Neuve. Ces procédés sont, selon nous, plus rationnels et doivent fournir une huile plus efficace. »

(Signé) A. CHEVALLIER,
Offic. de la Légion d'honneur,
prof. à l'Ec. sup. de pharm. à Paris.

« Il était très-naturel que l'auteur des meilleures analyses et des plus profondes investigations qui aient été faites sur l'Huile de Foie de Morue devint lui-même le pourvoyeur de cette importante médecine. L'huile que vous m'avez donnée était de la qualité la plus supérieure considérée sous les rapports de la couleur, de la saveur et des propriétés chimiques; et je suis certain que pour l'usage médical on ne peut s'en procurer de meilleure. »

(Signé) JONATHAN PEREIRA, M. D.,
Memb. assoc. de la Soc. roy. de Londres,
prof. de mat. méd. à l'Univ. de Londres.

Se vend SEULEMENT en flacons revêtus d'une capsule portant l'estampille et la signature du Dr DE JONGH et la signature ANSAR HARFORD et Co.

Prix : 3 fr. 50, dans les principales pharmacies en France et à l'étranger.

Se défier des contrefaçons.

SEULS CONSIGNATAIRES :
ANSAR, HARFORD et Ce, 77, Strand, Londres.

15

EAU SULFURÉE, SODIQUE ET CALCIQUE.

Eaux-Bonnes (*Basses-Pyrénées*).
SAISON DU 15 MAI AU 15 OCTOBRE

Affections chroniques de la gorge, du larynx et des bronches; asthme, pleurésies chroniques. — Prévient la *phthisie pulmonaire* et peut souvent en arrêter les progrès. — Attendu sa *double sulfuration*, privilège qui lui est exclusif, cette eau se distingue, entre toutes, par la *profondeur* et la *durée* de ses effets curatifs.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

66

Cachets digestifs H. Mourrut
PEPSINE ET DIASTASE

PURETÉ GARANTIE. — EFFICACITÉ CERTAINE.

« Eviter les préparations similaires à base alcoolique, l'alcool précipitant de leur dissolution les ferments digestifs. » (BOUCHARDAT, *Annuaire*, 1880, p. 138; Académie de médecine, 12 aout 1879.)

Phie CHAMPIGNY, rues de Berlin et de Clichy, 39; 10, rue du Port Mahon, et principales pharmacies.

74

Pansement antiseptique
Méthode LISTER.

MM. DESNOIX et Cie, pharmaciens, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, préparent, depuis plusieurs années déjà, toutes les pièces nécessaires au pansement antiseptique par la méthode Lister et les tiennent à la disposition des médecins et chirurgiens qui désirent employer ce mode de pansement.

120

Vin de G. Seguin.
« C'est un puissant tonique; pris avant le « repas, il facilite la digestion. Il est très-utile « pour empêcher le retour des fièvres intermit- « tentes sujettes à récidive. — BOUCHARDAT. »

Paris, pharm, G. SEGUIN, 378, r. Saint-Honoré.

119

Sirop DU DOCTEUR Reinvillier
Au Phosphate de chaux gélatineux

Phthisie pulmonaire, bronchite chronique, rachitisme, débilité organique, maladies des os.

Le sirop du docteur Reinvillier, administré quotidiennement aux enfants, facilite la dentition et la croissance. Chez les nourrices et les mères, il rend le lait meilleur et empêche la carie et la perte des dents qui suivent souvent la grossesse.

Huile phosphorée titrée pour frictions.

93

Dragées et Sirop dépuratifs
DU DOCTEUR GIBERT,
Ancien secrétaire de l'Académie de médecine, ancien médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Ces deux préparations, introduites dans la thérapeutique en 1841, sont employées avec succès, depuis cette époque, dans le traitement des **Affections syphilitiques, scrofuleuses et rhumatismales, des maladies rebelles de la peau** et dans tous les cas où l'emploi des iodiques est indiqué.

Chaque cuillerée à bouche de sirop contient 0,50 d'iodure de potassium et 0,01 de bi-iodure. 2 dragées équivalent à 1 cuillerée à bouche de sirop.

Les dragées conviennent tout spécialement aux *dames* et aux personnes *délicates* ou *fatiguées*.

Administrées, de même que le sirop, au milieu ou à la fin des repas, elles ne troublent pas la digestion, ne fatiguent pas l'estomac et n'occasionnent ni nausées, ni dégout.

Exiger les signatures du docteur GIBERT et de M. BOUTIGNY, phien, et à l'étranger le timbre du gouvernemnet français imprimé en bleu sur l'étiquette de l'enveloppe.

Paris, phie BOUTIGNY-DUHAMEL, DESLAURIERS, successeur, 31, rue de Cléry, et dans toutes les pharmacies et drogueries.

163

Maltine Carnrick
La **Maltine Carnrick** contient trois fois plus de substances nutritives que les extraits de malt ordinaires. Elle contient tous les principes nutritifs non seulement de l'orge, mais encore du froment et de l'avoine maltés. Sa richesse en éléments albumineux, en phosphates et en diastase en font un RECONSTITUANT TRÈS ACTIF et admirablement supporté par l'estomac.

La **Maltine Carnrick** est à la fois un aliment et un agent digestif (*British medical Journal*). Elle remplace avantageusement l'huile de foie de morue.

La **Maltine Carnrick**, combinée avec la pepsine et la pancréatine, donne des résultats surprenants dans la dyspepsie et les troubles gastriques. Elle doit être préférée à tous les vins et élixirs, parce qu'elle ne contient pas d'alcool et ne produit aucune irritation sur l'estomac.

Dépôt dans les pr. phies. Vente en gros : Agence de la MALTINE, *manuf.* Co, 6, *rue de Chabanais.*

73

Institut hydrothérapique
3, rue du Dôme, avenue d'Eylau (28e année). Médecin en chef : E. DUVAL. Sous presse : *De la cure des maladies par l'eau froide;* clinique de 26 années de pratique. Traitt spécial des affections nerveuses et chroniques. — Jardin, gymnase.

161

Vin de Jarlet AU BAGNOLS PHOSPHATÉ
Ce vin, d'un goût et d'une saveur très-agréable, est employé avec succès dans tous les cas où les fortifiants et les reconstituants sont ordonnés. — JARLET, 54. Chaussée-d'Antin, et phies.

12

AFFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES.

Vin et Huile de foie de Morue
CRÉOSOTÉS du Dr G. FOURNIER.

0,20 de créosote du hêtre, par cuillerée à soupe.

Capsules d'Huile créosotée à 0,05.

Seules récompensées à l'Exp. univ. de Paris, 1878.

Pharm. de LA MADELEINE, 5, rue Chauveau-Lagrade, Paris. — Exiger la signature.

4

Extrait de viande Liebig.
L'Extrait de viande Liebig est du bouillon concentré. Les Etablissements de la compagnie Liebig, situés dans l'Uruguay, sont aujourd'hui universellement connus. La Compagnie a obtenu : 5 médailles d'or et 3 grands diplômes d'honneur.

Le bouillon à l'extrait de viande se prépare instantanément et il est privé de graisse et de gélatine. Ce sont là des qualités qui lui assureront l'approbation du médecin pour qui un bouillon de préparation facile est d'une si grande importance. Plusieurs pharmacopées ont du reste dû l'admettre parmi les médicaments de pharmacie.

Se vend en gros par les principaux droguistes de Paris et de la province.

109

Taffetas Durin CONTRE LES CORS AUX PIEDS.
La feuille : 1 franc, franco port.

DURIN, pharmacien à Vichy.

22

Epilepsie. Hystérie. Névroses.
Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

23

Le Thé diurétique de France
est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire; apaise les douleurs des reins et de la vessie; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

7

Les Dragées Carbonel
AU PERCHLORURE DE FER PUR.

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant quatre gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE francs.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

127

LA PLUS PURGATIVE DES EAUX MINÉRALES.

Pullna (Bohême). GRANDS PRIX : Philadelphie 1876, Paris 1878, Sidney 1879.
Melbourne 1880, Londres 1881. — A. ULBRICH.

134

Goutte, Gravelle
RHUMATISMES CHRONIQUES.
(Diathèse urique)

PILULES H. ROYER

au tartrate de potasse et de lithine.

Le plus soluble des sels de lithine.

Une pilule contenant 10 centigr. de sel pur sature plus de 40 centigr. d'acide urique.

Vente par flacon de 100 dans toutes les phies.

Gros : phie ROYER, cours Morand, 40, Lyon.

13

Poudre de viande de bœuf
DIASTASÉE DE TROUETTE-PERRET.
(GARANTIE BŒUF PUR).

Formule. — Poudre de bifteck, 3/5; lactine, 1/5; malt de lentilles, 1/5.

Une cuillerée à bouche de poudre représente exactement 60 grammes de viande.

Nous recommandons spécialement à Messieurs les docteurs notre poudre de viande diastasée.

L'addition de lactine et de poudre de lentilles germées (malt de lentilles) constitue une amélioration dont l'importance n'échappera à personne et qui augmentera de beaucoup l'action du médicament.

Vente en gros : Paris, TROUETTE-PERRET, 163 et 165, rue Saint-Antoine, et toutes pharmies.

79

Poudre de viande de bœuf
DIASTASÉE ET PHOSPHATÉE
De Trouette-Perret
(GARANTIE BŒUF PUR)

Cette poudre est la même que celle ci-dessus, à laquelle on a ajouté du chlorhydro-phosphate de chaux en proportion telle que le flacon de 250 grammes de poudre de viande contient exactement 5 *gr. de phosphate de chaux gélatineux.*

Vente en gros : Paris, TROUETTE-PERRET, 164 et 165, rue Saint-Antoine, et toutes pharmies.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOPITAL NECKER. — M. TRÉLAT.

I. Coxalgie rhumatismale. — II. Ostéochondrite. — III. Ostéomyélite de l'os iliaque.

Les trois faits dont je vais vous entretenir aujourd'hui présentent entre eux des rapports apparents, il est vrai, mais suffisants pour les rapprocher les uns des autres, suffisants aussi pour donner lieu quelquefois à des erreurs de diagnostic.

Ces trois malades sont ou paraissent atteints d'une affection de la hanche, caractérisée par des déformations analogues qui, au premier abord, pourraient porter un chirurgien à émettre pour tous trois le diagnostic de coxalgie. Ces trois malades sont : une femme de quarante-sept ans et deux jeunes garçons, l'un de seize, l'autre de vingt et un ans.

En effet, tous trois éprouvent des douleurs dans l'une des hanches, les mouvements en sont incomplets et leur attitude est presque la même.

Si maintenant nous étudions chacun de ces malades séparément, nous remarquerons les particularités suivantes :

I. Chez la femme, nous trouvons bien nettement une coxalgie rhumatismale. Elle est malade depuis deux mois et souffre de douleurs dans le genou, pour lesquelles on lui a appliqué successivement des sangsues et des vésicatoires. Son attitude, dans laquelle elle est comme figée, est caractérisée par une sorte de distorsion du bassin, avec adduction très forte de la cuisse, la hanche gauche remontée, la cuisse très fléchie et le pied dans une demi-extension.

Elle était auparavant bien portante et vaquait facilement à toutes les nécessités de la vie. Son âge (quarante-sept ans), l'absence de tous antécédents, le début récent du mal, ses principaux caractères, et la déformation à laquelle il donne lieu indiquent parfaitement que la lésion ne saurait remonter à l'époque de formation du squelette, qu'elle n'est pas une arthrite subaiguë ancienne.

C'est donc bien là une coxalgie rhumatismale à endormir pour redresser le membre et le plan dans une gouttière. C'est en effet ce que j'ai fait hier, et l'évènement a justifié la vérité du diagnostic. Sous l'influence du chloroforme, la raideur du membre a été vaincue avec la plus grande facilité, et nous avons senti quelques craquements péri-articulaires dus aux petites ruptures que nous produisions, et des craquements articulaires (c'est bien le mot), pendant que la tête roulait dans la cavité cotyloïde du fémur sans aucun tressaut de cette tête.

La malade a été placée dans une gouttière, n'ayant plus alors qu'un centimètre à peine d'un raccourcissement contre lequel nous allons lutter en attachant à l'extrémité les poids nécessaires.

II. Chez le jeune garçon de vingt et un ans, ce n'est plus la même affaire, bien que les douleurs, la déformation et l'attitude soient à peu près semblables. Sa mine est toute particulière, il est pâle, verdâtre, très maigre, très chétif, très misérable; son poids, qui n'a pas encore été pris, ne doit pas être bien considérable. Au premier moment, je pensais qu'il était tuberculeux; mon chef de clinique m'a répondu que cela lui paraissait fort douteux, et lorsque je l'ai ausculté à mon tour, je n'ai absolument rien trouvé. Ses poumons respirent comme un soufflet de forge. Il n'y a donc pas de tuberculose. Il mange bien, il n'a pas de constipation, pas de diarrhée, pas de douleurs d'entrailles ; enfin, les urines sont normales.

Son aspect misérable jure donc avec l'absence de grands troubles organiques.

La hanche droite a une attitude particulière caractérisée par une raideur prononcée, une certaine adduction du fémur, moins considérable que chez la femme que nous venons d'examiner, et une certaine flexion fixe de la cuisse. Si, saisissant à pleine main le genou, on cherche à fléchir la cuisse de façon à la porter doucement contre la poitrine, on constate une souplesse parfaite et sans aucun craquement. De même les mouvements d'abduction et de rotation que l'on imprime au membre prouvent que la tête du fémur glisse facilement sur le fond de la cavité cotyloïde, par suite, que l'articulation est saine.

Palpe-t-on le pourtour de la tête de l'os, on ne sent rien, ni tumeur ni saillie. Par contre, si l'on explore la région inguinale, on trouve surtout en dehors une certaine tuméfaction plutôt qu'une véritable tumeur, située au-dessous du ligament de Fallope entre les deux épines iliaques extérieures. Par le toucher rectal, on sent cette même tuméfaction limitée par le bord du psoas; tuméfaction ferme, assez résistante, sans bosselures, ni douleur trop accusée, bien qu'elle ne soit pas cependant absolument indolente.

Dans l'état de ce malade, il y a pour moi quelque chose qui ne s'explique pas, c'est sa maigreur, car il n'est pas tuberculeux et ses organes génitaux, petits, très ordinaires, ne paraissent avoir subi encore aucune sollicitation. Il mange et digère bien, il fume; il ne tousse pas, ne sue pas, ne crache pas. Pourquoi donc est-il si maigre? Peut-être est-il mal nourri par des parents peu aisés?

Il n'y a pas d'affection articulaire, mais de la raideur due à une lésion extra-articulaire ou mieux siégeant loin de l'articulation, dans le voisinage de l'aine donnant lieu à une attitude vicieuse et à de la malformation.

Or tout cela date d'un an seulement et notre diagnostic ne peut hésiter qu'entre un abcès froid, c'est-à-dire, à l'heure actuelle, entre une tumeur tuberculeuse pouvant devenir plus tard un abcès froid ou une affection liée au développement du squelette, c'est-à-dire du cartilage épiphysaire situé entre le pubis et l'os coxal.

La dureté, la fermeté de la tuméfaction nous éloignent d'un foyer tuberculeux. Il ne nous paraît pas probable qu'existant depuis un an déjà on ne trouve, en un point quelconque de cette tuméfaction, du ramollissement et qu'il ne se soit fait encore aucun retentissement du côté du tégument. Aussi, pour moi, je pense bien plutôt à une variété d'ostéochondrite développé au point de jonction de l'os coxal avec le pubis, avec propagation vers les muscles.

III. Enfin, le troisième malade a seize ans; c'est un garçon de bonne mine, rose, bien qu'un peu maigre. Le début des accidents remonte à six semaines. Auparavant, il n'avait rien. Les trois premières semaines ont été caractérisées par des douleurs qui le forçaient à s'arrêter de temps à autre, jusqu'au moment où il a dû prendre le lit pour venir un peu plus tard à l'hôpital.

La maladie est également caractérisée chez lui par l'attitude de la hanche droite. La cuisse est aussi fléchie, le bassin est abaissé, enfin le corps tout entier a subi une torsion latérale et se trouve courbé latéralement et antérieurement.

Les douleurs sont assez vives au lit et leur maximum d'intensité est au niveau de la crête iliaque, un peu en arrière de sa portion moyenne. Au même point on sent, au toucher, une tuméfaction mollasse, légèrement fluctuante dans une petite étendue, et qui correspond à une autre tuméfaction de la fosse iliaque interne, du volume d'une pomme ordinaire, présentant deux bosselures dont la fermeté pourrait faire songer de prime abord à quelque enchondrome. Le chloroforme administré au malade permet d'augmenter un peu la flexion du membre, mais l'extension ne varie pas et se trouve toujours limitée par un obstacle qui n'est pas simplement de la douleur.

Aurions-nous affaire ici à quelque affection de la colonne vertébrale? Non, celle-ci est très régulière, très correcte et très saine, on peut bûcher dessus — c'est le terme exact — sans provoquer aucune douleur.

Serait-ce quelque affection de la fosse iliaque, telle qu'une typhlite ou une pérityphlite? Pas davantage, les intestins fonctionnent très régulièrement.

Je ne cite que pour mémoire une psoïte ou une carie des os.

Il ne reste donc plus que deux hypothèses : un néoplasme ou une ostéomyélite de la crête de l'os iliaque. Le siège du mal, la douleur et l'âge du sujet tendraient à nous faire songer de préférence à une ostéomyélite. Mais la tumeur est bien grosse, elle est bosselée, etc.; je crois donc réserver encore le diagnostic.

Cependant je crois plus volontiers à une ostéomyélite de la marge de l'os iliaque; je dis « je crois », parce que je n'en ai pas la certitude. Je le crois, parce que ce jeune garçon ne paraît pas bien malade, parce qu'il est rose, et que l'évolution de la maladie est loin d'être rapide. C'est donc un cas à surveiller.

HOPITAL SAINT-CHARLES DE NANCY. — M. V. Parisot.

Hystéro-épilepsie chez l'homme.

(Observation recueillie par M. Dommartin, interne du service.)

Le nommé V. B... est dans sa dix-huitième année ; il n'a pas eu d'accidents convulsifs dans sa première jeunesse, mais est issu d'une famille céphalique. Questionné au point de vue de ses antécédents héréditaires, il nous apprend que son père est impressionnable, irascible, que sa mère présente aussi ce même caractère et sa sœur a le petit mal épileptique. Quant à lui, il est aveugle depuis l'âge de treize ans ; à cette époque il eut une opthalmie purulente et un staphylome antérieur consécutif. D'un tempérament robuste, il a un caractère violent, emporté, qu'il parvient à dompter avec une énergie remarquable. Il raconte avec une notable facilité les sensations qu'il perçoit et les exagère même parfois d'une façon singulière.

Il y a deux ans, dit-il, sans aucune cause appréciable, il a éprouvé dans les membres supérieurs des contractures involontaires ; quelque temps après, ces contractures passèrent aux membres inférieurs. Il ressentait d'abord une sensation de fourmillements dans les mains ou dans le talon, puis une certaine gêne dans les mouvements, une certaine raideur ; les doigts se fléchissaient à demi sur le pouce entraîné lui-même dans l'adduction. Il éprouvait alors, pendant environ vingt minutes, des douleurs analogues à celles qu'occasionnent les crampes. Voulait-il donner aux doigts une position spéciale, ceux-ci se laissaient soit relever, soit plier ; puis, comme mus par un ressort, ils revenaient à leur position première. En même temps la respiration devenait plus active, il percevait une sensation douloureuse dans les côtés, sensation due à la contraction des muscles abdominaux.

Ces contractures reparurent presque tous les jours pendant plusieurs mois et disparurent complètement, lorsqu'enfin, en avril dernier, il ressentit dans tout le corps des douleurs intenses qui lui donnaient la sensation d'un fer chaud, et qui s'accompagnaient d'un léger mouvement fébrile. Le 29 il eut une crise qui dura environ une heure. Dès lors il en eut jusqu'à dix par jour, dont la plus longue dura quatre heures et demie.

La crise se présente sous une forme spéciale. Il y a d'abord une véritable aura qui consiste en une sensation d'engourdissement dans la nuque. Si ce phénomène se présente seul, le malade prédit une crise légère ; si, au contraire, à ce symptôme se joignent des douleurs à la hauteur des attaches du diaphragme, il annonce une forte crise. Bientôt surviennent des contractures occupant les muscles des membres et de la nuque durant lesquelles le malade se tient autant que possible dans la station debout, puis la contraction envahit les muscles du thorax et de l'abdomen. Il ressent, pendant cette période de *préparation*, des douleurs atroces dans tout le corps, principalement le long de la colonne vertébrale, puis la respiration devient stertoreuse, haletante, la face vultueuse, les veines gonflées ; il tombe et perd connaissance.

Nous assistons alors à une première scène : *période de convulsions toniques*, caractérisée par la distorsion des traits, la convulsion des yeux, des contractures énergiques des muscles des membres et du tronc avec des alternatives de relâchement.

Tout à coup surviennent de grandes convulsions ; il se jette brusquement de côté, se roule sur le parquet ; la tête se renverse

en arrière, le corps s'incline dans le même sens, quelques soupirs lui échappent, et subitement le côté se met dans une inflexion latérale : *c'est la période des convulsions cloniques*. Ces crises se répètent par séries composées de plusieurs accès. Leur nombre est indéterminé ; au bout d'un certain nombre de crises analogues, la respiration reprend son rythme habituel et le malade ne tarde pas à tomber dans une espèce de sommeil qui s'annonce par du hoquet et des mouvements de la déglutition.

C'est alors qu'il prend des attitudes qui semblent indiquer l'hallucination d'un ou plusieurs sens. L'expression de sa physionomie nous montre nettement la nature de ces hallucinations : son visage, en effet, exprime tantôt la crainte, tantôt la joie. Cette période, dite des *attitudes passionnelles*, termine la scène. Elle est unique et succède toujours à plusieurs accès de convulsions toniques et cloniques successives.

L'attaque terminée, il demande à boire, absorbe plusieurs verres d'eau, et reprend connaissance sans avoir aucun souvenir de ce qui vient de se passer. Quelquefois, dans le cours d'une série d'attaques, le malade est momentanément dans une résolution complète. Il est étendu à terre dans un état de prostration totale ; quand on les soulève, les membres retombent inertes ; le chatouillement seul produit parfois quelques réflexes.

Après la crise il ne ressent qu'une légère céphalalgie et une sensation d'abattement de courte durée. Il n'a pas, comme les épileptiques, le sentiment de honte qui les pousse à se cacher après chacune de leurs attaques, la mélancolie caractéristique, l'immobilité absolue, l'obnubilation des facultés, l'incontinence d'urines, la contracture plus ou moins prononcée de la langue, et toutes les hallucinations qui constituent la dernière période d'une attaque d'épilepsie franche. Après ses crises il reprend sa conversation, cause avec bonhomie, chante avec plaisir ; en somme, la crise passée, l'état général est satisfaisant.

A quoi peut-on rattacher un pareil état convulsif ? Avons-nous à faire à des convulsions symptomatiques d'un abcès, d'une tumeur, d'une lésion cérébrale, à une névrose ou simplement à de la simulation ?

Tel est le problème qui se pose à notre esprit. Il n'y a pas lieu de croire à de la simulation : la durée des crises, l'état du malade et l'intimité de quelques-unes de ses réponses nous font immédiatement rejeter cette idée.

Discutons dans l'hypothèse d'un abcès du cerveau. Celui-ci est aigu ou chronique. S'il est aigu, il rentre dans la forme épileptique ou convulsive, et alors les symptômes qu'il présente n'existent pas ici pour la plupart ; en outre, d'après les statistiques, on n'a jamais vu un abcès aigu du cerveau durer plus de quinze à vingt jours ; de sorte que, bien qu'au milieu d'une infinie variété de symptômes l'abcès cérébral n'en ait pas un qui lui soit spécial, nous croyons cependant pouvoir éliminer ici cette idée.

Greisinger définit abcès chronique ou tumeur cérébrale « toute affection caractérisée par des symptômes cérébraux d'une certaine durée et à marche lente ». Avons-nous l'une ou l'autre de ces deux lésions ? Nous ne le croyons pas, car nous n'avons pas ici la céphalalgie constante, les troubles de sensibilité, la paralysie des membres, l'état apoplectique qui caractérisent l'une ou l'autre de ces deux affections. Ce qui un instant avait pu nous faire croire à l'existence d'un gliome ou d'une tumeur de la rétine qui aurait comprimé la substance cérébrale en passant à travers les trous de la base du crâne, c'est que le malade nous avait raconté qu'il avait eu un abcès de l'œil, à la suite duquel auraient apparu des phénomènes convulsifs. Or, d'après les renseignements fournis, il aurait eu simplement une hydrophtalmie et la ponction aurait été faite.

Restent les névroses. Excluons de suite l'épilepsie, les attaques en sont trop franches, trop caractéristiques, pour que nous nous y arrêtions.

La tétanie présente à son tour des caractères assez nets que nous ne retrouvons pas ici. Si nous nous rapportons à la description complète de cette affection que nous donne Trousseau, nous serions assez disposés à ranger dans cette forme de tétanie, dite bénigne, les contractures qu'il aurait eues il y a deux ans, si elles nous semblaient indépendantes de l'état nerveux actuel, mais elles nous paraissent y être intimement liées ; en outre, il est plus probable d'admettre que notre malade a une névrose que deux ; enfin la tétanie est une névrose spinale et notre malade a une névrose cérébrale, la perte de connaissance en fait foi. Quant à la forme grave de la tétanie, les grands mouvements convulsifs, les mouvements de déglutition, le sommeil, le rêve, ne sont pas du tout en rapport avec la description que nous en fait Trousseau. L'hystérie peut se présenter sous deux formes différentes : la petite attaque, hystérie proprement dite, la grande attaque, connue sous le nom d'hystéro-épilepsie.

L'état de notre malade n'a aucune relation avec la première, il n'en est pas de même de la seconde. M. le professeur Charcot décrit, sous le nom de grande attaque d'hystérie, cette attaque composée de quatre périodes qui constituent essentiellement l'hystéro-épilepsie.

Si nous analysons l'attaque de notre malade, nous sommes frappés au premier abord des traits communs qu'elle a avec l'hystérie et l'épilepsie.

Si nous rapprochons cette attaque de l'une ou de l'autre de ces deux névroses, nous trouvons une première période dite épileptoïde, période de convulsions toniques dans la distorsion des traits, les convulsions des yeux, les contractures qui ouvrent la scène.

Quant à la seconde période, elle se rapproche de l'hystérie ; elle est constituée par les grands mouvements, les contorsions des membres et du tronc. Ici l'attaque de notre malade diffère de l'attaque type en ce sens qu'au lieu d'y avoir immédiatement une troisième période, les deux premières alternent l'une avec l'autre pendant un certain temps ; quant à la troisième, elle est unique et termine la scène.

Nous la retrouvons à la fin de cette attaque qui constitue la terminaison de l'attaque hystérique. Elle est représentée chez notre malade par les attitudes passionnelles, les hallucinations, le sommeil.

Quant à la quatrième période, elle manque totalement. Nous n'avons pas, en effet, comme aboutissant des attaques, cette prostration des forces, cet abattement, cette immobilité, qui caractérisent la terminaison d'une grande attaque.

A quoi rattacher ces trois périodes ? La persistance d'une crise aussi longue que celle qu'a parfois notre malade, sans que la mort s'en soit suivie, nous montre qu'il n'y a pas là d'épilepsie. Si nous lisons dans Falret la description de l'état mental des épileptiques, nous voyons qu'il diffère totalement de celui de notre malade qui a plutôt le caractère des hystériques, des névropathes, dont il a en même temps les goûts, les appétits. Enfin, bien que plus fréquente chez la femme, on a cependant rapporté quelques observations d'hystéro-épilepsie chez l'homme. C'est cette affection que nous croyons avoir ici ; et s'il nous manque la quatrième période, c'est que nous avons à faire à un jeune homme moins impressionnable, moins extatique qu'une femme, dont l'état

même du système nerveux peut avoir une influence réelle sur la marche incomplète d'une attaque.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 9 décembre 1882. — Présidence de M. PAUL BERT.

COMMUNICATIONS

Effets comparés de la cinchonine et de la quinine. — M. LABORDE. Il a été beaucoup question, depuis quelque temps, de morts subites dans la fièvre typhoïde, attribuées à la quinine. Ces faits soulèvent une question d'un très grand intérêt. J'estime qu'en présence de ce qui vient de se passer, et après tout ce qui a été dit à cette occasion, des expériences comparatives sur l'action physiologique de la quinine et de ses succédanés pourraient rendre de grands services. Il est très curieux de penser que la quinine en soit encore à attendre des connaissances exactes sur son action physiologique. L'histoire de ses effets physiologiques a été commencée cependant depuis longtemps, mais elle est très difficile à faire et très longue à mener à fin. Il n'y a guère plus de quatre ans que l'on sait qu'elle exerce des effets spéciaux sur la sensibilité. Aujourd'hui je voudrais appeler l'attention de la Société sur les troubles qu'elle est susceptible de produire dans les fonctions de la respiration. J'ai eu recours, pour étudier ces effets, à des procédés graphiques, et je me suis attaché à produire le moins de traumatisme possible, afin de ne point troubler les phénomènes que je désirais produire. J'ai eu recours, dans ce but, à la méthode des injections hypodermiques. Je les ai faites d'abord à doses modérées puis à doses massives.

A doses modérées (50 centigrammes en injection), voici les résultats que j'ai obtenus : les tracés graphiques du cœur m'ont donné une augmentation de l'amplitude et de l'impulsion cardiaques ; elle était doublée et même triplée ; il y avait une excitation fonctionnelle du cœur bien évidente et simultanément une excitation égale de la fonction respiratoire.

En augmentant les doses, j'ai produit une phase d'irrégularité, d'ataxie, de véritable folie du cœur, bientôt suivie d'arythmie. En même temps la respiration diminue d'intensité et cesse. Je ferai remarquer toutefois que dans ce cas le cœur, bien qu'il ait cessé de battre, n'en conserve pas moins sa contractilité.

Voilà pour les doses relativement inférieures chez le lapin.

En donnant des doses considérables d'emblée, des doses massives, le tableau change complètement. On ne saisit plus les différentes phases successives qui viennent d'être indiquées. L'animal tombe d'emblée dans la stupeur et dans le collapsus complet.

Il faut donc distinguer deux périodes, l'une dans laquelle on n'arrive à l'arrêt du cœur que par une succession d'irrégularités et d'intermittences, l'autre dans laquelle l'arrêt est subit.

Si de ces données physiologiques on veut arriver à des applications à la clinique, il n'est pas difficile de se rendre compte de ce qui arrive. On sait que dans les fièvres graves il y a toujours un certain degré d'altération du muscle cardiaque, d'un autre côté les reins ne fonctionnent plus normalement, deux conditions singulièrement favorables à la production des accidents qui ont été signalés.

J'aborde maintenant un autre côté de la question. Non seulement nous avons à considérer chez les typhiques des prédispositions morbides qui aggravent les effets de l'agent en question, mais du côté du médicament lui-même nous avons à nous défier de conditions non moins défavorables ; je veux parler de l'altération de la quinine. Elle peut se trouver souvent mêlée, par exemple, à une certaine proportion de cinchonine. Il y a même des pharmaciens qui donnent la cinchonine pour la quinine. Dans les pharmacies des hôpitaux, ces deux substances sont souvent mélangées. Or, dans des expériences que j'ai faites en 1878 sur la cinchonine, j'ai montré que cette substance est un poison convulsivant par excellence.

On a beaucoup cherché, dans ces derniers temps, des succédanés de la quinine ; on a fait des recherches sur divers extraits, la cinchonidine, la cinchonicine, la quinoïdine, la quinonamide, etc. Beaucoup d'échantillons de ces produits n'ont offert à l'examen la moindre trace de quinine. Mais la question est à l'étude, il ne faut rien conclure avant d'avoir examiné. Je m'en tiens donc, pour le moment, à ce qui concerne la substitution de la cinchonine à la quinine ou au mélange des deux substances et aux effets funestes qui peuvent en résulter.

M. Laborde fait une expérience en présence de ses collègues. Il injecte, dans le tissu cellulaire sous-cutané d'un cochon d'Inde, 25 centigrammes de cinchonine. Au bout de quatre minutes, l'animal est pris de violentes convulsions épileptiques et succombe presque aussitôt.

Mesure du volume des anévrysmes. — M. FRANCK expose à la Société les résultats des recherches qu'il vient de faire sur la mesure du volume des anévrysmes. Étant donné, par exemple, un anévrysme de l'aorte ascendante, faisant saillie sur les parois de la poitrine, dont on aurait intérêt à mesurer la capacité à divers moments, pour juger de son accroissement, il pense qu'on peut appliquer à ce mode de mensuration le procédé de déplacement de l'eau. A cet effet il coiffe la tumeur avec un vase en gutta-percha rempli d'eau. La quantité d'eau déversée par des orifices pratiqués sur des points déterminés de ce vase correspondra au volume de la tumeur. M. Franck a déjà essayé l'application de ce procédé de mensuration sur un certain nombre de malades.

M. ROUCH fait une communication verbale sur l'action physiologique du gelsemium sempervirens et ses affinités avec le curare.

M. BOCHEFONTAINE, au nom de M. Orschausky, présente un travail sur les mouvements localisés produits par le passage des courants faradiques à travers le crâne chez les chiens.

M. HELLEDY fait une communication sur un point d'embryogénie.

La séance est levée à six heures.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 décembre 1882.— Présidence de M. DUJARDIN-BEAUMETZ.

CORRESPONDANCE

Contribution à l'étude et au traitement de l'hystérie chez l'homme. — M. BURQ adresse la note suivante :

Il y a trente ans passés aujourd'hui, je soutenais :

Que l'hystérie peut exister aussi chez l'homme et, partant, qu'il n'est point vrai d'en placer le siège pas plus dans les annexes de l'utérus que dans l'utérus lui-même ; et qu'alors cette névrose obéit aux mêmes lois basées sur la prépondérance des troubles en moins de la sensibilité et de la motilité, *anesthésie* ou *analgésie*, *parésie* ou *amyosthénie*, et se guérit par les mêmes moyens esthésiogènes et dynamogènes, métaux ou autres.

Cela résulte de l'observation suivante consignée pages 51 et suivante dans ma thèse inaugurale (février 1851), sous la signature du docteur S. Pierre, interne du service de Tardieu à l'Hôtel-Dieu, où elle fut recueillie en l'année 1850. En voici l'extrait :

B..., vingt-deux ans, marin. Mère hystérique, frère mort de convulsions, sujet lui-même depuis l'enfance à des maux de nerfs divers, crampes, migraines, suffocations, etc., qui s'exagérèrent à la suite d'une fièvre typhoïde contractée à l'âge de dix-sept ans à bord du *Pluton*. Peu de temps après, le malade partit pour les mers du Nord. A ce moment, son insensibilité cutanée était déjà si grande, qu'il pouvait grimper après les cordages chargés de glaçons sans en ressentir du froid.

Réformé en 1847 pour cause de faiblesse, B... revint à Paris où son état nerveux ne tarda pas à empirer. Entré une première fois à l'Hôtel-Dieu dans le service de Rostan, j'avais eu l'occasion de l'y observer et de remarquer et faire constater qu'il étai

très sensible au cuivre. Un peu plus tard, le 12 mars 1850, il se fit admettre dans celui de Tardieu, salle Sainte-Madeleine, n° 30.

« A ce moment, dit M. Pierre, analgésie et anesthésie superficielles aux membres supérieurs ; diminution du goût et de l'odorat, insensibilité des muqueuses nasale et oculaire ; pression 13 kilogrammes à droite et 15 kilogrammes à gauche seulement. Désordres nerveux divers et surtout sensation de la boule hystérique, revenant par accès quelquefois d'assez longue durée ; troubles digestifs...

« Le 16 et le 17, nous constatons que l'application du cuivre fait revenir la sensibilité et la motilité.

« Du 18 au 26 inclusivement, une armature de ce métal lui est appliquée chaque nuit sur les membres (tous les quatre) exclusivement. Fourmillement, chaleur, sueur et sentiment de fatigue, surtout les premiers jours, et disparition progressive de tous les accidents.

« Le 26, sensibilité générale et spéciale normales. Pression droite, 70 kilogr., 9,55 kilogr., appétit suffisant, digestions bonnes, sommeil (précédemment troublé par des rêves toujours tristes ou effrayants) calme toutes les nuits.

« Le 1er décembre, santé parfaite. *Exeat.* » (S. PIERRE.)

Depuis, j'ai recueilli plusieurs faits de même nature. Mais celui-là, si particulièrement authentique, puisque Tardieu lui-même était un des juges présents à la thèse d'où je l'extrais, me paraît suffire pour justifier le préambule dont je l'ai fait précéder et établir mon antériorité méconnue par les différents auteurs. (Comm. : MM. Debove, Landouzy, Seveste.)

COMMUNICATIONS

La fièvre typhoïde à Auxerre. — M. DIONIS DES CARRIÈRES (d'Auxerre) fait sur ce sujet une communication dont voici le résumé :

L'épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi à Auxerre, dit-il, a été très intense, très violente. Ce sont les résultats de mes recherches sur son étiologie que je viens faire connaître.

Auxerre est une vieille ville, perchée sur une montagne, assez salubre, dans laquelle la mortalité est généralement assez faible. En effet, sur 16,000 habitants on ne compte que 340 décès annuels, c'est-à-dire 8 en moyenne par semaine. Cette ville est rarement le siège d'épidémies graves. On y a vu une épidémie de fièvre typhoïde il y a trente ans. L'année dernière on n'y comptait que 2 décès pour cette maladie. Cette année, jusqu'au 1er septembre, il y avait eu 7 décès. Tout à coup éclate cette épidémie intense et meurtrière, puisqu'en deux mois et demi on relève 92 décès, ce qui, calcul fait, correspondrait pour Paris à 13,000 décès, uniquement pour la fièvre typhoïde. Le nombre des malades atteints par cette affection a été prodigieux. Les neuf médecins de la ville suffisaient à peine à leur donner des soins. Plusieurs d'entre eux ont dû voir 50 malades par jour. 800 malades environ ont été atteints par l'épidémie. Il y a eu un grand nombre de fièvres intermittentes.

Dans le mois d'août, ai-je dit, il n'y avait eu que 3 décès. Il est donc impossible d'attribuer à la contagion les 7 ou 800 cas observés pendant les deux mois suivants. Il y a bien des égouts, mais ils n'ont pas d'eau. De grands travaux ont été accomplis pour faire monter l'eau de l'Yonne au point culminant de la ville ; on a dû, pour cela, défoncer la ville entière, et depuis le 2 novembre 1881 jusqu'au jour où éclata cette épidémie, la ville a été constamment ouverte, creusée pour l'installation du gaz et des égouts. On a fait également de nombreuses fouilles dans les faubourgs.

Aux questions qui nous étaient posées sur l'origine de cette épidémie, il venait naturellement à l'esprit de répondre en incriminant ces fouilles. Il existe deux casernes à Auxerre : l'une ancienne, dans l'intérieur de la ville, dans laquelle un grand nombre de soldats ont été atteints par l'épidémie ; l'autre, nouvelle, en dehors de la ville, qui n'a pas eu de malades.

A mesure que l'épidémie suivait sa marche, je pointais sur un plan d'Auxerre les parties de la ville où se trouvaient les malades atteints de la fièvre typhoïde. Il y avait des quartiers entiers sans un seul malade, et d'autres, au contraire, où l'épidémie sévissait avec une grande intensité. Tout ce qui entoure la ville, les faubourgs, une caserne, un asile d'aliénés, ont été complètement indemnes. De prime abord, j'accusai les sources d'eaux potables.

Lorsque vint le jour de la réunion de la Société médicale de l'Yonne, voici ce que nous apprit le docteur Populus relativement au village de Vallan, situé à 6 kilomètres en amont d'Auxerre, et d'où viennent les sources d'eaux potables qui ont alimenté la ville jusqu'au 1er septembre, les eaux de la turbine, qui l'alimentent actuellement, n'ayant été distribuées pour la première fois que le 8 septembre, alors que nous étions en pleine épidémie. Au voisinage de l'une de ces sources se trouvait la maison d'un cultivateur dans laquelle le docteur Oudet avait soigné une malade atteinte de fièvre typhoïde grave. Je partis pour Vallan, et l'enquête que j'y fis me donna les résultats suivants : tout près de la source en question, se trouvent deux maisons de cultivateurs ayant une cour commune ; la source est captée dans une grotte, mais au-dessus d'elle se trouvait dans cette cour le fumier de l'un de ces cultivateurs. Dans les premiers jours d'août, le docteur Oudet fut appelé par ce dernier pour y soigner une jeune fille atteinte de fièvre typhoïde grave ; vers le 15 août (l'épidémie éclata à Auxerre vers le 3 ou 4 septembre), cette malade fut prise d'une diarrhée abondante et fétide qui dura jusqu'au 24 août. Ce ne fut que le 20 septembre que, réfléchissant à l'épidémie d'Auxerre, le docteur Oudet s'aperçut que toutes les déjections de cette malade étaient jetées sur le fumier, si voisin de la source d'où un tube, mesurant 30 centimètres de diamètre conduisait l'eau jusqu'à Auxerre. Or, si comme cela paraît avoir été démontré, un cours d'eau à l'air libre peut transporter au loin des germes infectieux, à plus forte raison devra-t-on admettre une transmission plus directe encore à travers un tube fermé et d'un diamètre aussi petit. Toutefois cette source étant captée, il restait à démontrer que ces selles infectieuses avaient pu y pénétrer à travers le sol. Ce sol est un sol calcaire portlandien. Or les géologues nous apprennent que c'est là un sol extrêmement perméable. D'ailleurs nous avons jeté de l'ocre jaune sur la place même où étaient déversées les déjections de la malade : moins de cinq minutes après, dans une fontaine se trouvant à 30 mètres de distance, la coloration jaune apparaissait très nettement. La même expérience fut faite avec de l'eau d'alambic, et dans le même temps la fontaine exhala une odeur de kirsch caractéristique. Même espérance et mêmes résultats avec 2 grammes d'aniline dans 100 grammes d'alcool. Ce sol est donc absolument perméable.

Si maintenant nous comparons entre eux les quartiers d'Auxerre éprouvés par l'épidémie avec ceux qui ont été indemnes, nous voyons clairement que les premiers sont précisément ceux qui étaient, jusqu'au 8 septembre, alimentés par cette source de Vallan. Des deux casernes, l'une, la nouvelle, celle qui est en dehors de la ville, littéralement encombrée de 8,200 soldats, surmenés par les grandes manœuvres, mais recevant ses eaux potables d'une autre source, n'a eu qu'un seul malade atteint de fièvre typhoïde ; l'autre, l'ancienne, se trouvant dans l'intérieur de la ville, contenant très peu de soldats, l'état-major et les scribes employés aux bureaux ou à l'administration, c'est-à-dire non surmenés, mais recevant l'eau potable de la source de Vallan, a eu un grand nombre d'hommes atteints par l'épidémie. Dans l'asile d'aliénés, voisin de la première caserne, pas un seul malade. Dans la prison, alimentée par l'eau de la ville, 14 malades. Dans la ville, là où il n'y a pas de bornes-fontaines, il n'y a pas de malades. Parmi les personnes buvant l'eau de leur puits, pas une seule malade. Derrière une maison se trouvent deux couverts ; l'un riche, grand, bien aménagé, ne contenant que 39 religieuses, reçoit l'eau de la ville ; il y a eu 7 cas de fièvre typhoïde. L'autre pauvre, contenant 60 personnes parmi lesquelles se trouve un grand nombre d'orphelins, recevait autrefois, comme son voisin, l'eau de la ville ; mais la municipalité, pour des raisons que j'ignore, a refusé de lui continuer la concession gratuite de cette eau ; il n'y a eu qu'une seule malade : encore s'agissait-il d'une jeune fille qui avait été passer

deux jours de vacances chez un parent habitant l'intérieur de la ville.

En résumé, voilà une grave épidémie sévissant sur une grande ville de 16,000 habitants et qui, je crois l'avoir démontré, ne peut avoir pour cause que l'infection des eaux potables. Ma conviction est telle sur l'influence, en pareil cas, de l'infection de ces eaux, que je n'hésite pas à conclure en disant : Lorsque dans une grande ville éclatent de grandes épidémies, c'est du côté des eaux potables qu'il en faut chercher la cause.

M. LABOULBÈNE. Quelle eau buviez-vous vous-même ?

M. DIONIS DES CARRIÈRES. En ma qualité de dyspeptique, je ne buvais que de l'eau de Saint-Galmier ou de Pougues.

Botriocéphale. — M. LABOULBÈNE observe en ce moment un malade qui a rendu un tænia armé. Ayant examiné les premières selles de ce malade, il a vu qu'il suffisait d'en prendre comme une tête d'épingle pour y trouver de six à huit œufs. Des expériences de culture seront entreprises avec les déjections de ce malade.

M. FÉRÉOL demande à M. Laboulbène s'il s'est servi de la pelletiérine et s'il en est toujours satisfait.

M. LABOULBÈNE répond qu'il a dû augmenter la dose et la porter de 20 à 30 centigrammes. Il ajoute que, pour qu'elle soit réellement efficace, il faut que le malade éprouve quelques phénomènes nerveux. Quand une première dose ne suffit pas, il en donne une seconde, en ayant soin d'administrer le purgatif auparavant.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ rappelle que c'est lui qui a introduit la pelletiérine dans la thérapeutique des helminthes; mais la crainte de quelques accidents toxiques, surtout chez les femmes nerveuses, a amené certains médecins à abaisser la dose qu'il avait recommandée à 30 centigrammes et même moins encore. Pour lui, la proportion des succès est de 9 sur 10. Quant à l'administration des purgatifs *avant* celle de la pelletiérine, elle a été préconisée par Bérenger-Féraud dans un travail considérable sur cette question. Néanmoins M. Dujardin-Beaumetz n'est pas très convaincu des avantages que l'on en peut retirer, et jusqu'à présent il continue à la prescrire une demi-heure après l'ingestion de la pelletiérine. Mais il n'a pas recours à l'huile de ricin, il préfère l'eau-de-vie allemande à la dose de 30 grammes.

M. TENNESON préfère, au contraire, l'huile de ricin, à cause de son action plus rapide.

M. DU CAZAL signale également les succès que lui a donnés la pelletiérine (8 sur 8); il donne aussi l'eau-de-vie allemande une demi-heure après.

MM. DESNOS ET LABOULBÈNE rapportent enfin quelques accidents de parésie et de paralysie, peu graves, il est vrai, et de courte durée, survenus à la suite de l'emploi de la pelletiérine.

La séance est levée à cinq heures un quart.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le Conseil académique de Paris a tenu dans la journée de vendredi sa dernière séance. Plusieurs résolutions importantes relatives à la médecine ont été prises.

Consulté sur la suppression ou le maintien du baccalauréat ès sciences restreint exigé surtout des jeunes gens qui veulent entrer à la Faculté de médecine, le Conseil académique en a voté le maintien, donnant ainsi raison aux représentants de la Faculté de médecine de Paris qui s'étaient prononcés dans ce sens.

Quant à la question de la création du grade de docteur ès sciences médicales exigible des hommes qui se destinent à l'enseignement de la médecine, le Conseil, après avoir entendu les objections de la Faculté de médecine de Paris contre cette création, du moins dans la forme où elle se présente en ce moment, a émis un vote défavorable.

Il a également émis un vœu en faveur de la revision de l'organisation des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, pour les mettre mieux en mesure de répondre aux privilèges qu'elles possèdent et à la mission qui leur appartient.

Enfin, le dernier vœu du Conseil a été relatif aux pharmaciens de seconde classe dont le nombre croissant de jour en jour partout, sauf dans les campagnes auxquelles ils étaient primitivement destinés, menace de faire disparaître les pharmaciens de première classe dont les études sont plus longues et plus difficiles. Ce vœu demande que les candidats pharmaciens de seconde classe, au lieu d'avoir à fournir un simple certificat de grammaire, aient à présenter l'un des baccalauréats.

— Le mouvement de la fièvre typhoïde dans les hôpitaux de Paris nous est indiqué, pour les journées du 5 au 8 décembre, par les chiffres officiels suivants fournis par l'administration de l'Assistance publique au Conseil municipal de la ville de Paris :

	5 déc.	6 déc.	7 déc.	8 déc.
Malades existants dans les hôpitaux le matin	1,060	1,051	1,037	1,030
Entrés dans la journée	34	27	28	19
Sortis	37	40	23	43
Décédés	6	1	4	2

Les malades qui restaient en cours de traitement le 9 décembre au matin dans les hôpitaux de Paris s'élevaient au chiffre de 1,012. La moyenne des entrées de chaque jour, qui était tombée à 22,8, s'est un peu relevée ; elle a été de 27 entrées du 5 au 8 de ce mois. C'est une augmentation, il est vrai, mais qui n'indique pas une aggravation notable dans l'état sanitaire actuel.

— Par décret en date du 7 décembre 1882, M. le docteur Treille (Georges-Félix), médecin de première classe, a été promu, après concours, au grade de médecin professeur dans le corps de santé de la marine.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Sont nommés boursiers pour un an, à dater du 1er novembre 1882, les candidats au doctorat dont les noms suivent :

Élèves ayant quatre inscriptions : MM. Cohin (Louis-Alexandre), né le 11 juin 1862, au Mans (Sarthe); Chevalier (Joseph-Joachim-Edgar), né le 23 octobre 1863, à Chiry-Ourscamp (Oise).

Élèves ayant huit inscriptions : MM. Matton (Louis-Auguste-René), né le 3 juillet 1861, à Provins (Seine-et-Marne); Valin (Paul-Robert), né le 23 juillet 1862, à Fécamp (Seine-Inférieure); Humblot (François-Pierre), né le 12 février 1861, à Metz (Moselle).

Élèves ayant douze inscriptions : MM. Vignalou-Perer (Jacques-Joseph-Alphonse), né le 17 décembre 1859, à Bielle (Basses-Pyrénées) ; Conzette (Gaston-Adam-Barthélemy), né le 19 février 1860, à Domfort (Orne) ; Leclerq (Léon-Ferdinand), né le 22 mai 1859, à Saint-Aubin-Rivière (Somme); Godart (Émile), né le 11 novembre 1860, à Sainte-Menehould (Marne); Dubarry (Bertrand-Alphée), né le 18 juillet 1855, à Antist (Hautes-Pyrénées).

Élèves ayant seize inscriptions : MM. Netter (Juste-Arnold), né le 20 septembre 1856, à Strasbourg (Bas-Rhin) ; Hamonic (Paul-Louis-Marie), né le 30 septembre 1857 à Aubin (Aveyron); Girode (Paul-Joseph), né le 21 mars 1856, à Chaux-des-Crotenay (Jura) ; Gallois (Paul-Félix-Marie), né le 2 avril 1857, à Satolas (Isère); Loppé (Marie-Amédée-Emmanuel), né le 15 mars 1860, à Orléans (Loiret); Wallet (Louis-Henri-Gabriel), né le 18 novembre 1854, à Attichy (Oise); Panné (Gilbert-Eugène-Albert), né le 31 mai 1861, à Moulins (Allier); Vrain (Gaétan-Marie-Léon), né le 7 août 1860, à la Mothe-Beuvron (Loir-et-Cher).

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Lhomme est chargé, pendant l'année scolaire 1882-1883, des fonctions de préparateur de chimie organique en remplacement de M. Sioen, démissionnaire.

M. Meyer, bachelier ès lettres et ès sciences, est nommé préparateur de physiologie, en remplacement de M. Robillard, démissionnaire.

Sont nommés boursiers pour un an, à dater du 1er novembre 1882, les candidats au doctorat dont les noms suivent :

Élèves ayant quatre inscriptions : MM. Bodou (Paul-Joseph), né le 25 décembre 1863, à Loos (Nord); Vigneron (Eugène-Hippolyte), né

le 10 novembre 1862, à Lille (Nord); Molhant (Ernest-Henri-Augustin), né le 18 mars 1861, à Laleuvrière (Pas-de-Calais).

Élève ayant douze inscriptions : M. Lesage (Adolphe-Augustin), né le 22 mai 1862, à Couvron (Aisne).

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Simoni (Don Jacques), docteur en médecine, est nommé secrétaire du service des autopsies, attaché à la chaire d'anatomie pathologique (emploi nouveau).

M. Mathieu (Marc) est nommé aide de clinique médicale (emploi nouveau).

M. Reynaud, bachelier ès sciences, est nommé préparateur du laboratoire de chimie, en remplacement de M. Bonin, démissionnaire.

M. Joly, bachelier ès sciences, est nommé préparateur du laboratoire de pharmacie, pendant l'année scolaire 1882-1883, en remplacement de M. Reverchon, démissionnaire.

Sont nommés boursiers pour un an, à dater du 1er novembre 1882, les candidats au doctorat dont les noms suivent :

Élèves ayant quatre inscriptions : MM. Loison (Eugène), né le 1er janvier 1863, à Montmélard (Saône-et-Loire); Pic (Adrien), né le 3 octobre 1863, à Douéra (Algérie.

Élèves ayant huit inscriptions : MM. Dalphin (Henri-Camille), né le 6 février 1861, à Dôle (Jura); Riel (Philibert), né le 5 juillet 1862, à Labastide-Rouairoux (Tarn); Bonnet (Marius-Joseph-Isidore), né le 19 juin 1862, à Romans (Drôme); Guy (Jean-François), né le 16 octobre 1861, à Béziers (Hérault).

Élèves ayant douze inscriptions : MM. Arnauld (Justin-Denis), né le 26 septembre 1861, à Goult (Vaucluse; Capoulade (Joseph), né le 30 décembre 1859, à Saint-Ehily (Aveyron); Colombié (Pierre), né le 5 janvier 1860, à Montesquieu (Tarn-et-Garonne); Tarrou (Jean-David-Égiste), né le 13 septembre 1859, à Nîmes (Gard).

Élève ayant seize inscriptions : MM. Manhavialle (Alfred), né le 5 décembre 1859, à Guadalaja (Mexique).

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le docteur Straus, agrégé, suppléant de M. le professeur Bouchard, commencera le cours de pathologie générale, le mercredi 13 décembre, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à cinq heures, amphithéâtre Laënnec.

— M. G. Ville, professeur de physique végétale au Muséum d'histoire naturelle, ouvrira ce cours le mardi 12 décembre 1882, à dix heures du matin, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 13774.

N° 144. — JEUDI 14 DÉCEMBRE 1882. 55e ANNÉE. JEUDI 14 DÉCEMBRE 1882. — N° 144.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Nous avons été des premiers à exprimer notre admiration pour M. Pasteur lorsqu'il a découvert la vaccination charbonneuse.

La nouvelle vaccination qu'il vient d'introduire, celle de la maladie des porcs, appelée *rouget*, est une preuve nouvelle de la fécondité de ses procédés et de sa méthode.

On est donc en droit d'espérer que les maladies propres à l'homme en seront justiciables un jour.

Mais, dans ces études pleines de promesses, il en est qui n'ont pas atteint du premier coup la maturité désirable. Ce n'est pas l'esprit de dénigrement, c'est un véritable esprit scientifique qui fait quelquefois résistance à l'enthousiasme d'un inventeur.

L'homme de génie ne pourrait que perdre à des adulations sans bornes, tandis que, trouvant un aiguillon dans une prudente réserve, il corrige et parfait son œuvre.

HOPITAL NECKER. — M. Potain.

I. Fièvre typhoïde et embarras gastrique. — II. Pneumonie biliaire. — III. Diarrhée et eczéma.

I. Parmi les malades les plus récemment entrés dans nos salles, il en est deux surtout qui doivent attirer plus particulièrement notre attention et desquels je vais vous parler tout d'abord.

Chez l'un, celui qui est couché au n° 31, nous observons la réunion d'une série de symptômes qui nous font immédiatement penser à la fièvre typhoïde. Chez le second, au contraire, qui est au lit n° 34, nous ne trouvons que bien peu des phénomènes qui appartiennent à cette affection : ainsi pas de gargouillement dans la fosse iliaque droite, point de rate plus volumineuse qu'à l'état normal, un ventre peu ballonné, et cependant l'évolution de la maladie jusqu'à ce jour, la fièvre et ses caractères particuliers nous font diagnostiquer l'existence, chez ce malade, d'une fièvre typhoïde. Il est entré à l'hôpital au septième jour de sa maladie ; hier soir sa température était à 40°, aujourd'hui elle est à 39° 1/2 ; le pouls est mou, très dépressible, très dicrote. Il existe une grande dépression des forces, de la tendance aux vomissements. Nous avons dit que la rate n'était pas volumineuse, nous aurions mieux fait de dire qu'elle ne paraissait pas grosse. En effet, cette absence d'augmentation de volume n'est qu'apparente, en raison même de la situation que l'organe splénique occupe dans la région lombaire, où il se trouve repoussé par l'estomac ; de là une matité à limites peu précises, difficiles à circonscrire à cause du voisinage très rapproché du rein. Cependant nous lui avons trouvé douze centimètres environ, et, selon toutes probabilités, cette dimension ne correspond qu'à une partie de l'organe ; nous pouvons donc présumer, avec quelques chances de ne pas nous tromper, que cette rate est plus volumineuse qu'à l'état normal. De plus, dans l'hypocondre gauche, la distension de l'estomac par des gaz nous donne une zone tympanique assez étendue. Quant au gargouillement, comme je l'ai dit plus haut, il fait complètement défaut.

Le malade du n° 34 est donc, pour nous, un malade atteint de fièvre typhoïde, malgré l'absence des principaux symptômes caractéristiques de cette affection. Du reste, je ne dois pas omettre de vous signaler aussi, chez lui, un signe de grande valeur : je veux parler de la présence sur l'abdomen d'une tache rosée lenticulaire, — elle est unique, — qui s'efface sous la pression du doigt pour reparaître dès que la pression cesse. Si donc la plupart des phénomènes inhérents à la fièvre typhoïde font ici défaut, il en est cependant quelques-uns qui, par leur ensemble, nous permettent de porter un diagnostic à peu près certain.

La malade, au contraire, qui occupe le lit n° 31 de notre salle des femmes, est atteinte depuis cinq ou six jours environ ; elle éprouve un certain accablement, elle se plaint d'être faible. Chez elle, le ventre est douloureux et si l'on examine la fosse iliaque droite, on y constate du gargouillement. Mais ici ce symptôme n'a cette fois aucune signification importante, relativement à la fièvre typhoïde, parce que le gargouillement que la main perçoit à droite, elle le sent également du côté opposé, dans la fosse iliaque gauche, et que, de plus, il s'accompagne de diarrhée. Nous ne pou-

vons donc pas, dans le cas actuel, le considérer comme caractéristique de la dothiénentérie, comme le râle crépitant de la fièvre typhoïde, ainsi que Bouillaud, autrefois, l'avait appelé.

De plus, la fièvre est très médiocre, la température ne dépasse pas 37° ou 37°,5, le pouls n'est pas dicrote, comme on l'observe dans la fièvre typhoïde : bien qu'il soit plus petit et plus faible que d'habitude, il n'est pas mou ni dépressible; il est, au contraire, tendu, résistant au doigt.

De ces différents faits nous conclurons donc, en terminant, ce qui a trait à ces deux malades, par le diagnostic suivant : 1° n° 31, embarras gastrique simple ; 2° n° 34, fièvre typhoïde sans accidents thoraciques ni cérébraux, d'apparence peu grave jusqu'à ce jour, et devant, selon toutes probabilités, se terminer par la guérison. Je dis « selon toutes probabilités», parce qu'en présence d'une fièvre typhoïde qui n'est pas encore arrivée à une période plus avancée que celle-ci, le pronostic doit toujours être réservé, car la maladie peut tout à coup se transformer et subir rapidement de telles modifications, qu'elle prenne un caractère de gravité auquel on pourrait ne pas s'attendre si l'on ne savait que la chose est toujours possible.

Dans tous les cas, voici le traitement que nous avons institué pour le malade atteint de fièvre typhoïde : Lavement froid dans le rectum, deux fois par jour, cataplasmes sur le ventre, boissons abondantes, limonade et tisane de quinquina, enfin diète absolue.

II. En passant, je vous citerai le malade du n° 29, qui a une pneumonie du sommet, du côté droit, avec embarras gastrique très prononcé, correspondant à ce que Strohl a appelé la pneumonie bilieuse.

La fièvre est modérée; la langue est sale, recouverte d'un enduit jaune blanchâtre, la tension artérielle est très faible : tandis que dans la pneumonie ordinaire, franche aiguë, sans complications du côté des voies digestives, le pouls est dur, fortement tendu, ici, au contraire, il est mou et est dépressible. Aussi n'est-ce pas là un cas où les saignées puissent convenir, mais bien des vomitifs et des évacuants, lesquels, par contre, ne seraient pas applicables à un malade atteint de pneumonie franche.

III. Enfin, au n° 1 de la salle des femmes, nous avons une malade qui est dans une sorte d'accablement physique et moral assez prononcé ; elle est abattue, triste, assez affaiblie. C'est une femme qui est venue à Paris pour entrer comme nourrice sur lieu dans une famille et qui n'est pas parvenue à se placer. Elle a aussi une diarrhée assez abondante.

Mais ce n'est pas pour cela qu'elle est venue à l'hôpital, elle est entrée pour un eczéma des mains, non pas de la pellagre, mais bien un eczéma véritable, résultant de l'habitude d'avoir fréquemment les mains dans l'eau de savon. L'épiderme est aminci, rose, un peu violacé, lisse. Du reste, ce n'est pas la première fois qu'elle a cette affection ; elle en a déjà eu plusieurs atteintes aux mains depuis quelques années. Quant à la diarrhée dont je vous parlais, elle n'a point d'autre cause qu'une hygiène détestable et une mauvaise alimentation, en un mot, la misère.

OBSTÉTRIQUE

Du dégagement du tronc après la sortie de la tête fœtale et des avantages du décubitus latéral gauche au point de vue de la manœuvre.

Par M. Bailly, agrégé libre.

On répète volontiers qu'après l'issue de la tête fœtale le dégagement du tronc s'effectue toujours spontanément ou à l'aide de légères tractions : « Où la tête a passé le reste du corps passe aisément », dit-on. Cela est vrai généralement, mais non toujours.

Il n'est pas rare de voir la tête de l'enfant expulsée naturellement ou amenée hors de la vulve à l'aide du forceps, rester appliquée fortement sur le périnée, et malgré les efforts de la mère y séjourner assez longtemps pour exposer la vie de l'enfant, si l'on ne se hâte d'intervenir. Le fait s'observe surtout chez des primipares accouchant d'enfants volumineux, chez qui la circonférence acromio-thoracique est assez souvent supérieure à celle du crâne, et aussi quand les épaules ne se présentent pas au petit bassin dans la direction la plus favorable à leur progression ultérieure.

Si, dans ces cas, on cherche, à l'aide de tractions modérées, à abaisser le tronc et à l'amener à la vulve, on rencontre parfois de très grandes résistances, ou même on échoue totalement ; la tête reste obstinément appliquée contre la vulve, qu'elle ferme et recouvre entièrement.

Jacquemier, qui s'est occupé de ce sujet, attribue ces résistances à un enclavement des épaules, arrêtées, dans leur mouvement de descente, par les parois latérales convergentes du petit bassin. Sous l'influence des efforts naturels ou des tractions, le thorax, conique, continuerait à descendre, s'engageant, à la manière d'un coin, entre les épaules immobilisées, de manière à les comprimer davantage contre le bassin et à serrer de plus en plus le nœud de la difficulté. D'après cette théorie, Jacquemier conseille, pour opérer le dégagement du tronc, de porter l'indicateur de la main droite profondément dans l'excavation pelvienne, d'accrocher avec ce doigt l'aisselle du fœtus la plus accessible et, par des tractions exercées sur elle, d'abaisser cette épaule et de détruire ainsi l'enclavement du tronc. Je n'ai rien à objecter à cette théorie, assez plausible, de Jacquemier, mais j'approuve moins la manœuvre qu'il en a déduite. Au point de vue exclusif de l'extraction du tronc, elle est certainement efficace, mais en même temps elle est dangereuse ; elle expose trop à léser les organes importants que contient l'aisselle. Ces lésions possibles sont la contusion et la rupture d'un ou de plusieurs des nerfs du plexus brachial, avec leurs conséquences désastreuses et souvent irréparables pour la motilité du membre, des déchirures vasculaires, des fractures et des luxations de la clavicule, le décollement épiphysaire de l'humérus, etc. Tout cela peut survenir même sans l'emploi d'une force bien grande. J'ai malheureusement causé plusieurs de ces lésions dans un cas dont j'ai publié la relation, et je sais de bonne source que d'autres chirurgiens en ont produit ; si bien que, sans renoncer tout à fait à l'opération de Jacquemier, qui peut s'imposer dans quelques cas, je suis décidé maintenant à en restreindre le plus possible l'usage.

Mais alors que mettre à sa place ? comment dégager le tronc fœtal fortement retenu dans l'excavation du bassin après la sortie de la tête ? C'est au moyen de tractions lentes mais énergiques, exercées sur le cou du fœtus, dans une direction telle qu'elles favorisent à la fois le mouvement de descente et la rotation intérieure des épaules. Celles-ci finiront par atteindre la vulve et la franchir si l'on a soin de tirer dans l'axe du détroit inférieur, c'est-à-dire tout à fait bas (la femme étant supposée dans la position obstétricale, couchée sur le dos en travers du lit, le siège débordant légèrement le matelas). Chez un fœtus à terme, le cou est solidement constitué et peut supporter impunément des tractions très fortes. Sans prétendre que ces tractions soient absolu-

ment inoffensives, je suis d'avis qu'à la condition d'éviter toute brusquerie, on peut se permettre beaucoup dans ce sens, sans avoir à le regretter. Si je ne me trompe, le fait suivant en est la preuve :

Le 12 mars 1882, notre distingué confrère, M. Oyon, me fit l'honneur de m'appeler auprès d'une de ses parentes, primipare et en travail depuis vingt-huit heures. La parturiente est une femme jeune, grande et forte, dont le travail a marché régulièrement depuis le début. Les membranes sont rompues depuis sept heures, et depuis deux heures la tête est stationnaire dans l'excavation pelvienne. M. Oyon croyait avec raison une application de forceps indiquée et voulait bien me la confier. Elle ne présenta d'ailleurs rien qui mérite d'être noté: la tête, en position O. I. D. presque réduite, fut aisément amenée au dehors, mais n'alla pas plus loin. Je la saisis alors par ses côtés, et, tirant fortement en bas et en arrière, j'essayai d'avoir le tronc ; il ne vint pas. Il me fallut recommencer par trois fois toute une longue série d'efforts pour sentir les épaules s'abaisser peu à peu et à la fin presser sur le plancher du bassin, le distendre et entr'ouvrir la vulve.

Des tractions aussi énergiques n'étaient pas faites sans causer aux assistants une inquiétude et un malaise que traduisaient suffisamment leur respiration anxieuse et l'expression des visages, et mon confrère lui-même craignait de voir la tête de l'enfant me rester seule aux mains, il me l'a avoué depuis. Malgré ces avertissements donnés à mon apparente témérité, je n'en continuai pas moins de tirer sur le cou, ne me souciant ni de laisser l'enfant mourir au passage ni de déterminer une paralysie irrémédiable du bras en allant accrocher l'aisselle. Bien m'en prit, au bout de sept à huit minutes j'avais amené un monstrueux garçon, un peu asphyxié mais facilement ranimé. Pesé quelques instants après sa naissance par M. Oyon et par moi, son poids net était de 5,250 grammes, malgré la sortie d'une partie du méconium.

Cet enfant, aujourd'hui bien portant, a été allaité par sa mère, dont les suites des couches furent absolument naturelles.

Ce n'est pas seulement à la suite d'une application du forceps qu'on peut être appelé à opérer l'extraction totale d'un fœtus dont la tête est déjà sortie. L'obligation, pour l'accoucheur, d'intervenir à ce moment, se présente fréquemment encore dans des accouchements primipares réputés naturels et qui le sont en effet quant à l'expulsion de l'extrémité céphalique. En pareil cas, on peut sans doute agir comme je l'ai indiqué plus haut, et placer la mère transversalement sur un lit suffisamment élevé pour permettre de tirer sur l'enfant en bas et en arrière ; cependant cette installation nouvelle de la patiente exige quelques minutes et complique quelque peu la situation à un moment où il faut parfois agir vite. Dans ces accouchements semi-naturels, je trouve beaucoup plus simple et plus expéditif de faire coucher la mère sur le côté gauche, position qui place le périnée distendu et la tête fœtale sous les yeux de l'opérateur, situé à la droite du lit, et lui donne toute facilité pour sa manœuvre. Un aide, placé en face de lui de l'autre côté du lit, soutient le membre inférieur droit élevé et écarté de l'autre membre. Rien n'est plus facile alors que de saisir la tête et d'agir sur elle pour abaisser le tronc par des efforts dirigés suivant les axes du conduit vulvo-utérin. C'est la manœuvre qui me sert depuis des années ; c'est, si l'on veut, l'accouchement *à l'anglaise*, pratique des plus avantageuses en pareil cas et qui mériterait peut-être de se généraliser parmi nous.

Je me suis demandé bien des fois déjà si nos voisins n'ont pas été amenés à l'adopter, beaucoup plus par les facilités qu'elle fournit à l'accoucheur pour sa manœuvre, que mûs par les considérations morales passablement fantaisistes qu'on invoque généralement pour expliquer son origine.

THÉRAPEUTIQUE

L'extrait de piment ; des moyens de le conserver sans altérations.

Par M. le docteur P. Lardy.

Lorsque parut il y a quelques années l'extrait de piment, ses qualités spéciales, que ne possédait aucun autre révulsif, le firent rapidement adopter par la plupart des médecins. Malheureusement, à ces qualités venait s'ajouter un défaut des plus graves, le manque de conservation.

Incorporé à une masse emplastique, il perdait après quelques mois, souvent même quelques semaines, toute son énergie. La qualité du piment employé fut d'abord incriminée, mais à tort, et ce n'est qu'après un long espace de temps et de nombreuses recherches, que la véritable cause de son altération a été enfin connue, et qu'il a été possible d'y porter remède.

La capsicine a été isolée. C'est un alcaloïde d'une extrême causticité. Mais, chose bizarre et qu'il n'était pas possible de prévoir, les sels de capsicine perdent presque complètement cette action caustique.

Or il se produisait ce fait : L'extrait de piment étant mélangé à une masse emplastique dans laquelle entraient des matières huileuses et résineuses, la capsicine jouait vis-à-vis de ces dernières le rôle de base ; et il se formait des oléates, des margarates et des résinates de capsicine qui n'avaient plus aucune action.

La cause trouvée, on devait songer immédiatement à un moyen fort simple d'y remédier : c'était de neutraliser au préalable les acides organiques qui entraient en combinaison avec la capsicine.

Et il est arrivé ce qu'on devait espérer, mais ce que le temps seul pouvait démontrer ; la capsicine, restant ainsi en l'état, conserve toute son énergie primitive, et des échantillons préparés depuis plus d'un an ont aujourd'hui exactement la même puissance d'action qu'aux premiers jours.

Voilà donc ce révulsif qui reprend la place que lui assignaient ses qualités spéciales, et qu'il avait momentanément perdue.

Ces qualités sont encore présentes à l'esprit de bon nombre de médecins.

Le thapsia, l'huile de croton, le tartre stibié, agissent lentement et produisent des démangeaisons intolérables, et des éruptions qui parfois s'étendent sur une grande surface et deviennent souvent plus désagréables que le mal qu'on espérait soulager.

Le sinapisme agit rapidement, mais son action cesse aussi vite. Excellent donc dans certains cas, il devient impuissant dans une foule de circonstances.

Quant au vésicatoire, son action relativement lente, mais excessive, en fait un moyen qu'on doit réserver et qui ne s'emploie pas toujours impunément.

Contrairement à ces divers révulsifs, l'extrait de piment n'occasionne que de la chaleur, une vive rougeur et une cuisson légère, *sans douleur, démangeaisons* ou *éruptions*.

On peut dire que c'est un sinapisme qui, arrivé à la moitié de son action, se maintiendrait ainsi pendant vingt-quatre heures et plus. Il est donc facile de comprendre les résultats que doit nécessairement produire une semblable révulsion dans toutes les affections de la gorge et des bronches, surtout au début de l'inflammation, qui peut souvent ainsi être jugulée. Au déclin de ces affections, de même que dans les douleurs névralgiques ou rhumatoïdes, les effets révulsifs de l'extrait de piment sont également remarquables. Et on pourra facilement s'en convaincre aujourd'hui qu'il est permis de compter sur la fidélité d'action du produit.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 décembre 1882. — Présidence de M. Gavarret.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend : 1° une note manuscrite sur un cas de dystocie tératologique, par M. le docteur Verrier ;

2° Un rapport de M. le docteur Mabloux sur le service médical de l'hôpital militaire de Bourbonne.

PRÉSENTATION

M. GOSSELIN présente, au nom de M. le docteur Galdenstein, chirurgien dentiste à Paris, une observation très intéressante de restauration du maxillaire supérieur, de la lèvre et du nez chez une femme de vingt-six ans.

Les professeurs Richet, Brouardel, A. Fournier, ainsi que les médecins de l'hôpital Saint-Louis, MM. Guibout, Vidal et Besnier, ont constaté *de visu* le succès de l'opération.

ÉLECTION

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre titulaire dans la section de physique et de chimie.

La commission propose en première ligne *ex æquo* MM. Bouchardat et Javal, en deuxième ligne *ex æquo* MM. Hardy et Henninger en troisième ligne M. Onimus.

Le nombre des votants étant de 83, la majorité est de 42.

M. Bouchardat obtient	59	suffrages.
M. Javal	14	—
M. Onimus	6	—
M. Hardy	4	—

En conséquence, M. Bouchardat, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre titulaire dans la section de physique et de chimie.

COMMUNICATION

M. BOULEY communique, au nom de M. Pasteur, les résultats de ses recherches sur le *rouget* ou *mal rouge* des porcs.

Le microbe spécial à cette maladie et qui est très petit, très peu réfringent, a été d'abord isolé, puis affaibli par un certain mode de culture. Avec ce virus affaibli, M. Pasteur a inoculé quatre porcs qui, transportés dans la Vaucluse en pleine épidémie, ont été exposés à tous les modes de contagion, y compris même la contagion directe par inoculation. Ces quatre porcs sont restés indemnes, tandis que deux autres de la même portée, servant de témoins et de contre-épreuve, ont été pris de la maladie et ont succombé.

Dans plusieurs fermes on a pratiqué la vaccination préventive sur un certain nombre d'animaux, et ce sont les seuls qui aient échappé à la contagion.

C'est donc encore là une découverte de premier ordre qui fait pendant à la découverte de la vaccination charbonneuse.

M. Bouley communique ensuite une note imprimée de M. Pasteur, relative à la rage. En voici le résumé :

1° Toutes les formes de rage (rage furieuse, rage mue, etc.), procèdent du même virus ;

2° Rien n'est plus varié que les symptômes rabiques ; et il est probable que les variétés dépendent de la nature des parties du système nerveux, encéphale et moelle épinière, où le virus se localise et se cultive ;

3° Dans la salive rabique, le virus se trouve associé à des microbes divers ; son inoculation peut donner lieu à trois genres de mal, par les microbes de la salive, par des développements exagérés de pus, par la rage ;

4° Le bulbe rachidien d'une personne morte de rage, comme celui d'un animal quelconque, également mort de rage, est toujours virulent ;

5° Le virus rabique se rencontre non seulement dans le bulbe rachidien, mais, en outre, dans tout ou partie de l'encéphale et dans tout ou partie de la moelle. Tant que la putréfaction n'a pas envahi la substance nerveuse, la virulence y persiste ;

6° Pour développer la rage rapidement et à coup sûr, il faut recourir à l'inoculation, à la surface du cerveau, dans la cavité arachnoïdienne, à l'aide de la trépanation. On réalise également la double condition d'une courte durée dans l'incubation et de l'apparition certaine du mal par l'inoculation du virus dans le système circulatoire sanguin ;

7° M. Pasteur et ses collaborateurs ont rencontré un cas de guérison spontanée de rage, après que les premiers symptômes rabiques s'étaient developpés, jamais après que les symptômes aigus avaient apparu. Ils ont observé également, deux mois après la disparition des premiers symptômes, des reprises du mal suivies de mort ;

8° Dans une de leurs expériences, un chien sur trois a guéri après avoir manifesté les premiers symptômes ; le chien réinoculé l'année suivante, à deux reprises, par trépanation, n'est pas devenu enragé. Voilà donc un premier pas vers la découverte de la préservation de la rage.

9° M. Pasteur possède actuellement quatre chiens qui ne peuvent prendre la rage, quels que soient le mode d'inoculation et l'intensité de la virulence de la maladie. Peut-être ont-ils subi antérieurement une atteinte de rage incomplète dont ils ont guéri. C'est une question à étudier.

Les autres chiens inoculés en même temps meurent tous de la rage.

L'homme ne contractant la rage qu'à la suite d'une morsure, il suffirait de trouver une méthode propre à s'opposer à la rage des chiens pour préserver l'homme. Le but est encore éloigné, mais en présence des faits qui précèdent, ne serait-il pas permis d'espérer que les efforts de la science actuelle l'atteindront un jour ?

LECTURE

Du siège et de la direction des irradiations capsulaires chargées de transmettre la parole. — M. BITOT. 1° Les lésions du sommet des faisceaux pédiculaires de l'extrémité antérieure de l'insula et de l'extrémité inférieure de la frontale ascendante se manifestent comme celles du sommet du faisceau pédiculaire de la troisième frontale, mais avec des phénomènes paralytiques plus accentués et plus nombreux.

2° L'aphasie extemporanée, sans paralysie ou avec paralysie éphémère, coïncide avec la destruction de l'une des portions cérébrales qui avoisinent la partie antérieure des irradiations capsulaires extranucléaires, ou, ce qui revient au même, avec la partie la plus avancée (deux centimètres environ) du bord externe du ventricule latéral.

3° L'aphasie extemporanée, sans paralysie permanente de la face et des membres, correspond à la destruction de l'une des parties cérébrales qui avoisinent la partie postérieure des irradiations capsulaires frontales extranucléaires, c'est-à-dire au troisième centimètre du bord externe du ventricule latéral.

4° L'aphasie permanente, sans paralysie ou avec paralysie momentanée, trahit la destruction des irradiations capsulaires frontales extranucléaires à leur partie antérieure.

5° L'aphasie momentanée, sans paralysie permanente, est due à la destruction de la partie postérieure des irradiations frontales extranucléaires, coïncidant avec celle de la partie inférieure des circonvolutions centrales et de la partie complémentaire de la marginale sylvienne.

Notes sur l'allaitement artificiel en Poitou. — M. MASCAREL (de Chatellerault) expose que, par suite des maladies constitutionnelles et surtout de la syphilis, qui étend de plus en plus ses ravages, les bonnes nourrices deviennent de plus en plus rares. On est bien forcé de recourir à l'allaitement artificiel. Le lait de chèvre, étendu le premier mois des trois cinquièmes d'eau à peine sucrée le premier mois, de moitié seulement le mois suivant, puis d'une quantité de moins en moins grande jusqu'au cinquième où on le donne pur, réussit très bien dans le Poitou. Quant au lait de

vache, on le coupe d'abord aussi aux trois cinquièmes, puis aux cinq neuvièmes vers le second mois, puis à parties égales au troisième mois.

Ce résultat est également bon.

PRÉSENTATION D'OPÉRÉ

M. TILLAUX présente un jeune homme sur lequel il a pratiqué l'ablation du corps thyroïde pour une tumeur de cet organe et qui a parfaitement guéri.

L'Académie se forme en comité secret.

LES LIVRES D'ÉTRENNES

I

I. **Histoire des Romains** (1), par Victor DURUY. — II. **Nouvelle Géographie universelle** (2), par Élisée RECLUS. — III. **Constantinople** (3), par Edmondo DE AMICIS. — IV. **Voyage en Arabie** (4), par lady Anne BLUNT. — V. **Paris sous les obus** (5), par A.-J. DALSÈME.

Il y a de bien bonnes coutumes qu'il faut savoir respecter, si anciennes soient-elles. De ce nombre sont les étrennes. Les enfants les attendent, chaque année, avec impatience : et il y a des enfants de tous les âges. Donnons donc, suivant notre habitude, une Revue des livres d'étrennes.

I. A tout seigneur, tout honneur. Nous vous présentons, d'abord, le cinquième volume de l'*Histoire des Romains*.

M. Victor Duruy, continuant son œuvre magnifique, nous présente l'histoire des règnes d'Hadrien, d'Antonin et de Marc-Aurèle.

Après Hadrien, à qui reste l'honneur d'avoir agi comme s'il avait eu le respect réfléchi de la conscience religieuse (sous lui, nul, *par ordre du prince,* ne souffrit pour ses croyances), nous assistons au règne silencieux d'Antonin, puis à l'histoire orageuse de Marc-Aurèle. Le nom de ce héros moral de l'antiquité païenne nous reporte aux savantes leçons du professeur Laboulbène : Marc-Aurèle rappelle Galien.

M. Duruy n'oublie pas ce rapprochement. Il dit, parlant de Marc-Aurèle : « Sa complexion étant faible, il régla minutieusement sa vie pour ne pas l'user plus vite que la nature ne le voulait, et il suivit les prescriptions de ses médecins, au nombre desquels se trouvait Galien, comme une obligation qui lui était imposée, de conserver à son âme l'enveloppe temporaire dont les dieux l'avaient revêtue. »

Mais nous ne pouvons nous attarder devant cette grande figure. L'auteur termine à peine l'histoire de l'empereur philosophe, qu'il ouvre une immense parenthèse.

Sous le titre : *l'Empire et la Société romaine aux deux premiers siècles de notre ère*, nous trouvons un tableau du plus vif intérêt.

C'est d'abord la famille, puis la cité, les provinces, le gouvernement et l'administration. Tour à tour nous étudions la condition du père et de l'enfant, de l'époux, de l'épouse et de la parenté. Les funérailles, le testament, le maître et l'esclave, le patron et l'affranchi, les personnes *in mancipio* et le colon, passent sous nos yeux.

Avec la cité, nous apprécions l'étendue des libertés municipales. Pénétrant dans l'intérieur de la cité romaine, nous voyons l'assemblée publique, la curie, les magistrats. Nous constatons le caractère aristocratique de la cité romaine ; nous comprenons les relations des citoyens entre eux ; nous apprécions leurs collèges et leurs institutions de bienfaisance.

Si les chapitres consacrés aux provinces et au gouvernement sont remplis d'intérêt, que dire de ceux que l'auteur consacre aux mœurs et aux idées? Il faudrait bien des articles pour suivre M. Duruy, lorsqu'il nous fait assister à la révolution économique produite par la conquête de l'univers. Nous sommes à l'époque du plus grand luxe romain. Les moralistes et les poètes exagèrent, à l'envi, dans leur peinture de la société romaine. Dans les provinces et dans la haute société, les mœurs sont restées sévères : les mœurs s'adoucissent même.

Si l'on passe aux idées, la littérature de ce temps n'est pas l'expression de la vie générale. M. Duruy étudie l'éducation, les jurisconsultes, les philosophes. Il nous présente l'état de la religion officielle ; il montre l'invasion des cultes orientaux, les efforts des philosophes pour donner satisfaction au sentiment religieux, et aborde l'action du christianisme.

L'illustration de ce volume ne le cède à aucun autre ; il suffit, pour s'en rendre compte, de dire qu'il faut dix pages de tables pour enregistrer seulement les gravures et les cartes, sans compter les planches coloriées hors texte.

II. Le nouveau volume — le huitième — de la *Géographie universelle* est consacré à l'Inde et à l'Indo-Chine.

Suivant sa coutume, M. Élisée Reclus jette une vue d'ensemble sur le pays qu'il étudiera ensuite en détail. Cette introduction se termine par une curieuse observation. L'Inde et la Chine, deux contrées les plus populeuses du monde, renfermant à elles seules la moitié de la population terrestre, n'ont pas encore de route qui les unisse, tant il est vrai que l'homme commence à peine d'aménager le globe dont il se dit le maître.

Le second chapitre est consacré à l'Hindoustan ; le troisième, à l'Indo-Chine.

M. Reclus nous fait connaître, dans les plus grands détails, les divers Himalaya-occidental, central, oriental. — Il nous introduit dans l'Inde mahométane. Avec lui nous parcourons l'Inde méridionale, nous visitons Madras, Ceylan, les Laquedives, les Maldives et l'Archipel de Tchagos.

Résumant alors les innombrables matériaux mis en œuvre, l'éminent géographe nous présente la statistique matérielle et morale de l'Inde. Il termine enfin son étude de l'Hindoustan par des considérations sur le gouvernement et l'administration de l'Inde.

L'Indo-Chine est tellement à l'ordre du jour depuis quelques années, chez nous, qu'il est presque superflu de dire tout l'intérêt qui s'attache à la connaissance exacte des bassins de la Menam, du Mékong et du Sonhg-Koï.

Cet énorme volume de 982 pages se termine par l'étude des possessions anglaises, Siam péninsulaire, etc.

Le nom seul de M. Élisée Reclus est synonyme de science exacte. Si, par la richesse, la profusion des cartes et des gravures, la *Nouvelle Géographie universelle* est un des plus beaux livres à donner comme étrennes, il ne faut pas oublier qu'il a une portée plus haute et que toute bibliothèque sérieuse doit le posséder sur ses rayons.

III. Après la science exacte et par conséquent un peu austère, nous vous présentons, sous le titre de : *Constantinople,* un ouvrage charmant d'un voyageur italien. Les Italiens sont charmeurs de race. M. Edmondo de Amicis ne fait pas exception à la règle et Mme J. Colomb, par son élégante traduction, donne un plaisir de plus au lecteur déjà fasciné par ce pays des surprises et des enchantements. Quand on a vu Constantinople, le Bosphore et Scutari d'Asie, on n'oublie jamais l'impression de ces pays. Il y a tantôt trente ans que cette délicieuse jouissance nous a été donnée, et, chose singulière, le livre de M. de Amicis ne nous a causé aucune surprise ; les dessins pris sur nature par M. Biseo sont si vivants, que nous nous croyions encore dans ce ravissant pays.

Nous ne saurions faire un éloge plus grand de la très intéres-

---

(1) 1 vol. in-8° jésus. Broché : 25 francs. — Paris, Hachette et Cie.
(2) 1 vol. in-8° jésus. Broché : 30 francs. — Paris, Hachette et Cie.
(3) 1 vol. in-8° jésus. Broché : 15 francs. — Paris, Hachette et Cie.
(4) 1 vol. gr. in-8°. Broché : 10 francs. — Paris, Hachette et Cie.
(5) 1 vol. gr. in-8°. Broché : 6 francs. — Paris, Georges Chamerot.

sante relation du voyageur italien. Lisez *Constantinople* et faites des vœux pour que le niveau européen ne fasse pas disparaître ce dernier refuge de la lumière éclatante et du pittoresque.

IV. De Constantinople en Arabie, la transition est facile. Nous vous invitons à suivre lady Anne Blunt, dans son pèlerinage au Nedjed, berceau de la race arabe. Ce *Voyage en Arabie* est un journal qui nous introduit dans la vie nomade.

L'autorité du récit de lady Blunt dans son pèlerinage au Nedjed et des remarques qui l'accompagnent, remarques dues à M. Blunt qui a rédigé la préface et les appendices de l'ouvrage, dérive du fait que le pèlerinage au Nedjed est le couronnement d'une série d'autres voyages accomplis en Orient. M. Blunt a résidé vingt ans à Bagdad, où il a exercé des fonctions diplomatiques; il a pris, durant neuf ans, une part active aux travaux des missionnaires anglais de Syrie. Dans l'intervalle, il a visité, accompagné de lady Blunt, l'Afrique du Nord. Il a pu y comparer les nomades arabes du Sahara à ceux du Nedjed et de la Mésopotamie. Il a également visité, en compagnie de lady Blunt, l'Égypte et la presqu'île du Sinaï. En Égypte comme dans la presqu'île sinaïtique, la vie pastorale et les mœurs qu'elle comporte, sont la vie et les mœurs des populations de [illegible]me origine, parlant la même langue, éparses sur un sol an[illegible]pue et sous un ciel qui n'est pas très différent. Les deux voya[illegible]ulai ont de plus parcouru une notable partie de l'Inde et de la [illegible]mmis Avant d'aller au Nedjed, ils avaient passé un hiver, celui d[illegible]t et [illegible]1878, parmi les Shammar et les Anazeeh de la Mésopotam[illegible] en [illegible]u désert de Syrie. Le pèlerinage au Nedjed eut lieu pend[illegible]hiver de l'année 1878-1879.

[illegible]puis quelque temps, les deux voyageurs ont contracté l'habitude de passer l'été en Angleterre et l'hiver en Syrie, sur cette terre des Sémites qui leur est devenue une seconde patrie.

Ces détails nous sont fournis par M. Derôme qui non seulement a traduit le *Voyage en Arabie*, mais l'a fait précéder d'une très bonne introduction.

Une carte et soixante gravures sur bois, dessinées par G. Vuillier, d'après les aquarelles de lady Blunt, forment la partie artistique de ce livre.

V. *Paris sous les obus.* Quel titre douloureux et comme on sent se rouvrir l'année maudite!

M. Dalsème a pensé que le récit de cette grande épreuve devait rester dans toutes les mémoires. Il a écrit cette page sombre de nos annales avec l'exactitude la plus rigoureuse. Sous la réserve volontaire de l'historien on sent bondir le cœur du patriote.

Tous ceux qui ont subi le siège de Paris retrouveront les tableaux si souvent cruels, si souvent étranges de la vie obsidionale. Alors le rire se mêlait parfois aux larmes. On acceptait de grand cœur tous les sacrifices. Le rationnement, le bombardement n'étaient rien, tant que toute espérance n'était pas perdue. L'heure la plus déchirante fut celle où la grande voix du canon cessa de se faire entendre. Ce silence de mort, succédant au bruit incessant du bombardement, glaça tous les cœurs. Les Allemands, dont le tir sauvage n'épargna ni les hôpitaux ni les établissements d'instruction publique, se sont trompés quand ils ont cru épouvanter Paris par les bombes; ce qui jeta l'épouvante, ce fut le grand silence de la suspension d'armes. On se prenait à regretter les dangers du bombardement, mais tout était fini!

Il faut remercier M. Dalsème d'avoir fait renaître ces temps d'horreur. Il est bon de ne pas oublier, et nous devons à ceux qui nous suivront de ne jamais laisser perdre l'enseignement qui découle de cette grande épreuve nationale. Tous les hommes jeunes doivent lire *Paris sous les obus*, et nos enfants doivent le retrouver un jour dans notre bibliothèque.

Ce livre est un livre doublement précieux à conserver, et comme livre patriotique et comme livre de bibliophile. *Paris sous les obus* est, en effet, le premier livre que M. Georges Chamerot publie comme éditeur. A ce titre encore, il se recommande à l'attention de tous ceux qui aiment les beaux livres.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Concours de l'agrégation. — Aujourd'hui mercredi 13 décembre 1882, commencera la seconde épreuve : leçon orale de trois quarts d'heure sur un sujet de pathologie interne, après trois heures de préparation.

Les candidats subiront cette épreuve dans l'ordre suivant fixé par le tirage au sort :

1° Mercredi 13 décembre, MM. Robin et Brousse ;
2° Jeudi 14, MM. Clément et Grenier;
3° Vendredi 15, MM. Dreyfous et Dreyfus;
4° Samedi 16, MM. Hanot et Artigalas;
5° Lundi 18, MM. Bard et Hutinel;
6° Mardi 19, MM. Schmitt et Du Castel;
7° Mercredi 20, MM. Quinquaud et Letulle;
8° Jeudi 21, MM. Baumel et Blaise;
9° Vendredi 22, M. Leroy.

Le nombre des candidats se trouve réduit au chiffre de 17, par suite du désistement de M. Oulmont.

— *Faculté de médecine de Paris.* — MM. Damaschino, Duguet et Fernet, agrégés libres, sont rappelés à l'exercice pendant la durée du concours d'agrégation de médecine (section de médecine), qui s'est ouvert le 1er décembre 1882.

M. Haussmann est maintenu, pendant l'année scolaire 1882-1883, dans les fonctions de préparateur de pathologie externe.

—Au 16 octobre 1882, le nombre des étudiants en médecine, ayant fait acte de scolarité dans l'Académie de Paris, en 1881-1882, était de 4,209. Il faut ajouter à ce chiffre : 388 étudiants qui ont pris leur première inscription au mois de novembre dernier; les attardés qui reviennent quelquefois aux études médicales après sept à huit années d'interruption; les étrangers, au nombre de 50, et les femmes, au nombre de 39. Ce dernier chiffre est en diminution de 13 sur celui de l'année dernière.

Enfin, cette année, 6,076 examens ont eu lieu; la proportion des étudiants refusés a dépassé le quart.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Faramond de Montels (Marie-Armand-Michel), né le 18 octobre 1862, à Faussergues (Tarn), élève ayant 8 inscriptions, est nommé boursier pour un an, à dater du 1er novembre 1882.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — Sont chargés des cours auxiliaires ci-après désignés, pendant l'année scolaire 1882-1883, MM. les agrégés dont les noms suivent : MM. Laure, *pathologie interne*; Chappuis, *chimie analytique.*

M. le docteur Rabot (François-Tony) est nommé, pour deux ans, chef de clinique médicale, en remplacement de M. Bard, dont le temps d'exercice est expiré.

M. le docteur Chambard est nommé, pour deux ans, chef de clinique des maladies cutanées et syphilitiques, en remplacement de M. Rebatel, dont le temps d'exercice est expiré.

M. le docteur Gangolphe est nommé, pour deux ans, chef de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Pollosson, dont le temps d'exercice est expiré.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Jacquemet, agrégé, est chargé, pendant le premier semestre de l'année scolaire 1882-1883, du cours auxiliaire d'histoire naturelle.

M. le docteur François est chargé provisoirement des fonctions de chef des travaux pratiques de physiologie, en remplacement de M. Lannegrace, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Knoepfler (François-Victor-Louis) est nommé aide de clinique, en remplacement de M. Guillemin, appelé à d'autres fonctions.

M. Vautrin (Alexis) est nommé aide d'anatomie, en remplacement de M. Nicolas, appelé à d'autres fonctions.

Sont nommés boursiers pour un an, à dater du 1er novembre 1882, les candidats au doctorat dont les noms suivent :

Élèves ayant huit inscriptions : MM. Bauquel (Paul), né le 28 novembre 1861, à Fenneviller (Meurthe) ; Cherpitel (Charles-Joseph-Victor), né le 17 juin 1860, à Rouvres (Vosges).

Élève ayant seize inscriptions : M. Schuhl (Joseph), né le 26 mars 1861, à Westhausen (Bas-Rhin).

— *École de médecine de Poitiers.* — M. le docteur Berland est chargé, à titre provisoire, des fonctions de chef des travaux anatomiques.

— *École de médecine de Toulouse.* — M. Labéda, professeur de médecine opératoire, est chargé, en outre, du cours de pathologie externe à ladite école.

— La fièvre jaune vient de faire son apparition à Dakar, où elle sévit avec intensité et fait de nombreuses victimes. La quarantaine la plus sévère a été ordonnée entre Dakar et les principaux ports voisins. Les indigènes eux-mêmes n'ont pas la libre pratique. Par contre, l'état sanitaire est heureusement satisfaisant à Gorée et à Rufisque.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la Maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Agenda médical pour 1883, entièrement refondu, contenant : 1° *Mémorial thérapeutique du médecin praticien*, par le professeur Trousseau et le docteur Constantin Paul. — 2° *Mémorial obstétrical*, par M. le professeur Pajot. — 3° *Formulaire magistral*, par M. Delpech, pharmacien de première classe. — 4° *Code médical et professionnel*, par le docteur Legrand du Saulle. — 5° *Notice sur les stations hivernales de la France et de l'étranger*, par le docteur de Valcourt. — *Plus, un calendrier à deux jours par page*, la liste des médecins pharmaciens et vétérinaires du département de la Seine ; les médecins des hôpitaux civils et militaires de Paris ; les médecins inspecteurs des eaux minérales ; maisons de santé de Paris et des environs ; la liste des divers journaux scientifiques ; *les Facultés et écoles préparatoires de médecine de France, les écoles de médecine militaire et navale*, avec le nom de MM. les professeurs ; l'Académie de médecine et les diverses Sociétés médicales ; des modèles de rapports et certificats ; le tableau des rues de Paris, etc. ; format in-18 de 500 pages, dont 190 de calendrier et 310 de renseignements utiles.

Prix. — Broché : 1 fr. 75 ; cartonné à l'anglaise : 2 francs ; divisé en cinq cahiers et doré sur tranche, de façon à pouvoir être mis dans une trousse ou portefeuille, 3 francs.

Reliures diverses. — N° 1, maroquin à patte, avec crayon, doublé en papier, 3 fr. 50 ; n° 2, l'agenda divisé en cinq cahiers, doublé en papier, 3 fr. 75 ; n° 3 et petite trousse en soie, 5 fr. ; n° 4, en maroquin, 7 francs ; n° 5, avec fermoir en maillechort, 9 francs. — Paris, Asselin et Cie.

De l'Allaitement artificiel, par le docteur Bousseau, chirurgien de l'hôpital de Cholet. 1 vol. in-12. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, O. Berthier.

Trachéotomie et laryngotomie d'urgence avec le trachéotome, du docteur Jacolot (de Lorient). 2e édition. — Prix : 2 francs. — Paris, A. Coccoz.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 13787.

139

Vin de Bugeaud, toni-nutritif

AU QUINQUINA, AU CACAO ET AU VIN D'ESPAGNE

Appauvrissemen du sang, névroses, flueurs blanches, diarrhée chronique, pertes séminales, hémorrhagies passives, affections scorbutiques, période de convalescence de toutes les fièvres.

Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les infirmités.

Se défier des contrefaçons et imitations frauduleuses ; exiger le véritable nom.

Fabrique et vente en gros : LEBEAULT, MAYET et Cie, 29, rue de Palestro, Paris.

Seul dépôt pour le détail à Paris : Pharmacie LEBEAULT, 53, rue Réaumur.

169

Iodo-phosphate DE CHAUX SOLUBLE

De G. [illegible]ARNIT, pharmacien.

Formule du [illegible]*cteur* TISON (*de Chauny*).

Une cuillerée [illegible] bouche contient :

Iode 0,10 *centig*[illegible]*phosphate de chaux* 0,25 *centigr.*

Phtisie, scrof[illegible], *rachitisme, débilité organique.*

Ve[illegible]*n gros : Chauny (Aisne).*

140

Sir[illegible] sulfureux Camus.

[illegible]

Mé[illegible] *le jury de pharmacie de Bordeaux.*

[illegible] flacons (monosulfure de sodium ; acide [illegible]ue). Action sûre et prompte par l'**Acide** [illegible]**rique naissant** dans le traitement du [illegible]ne, des Affections de la Gorge et des Voies [illegible]atoires. Mode d'emploi : matin et soir, une [illegible]llerée de chacun des 2 sirops dans une infusion aromatique chaude ou dans du lait. — Dosage exact. — Vente : chez CAMUS, phien de 1re classe, 58, boulevd Saint-Marcel, Paris, et toutes phies.

60

Podophyllin Delpech

contre la constipation habituelle.

Les PILULES DE PODOPHYLLIN-DELPECH sont prescrites par les médecins pour guérir cette affection pénible et tenace. — La boîte : 2 francs. — Pharmacie, 23, rue du Bac, Paris.

123

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales phies.

77

Maltine Gerbay,

Vérit. spécifique des Dyspepsies amylacées

TITRÉE PAR LE Dr COUTARET,

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a subi l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon, Académie des sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liége, etc.

GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

GROS: Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

127

LA PLUS PURGATIVE DES EAUX MINÉRALES.

Pullna (Bohême). GRANDS PRIX : Philadelphie 1876, Paris 1878, Sidney 1879. Melbourne 1880, Londres 1881. — A. ULBRICH.

119

Sirop DU DOCTEUR Reinvillier

Au Phosphate de chaux gélatineux

Phthisie pulmonaire, bronchite chronique, rachitisme, débilité organique, maladies des os.

Le sirop du docteur Reinvillier, administré quotidiennement aux enfants, facilite la dentition et la croissance. Chez les nourrices et les mères, il rend le lait meilleur et empêche la carie et la perte des dents qui suivent souvent la grossesse.

Huile phosphorée titrée pour frictions.

8

Saint-Raphaël, Vin tannique,

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

DOSE : Un petit verre après les principaux repas.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

10

Sirop MINERAL SULFUREUX Crosnier

goudron et monosulfure de sodium inaltérable

RAPPORT FAVORABLE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE (7 AOUT 1877).

Prescrit avec le plus grand succès dans la *Bronchite chronique*, le *Catarrhe*, l'*Asthme*, la *Laryngite* et dans la *Tuberculose*, quand l'expectoration est très-abondante. — r. Vieille-du-Temple, 21, Paris.

67

Vin bi-digestif de Chassaing

A LA PEPSINE ET A LA DIASTASE.

(*Rapport favorable de l'Académie de médecine de Paris, le 29 mars 1864.*)

Le rôle que chacun de ces deux ferments joue dans l'acte de la digestion étant bien distinct, les médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la Pepsine, qui dissout et rend assimilables les aliments azotés, à la Diastase, dont l'action se porte sur les aliments féculents pour les transformer en glycose et les rendre ainsi propres à la nutrition.

Ils trouveront donc dans nos préparations un médicament capable à lui seul de dissoudre le bol alimentaire complet et le remède le plus rationnel pour combattre les affections des voies digestives.

Paris, 4, avenue Victoria.

13

Quina-Laroche.

ÉLIXIR VINEUX.

C'est aux procédés d'épuisement des trois meilleures sortes de quinquinas et à la qualité du vin assuré par bail, qu'est due la supériorité bien légitimée du Quina Laroche contre les *affections de l'estomac, anémies suites de fièvres*, etc.

Paris, 22, rue Drouot. *Laroche*

49

Médaille d'or de la Société de pharmacie de Paris.

Ergotine. Dragées d'ergotine

de BONJEAN.

La solution d'*Ergotine* est, d'après les plus illustres médecins, un des meilleurs hémostatiques (Ergotine, 10 gr. ; eau, 100 gr.) ; pour injection hypodermique l'addition de 20 centigr. acide salicylique assure la conservation de cette solution. — Les DRAGÉES D'ERGOTINE BONJEAN sont employées avec le plus grand succès pour *faciliter le travail de l'accouchement*, arrêter les *hémorrhagies* de toute nature (crachements, pertes de sang, etc.), contre les *dysenteries* et *diarrhées chroniques*, et enfin pour combattre la *phthisie pulmonaire* et enrayer sa marche.

Dépôt général : LABÉLONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

15

EAU SULFURÉE, SODIQUE ET CALCIQUE.

Eaux-Bonnes (*Basses-Pyrénées*).

SAISON DU 15 MAI AU 15 OCTOBRE

Affections chroniques de la gorge, du larynx et des bronches ; asthme, pleurésies chroniques. — Prévient la *phthisie pulmonaire* et peut souvent en arrêter les progrès. — Attendu sa *double sulfuration*, privilége qui lui est exclusif, cette eau se distingue, entre toutes, par la *profondeur* et la *durée* de ses effets curatifs.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

76

NEVRALGIES — MIGRAINES

PILULES ANTI-NÉVRALGIQUES AU

Gelsemium sempervirens

du docteur G. FOURNIER.

Une à cinq pilules au maximum en 24 heures.

Pharmacie de la Madeleine, 5, rue Chauveau-Lagarde, Paris.

Exiger la signature du Dr FOURNIER.

22

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

23

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire ; apaise les douleurs des reins et de la vessie ; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

7

Les Dragées Carbonel

AU PERCHLORURE DE FER PUR.

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant quatre gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE francs.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

17

Quina Anti Diabétique Rocher

Préparation spéciale contre le DIABÈTE

A base de GLYCÉRINE

redistillée et chimiquement pure.

Les expériences faites sur des Malades ont donné de très-beaux résultats.

M. ROCHER met à la disposition de MM. les Médecins des Flacons d'échantillons qu'il envoie *gratis*, à titre d'expérimentation, sur demande adressée à la Pharmacie ROCHER, 1, rue Perrée, à Paris. — Flacon : **3 fr. 50.**

1

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.

Orezza, EAU MINÉRALE FERRUGINEUSE ACIDULE

la plus riche en fer et acide carbonique.

Cette **eau** n'a pas de rivale pour la guérison des GASTRALGIES, FIÈVRES, CHLOROSE, ANÉMIE,

et toutes les maladies provenant de

L'APPAUVRISSEMENT DU SANG.

125

AFFECTIONS DES VOIES RESPIRAITORES

Emulsion Résino-Balsamique Lefrank

AUX GOUDRON TOLU & CODEINE

Adultes, 4 à 5 cuillerées à soupe, enfants, 3 à 4 cuillerées à café.

2f,50, phie GREZ, 34, r. La Bruyère, et toutes phies.

27

Elixir chlorhydro-pepsique Grez

(*Amers et ferments digestifs.*)

Expérimenté avec succès dans les hôpitaux, dans *dyspepsies, diarrhées chroniques, vomissements, anémie, troubles digestifs de l'enfance*, etc. PARIS, phie GREZ, 34, rue de la Bruyère.

46

Poudre de viande de Catillon

Boite de 500 gr., 6f50 ; 1/2 boite, 3f50 ; kilo, 12f.

POUDRE ALIMENTAIRE

(*Viande et Farine de Lentiltes sucrée*).

Boite de 500 gr., 5f50 ; 1/2 boite, 3f ; kilo, 10f. Paris, 1, r. Fontaine-St-Georges, et toutes phies.

N° 145. — SAMEDI 16 DÉCEMBRE 1882. 55e ANNÉE. SAMEDI 16 DÉCEMBRE 1882. — N° 145.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Prolapsus du rectum, tumeurs hypertrophiques développées dans les culs-de-sac dés follicules de la muqueuse rectale.

Nous avons assisté il y a quelques jours à plusieurs opérations faites par M. le professeur Richet à l'Hôtel-Dieu, entre autres à la réduction d'une luxation ancienne de l'épaule, dont nous parlerons tout à l'heure, et à l'ablation ou la destruction sur place d'une quantité de petites tumeurs de la muqueuse rectale compliquant ou plutôt entraînant un prolapsus du rectum. C'est celle qui va nous occuper d'abord.

Il s'agit d'une jeune femme de 23 ans, couchée au numéro 7 de la salle des femmes de la clinique. Cette femme, paraissant d'ailleurs d'une bonne santé, bien réglée, a remarqué pour la première fois, il y a trois ans, en allant à la selle, qu'elle rendait du sang et que les efforts de défécation donnaient issue à la membrane muqueuse rectale à travers l'anus. Cette malade avait été examinée déjà, sur la demande de ses parents, par un médecin, qui, ayant constaté un prolapsus de la portion inférieure du rectum et, en outre, l'existence sur cette muqueuse de petites tumeurs dont le diagnostic lui paraissait obscur et difficile, l'a adressée à M. Richet. Voici ce que le premier examen, auquel il s'est livré le jour de l'entrée de la malade à l'hôpital, a fait constater : Lorsqu'on examine la malade dans l'intervalle des selles, on ne voit rien d'apparent à l'extérieur ; en explorant l'anus on reconnaît que le sphincter subsiste et qu'il est contractile : seulement sa contractilité est un peu affaiblie. Ce n'est seulement qu'à l'occasion des efforts qu'elle fait pour aller à la selle que la muqueuse rectale fait saillie au dehors. Ce n'est pas tout à coup et en une seule fois que le rectum se précipite au dehors : c'est graduellement, après plusieurs efforts successifs, comme dans le travail de l'accouchement ; puis après qu'une portion plus ou moins considérable est engagée en dehors de l'orifice anal, on voit brusquement sortir la tumeur tout entière constituée par une grande partie du rectum. Dès ce moment, quels que soient les nouveaux efforts auxquels la malade se livre, il ne sort plus rien.... que les matières fécales. Lorsqu'on veut explorer cette tumeur, c'est naturellement à ce même procédé des efforts provoqués en dehors des besoins de défécation que l'on a recours. En parcourant alors la tumeur avec le doigt, on sent sur l'un de ces points, à travers la muqueuse, une tumeur dure, du volume et de la forme environ d'une grosse aveline présentant à la pression la résistance élastique d'un chondrome ; elle est mobile, roulant sous la muqueuse, et ne paraît point adhérer à la membrane fibreuse du rectum. Indépendamment de cette tumeur, on constate l'existence de huit ou dix petites autres tumeurs du même genre et probablement de même nature, mais beaucoup plus petites ; quelques-unes ont le volume de petits pois, d'autres celui d'une lentille, d'autres enfin ne consistent qu'en petites taches, les unes rougeâtres, d'autres blanchâtres.

Qu'était-ce que ces tumeurs ? quelle en était la nature et l'origine ? quels rapports avaient-elles avec le prolapsus rectal ? enfin quelles indications chirurgicales entraîneraient-elles ? C'était ce qu'il y avait à déterminer en présence de ce fait.

Il fallait éliminer tout d'abord l'idée de polypes, aucune de ces tumeurs n'étant pédiculée, aucune d'elles ne faisant corps avec la membrane muqueuse.

Ces tumeurs étaient en tous points semblables à celles que M. Richet a enlevées il y a quelques années, et qu'il fit examiner alors par M. Robin, qui en détermina la nature glandulaire. Il s'agissait d'un jeune collégien qui avait un prolapsus du rectum à chaque effort de défécation, comme la malade actuelle. La muqueuse rectale, qui faisait issue, était parsemée de petites tumeurs de volumes variables. M. Richet, dans la pensée que le prolapsus était déterminé par la présence de ces tumeurs, procéda à l'ablation de la plus volumineuse d'entre elles, par dissection, afin de la conserver dans son intégrité et de la faire examiner histologiquement. Les autres furent détruites sur place par la cautérisation avec le fer rouge. L'examen fait par M. Robin lui fit reconnaître que cette tumeur n'était autre chose qu'une glandule développée dans l'un des culs-de-sac des follicules de la muqueuse rectale. Toutes les autres avaient évidemment la même origine. Quelque temps après l'opération, M. Richet revit le jeune malade qui était guéri de ses tumeurs, ainsi que du prolapsus rectal, qui ne s'était plus reproduit.

C'était à la même affection qu'on avait affaire chez cette jeune femme, affection qui a été décrite, d'après les données

fournies par M. Richet, dans une thèse de 1859, par M. le docteur Chargelaigue. C'est au même procédé qu'on a eu recours.

La malade étant endormie par le chloroforme, après toutefois qu'elle avait donné issue à la tumeur par la provocation volontaire d'efforts à vide de défécation, M. Richet a procédé, sans se préoccuper autrement du prolapsus, d'abord à l'ablation de la plus grosse tumeur en incisant la muqueuse qui la recouvre, à l'aide du thermo-cautère, et l'enucléant ensuite par dissection, puis en cautérisant le fond de la plaie avec le fer rouge. Toutes les autres tumeurs, jusqu'aux plus petites, réduites à l'apparence d'une simple tache, ont été détruites par des pinces rougies au feu.

Cette opération terminée sans presque aucune perte de sang, la masse rectale prolabée a été réduite et la malade ramenée dans son lit.

Nous avons dit que M. Richet ne se préoccupait nullement du prolapsus. L'expérience lui a appris que ces prolapsus, dus à la présence de ces sortes de tumeurs dans l'épaisseur de la muqueuse rectale, cessaient de se reproduire par le fait seul de l'ablation ou de la destruction de ces tumeurs. C'est ce qui a eu lieu, en effet, dans le cas du jeune collégien que nous avons rapporté ci-dessus, ainsi que dans un autre cas rapporté dans la thèse de M. Chargelaigue, où M. Richet eut à détruire sur place de quatre-vingts à cent petites tumeurs de ce genre. Il y a tout lieu d'espérer le même résultat chez cette malade.

Réduction d'une luxation de l'épaule datant de près de trois mois.

Une femme de la campagne, âgée de 41 ans, fut foulée aux pieds par une vache le 14 septembre dernier; sitôt relevée, elle fut conduite dans une pharmacie où un médecin qu'on avait fait appeler constata une simple contusion. Cependant, les jours suivants, cette femme, ne pouvant se servir de son bras, se décida à entrer dans un hôpital où l'on reconnut une luxation de l'épaule. De là elle fut dirigée sur l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Richet.

Le premier examen fit reconnaître une luxation sous-coracoïdienne : aplatissement en ligne droite depuis l'acromion jusque vers la partie inférieure du bras, muscles du bras atrophié, œdème de l'avant-bras, doigts un peu fléchis; au-dessous du grand pectoral, tumeur dure, de consistance osseuse, due manifestement à la présence de la tête humérale descendue sous l'aisselle ; raccourcissement des membres d'un centimètre et demi environ ; enfin impossibilité de tout mouvement du bras, douleur vive à chaque mouvement imprimé, doigts à demi fléchis, engourdis, peu mobiles; pouls difficile à sentir à la radiale. Ces derniers phénomènes étaient la conséquence de la compression exercée par la tête humérale sur le faisceau vasculaire et nerveux de l'aisselle. En explorant la région occupée par la tête de l'humérus, on constatait qu'elle restait immobile, fixée qu'elle était par des adhérences au bord interne de la cavité glénoïde. Celle-ci n'était point vide, elle était comblée par des productions néoplasiques qui s'y étaient formées depuis le moment où la tête humérale l'avait abandonnée.

En présence de cette luxation datant de près de trois mois, au moment où M. Richet l'examinait pour la première fois et sur laquelle aucune tentative de réduction n'avait été faite, on allait avoir à surmonter des difficultés de plus d'un genre. Il faudrait d'abord rompre les adhérences qui immobilisent la tête, la ramener par une extension graduelle et d'une grande force au niveau de la cavité glénoïde. Mais, arrivé à ce point, on devait s'attendre à n'obtenir qu'une coaptation seulement, de la tête avec la cavité, mais non à une réduction complète rendue impossible, actuellement du moins, par le comblement de la cavité.

Ce plan arrêté a été suivi de point en point dans l'exécution. La malade anesthésiée, non point jusqu'à la résolution musculaire, aucune résistance ne devant venir ici de la part des muscles, mais jusqu'à l'insensibilité seulement, des mouvements de circumduction fortement imprimés à la tête, lui ayant rendu la mobilité, les tractions méthodques poussées jusqu'à la force de quatre-vingts à cent kilos, ont suffi pour ramener la tête au niveau de la cavité glénoïde en face de laquelle elle a été maintenue par un bandage approprié. La non-pénétration de la tête dans la cavité était suffisamment attestée ici par deux circonstances, par l'absence du bruit spécial que fait la tête en pénétrant dans sa cavité, lorsque la réduction est complète et par un allongement.

La malade, revue huit jours après la réduction, n'a éprouvé depuis lors aucune souffrance. La réduction, bien qu'incomplète, s'était maintenue ; il restait encore près de trois centimètres d'allongement. On a pu, à dater de ce jour, commencer à exercer tous les jours quelques mouvements.

Luxation de la quatrième vertèbre cervicale ; mort.

Quelque temps avant il s'était présenté dans le service un cas de luxation d'une autre gravité, une luxation d'une des vertèbres cervicales. Un cocher ayant fait une chute du siège de sa voiture, la tête en avant fortement fléchie, voulut essayer de se relever, mais cela lui fut impossible. Plusieurs personnes, lui étant venues en aide, parvinrent à le mettre sur ses pieds, mais il ne put s'y maintenir, il retomba aussitôt. On le dirigea immédiatement vers l'Hôtel-Dieu. A son arrivée, le malade se plaint d'éprouver des douleurs très vives au cou ; on constate que sa tête est maintenue en état de flexion permanente sur la poitrine, inclinant sur l'épaule gauche ; le cou est fortement tuméfié d'un côté, tandis qu'il présente une dépression du côté opposé. Les tentatives de mouvements de rotation de la tête sont très douloureuses. En examinant le fond du pharynx, on y constate à l'œil nu une très grande irrégularité, consistant surtout en une saillie considérable en avant. En y portant le doigt on sent que cette saillie est produite par une partie osseuse, la pression ne détermine aucune crépitation. Enfin les membres inférieurs étaient complètement paralysés du mouvement, la sensibilité y était fortement émoussée, ainsi que sur toute la moitié inférieure du tronc, jusqu'au niveau des mamelons. Le pouls était à 120; la température, au-dessous de la normale, au-dessous de 37°.

Le diagnostic n'était pas douteux : il s'agissait d'une luxation de l'une des vertèbres cervicales, la quatrième ou la cinquième, la quatrième plutôt, autant qu'on en pouvait juger par la situation respective des parties dont les rapports se trouvaient rompus.

Que faire en pareille circonstance ? tenter la réduction ? M. Richet, éclairé à ce sujet par sa grande expérience et se rappelant, en outre, les conclusions auxquelles avait conduit une discussion engagée sur ce sujet à la Société de chirurgie en 1846, en a eu bien garde. Il n'hésita pas un instant à s'en tenir au parti de l'abstention, et se borna à faire placer le blessé sur un lit, sa tête portant à faux sur

un traversin, de manière à la maintenir le plus possible dans l'extension, ne se dissimulant pas d'ailleurs la gravité de la situation et son issue funeste probable dans un court délai. Mais mieux valait encore laisser mourir ce malheureux des suites naturelles de sa blessure, que de s'exposer à des tentatives très probablement sans résultat et presque sûrement mortelles.

Le malade ayant succombé quelques jours après aux progrès toujours croissants et ascendants de la paralysie, l'examen des pièces a montré la colonne cervicale représentée par deux troncs mobiles l'un sur l'autre, au niveau de la quatrième vertèbre qui était complètement désarticulée avec rupture de tous ses ligaments, et avait passé au-devant de la cinquième, ce qui donnait lieu à la saillie que l'on voyait au fond du pharynx et sur l'un des côtés du cou. Il était évident que toute réduction était impossible, et que l'eût-elle été, il eût été non moins impossible de la maintenir. Il est plus que probable enfin que la seule tentative de réduction eût amené brusquement la mort.

Voilà donc un fait de plus à l'appui de la conclusion formulée par la Société de chirurgie : ne point tenter la réduction des luxations des vertèbres cervicales.

Traitement des bronchites diathésiques et constitutionnelles.

Ce que nous avons dit, dans la dernière Revue, des caractères et de la marche des bronchites liées aux divers états diathésiques et constitutionnels, serait incomplet si nous n'y ajoutions la sanction de la thérapeutique. C'est ce que nous allons faire.

Au point de vue de la recherche des indications thérapeutiques, M. Schlemmer s'est appuyé avec raison sur le précepte formulé par M. Hardy, à propos des affections cutanées. « L'essentiel pour le médecin qui veut reconnaître une maladie dans le but de la guérir, est moins de l'exposer dans tous ses détails graphiques que d'en sonder la nature, de savoir si elle est accidentelle ou constitutionnelle..., si elle doit, en un mot, disparaître spontanément au bout d'un temps déterminé par l'emploi d'un médicament typique, ou bien, au contraire, si elle ne doit céder qu'à un traitement général longtemps continué. »

C'est dans cet esprit et suivant cette direction que M. Schlemmer a cherché les indications thérapeutiques relatives aux bronchites liées aux maladies constitutionnelles.

Dans les bronchites des arthritiques, par exemple, l'indication principale est de calmer l'éréthisme général en même temps qu'on combattra la maladie constitutionnelle par une médication alcaline appropriée à l'état général du sujet.

Chez les herpétiques, user avec réserve des révulsifs externes, en raison de la susceptibilité très grande du système tégumentaire, mais en user cependant dans les cas d'affections graves de l'appareil bronchique liées à la disparition plus ou moins brusque d'une affection cutanée, en même temps que l'on tentera la guérison de la maladie cutanée elle-même. Les phénomènes spasmodiques souvent intenses qui l'accompagnent, ainsi que les phénomènes fébriles et dyspnéiques indiquent l'usage des narcotiques, des antispasmodiques et parfois des antiphlogistiques. Les balsamiques sont également indiqués par l'état local comme par l'état général. Enfin c'est à ces formes surtout que s'applique la gamme si variée des médications thermales.

Toute la série des moyens et agents de tonification sont particulièrement applicables au traitement des bronchites des scrofuleux.

Quant aux bronchites chez les syphilitiques, lorsqu'elles viennent à acquérir une intensité très grave, elles réclament une intervention active, à l'aide des révulsifs ou des antiphlogistiques, quitte ensuite à les faire suivre du traitement spécifique mercuriel, iodique ou mixte, suivant les circonstances.

En présence de l'association possible de plusieurs de ces maladies constitutionnelles entre elles, la conduite à suivre par le praticien est difficilement prescriptible. C'est là l'un des problèmes les plus complexes de la thérapeutique.

Illusions et hallucinations expérimentales.

Nous avons été témoin mardi dernier, dans le laboratoire de M. Dumontpallier, à l'hôpital de la Pitié, d'expériences extrêmement curieuses chez des femmes hystériques hypnotisées, consistant à déterminer à volonté des hallucinations de divers caractères, gaies ou tristes, en agissant alternativement sur l'un ou l'autre des deux hémisphères du cerveau ou sur les deux simultanément, mais en produisant des effets distincts sur chacun d'eux, de manière à démontrer leur indépendance fonctionnelle. Le temps et l'espace nous manquant aujourd'hui pour exposer ces expériences ; nous les réservons pour la Revue prochaine.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 décembre 1882. — Présidence de M. L. Labbé.

COMMUNICATIONS

Traitement de la conjonctivite granuleuse. — M. TERRIER lit un rapport sur un travail de M. Cardozo (de Rio-de-Janeiro), relatif au traitement des conjonctivites aiguës granuleuses par le jeguiriti.

M. DESPRÈS. Dans les granulations aiguës de la conjonctive, tous les traitements, et plus particulièrement les cautérisations au sulfate de cuivre, réussissent. Dans les granulations chroniques, au contraire, tous les topiques, y compris les inoculations de pus blennorragique, les scarifications, etc., échouent. Or je doute que le jeguiriti ait donné de bons résultats dans des cas analogues.

M. TERRIER. C'est une erreur de la part de M. Desprès de nier les bons résultats fournis par les inoculations blennorragiques dans certains cas de conjonctivite granuleuse. M. Terrier cite, en effet, un exemple remarquable de guérison radicale obtenue en peu de temps par ce moyen dans un cas de conjonctivite granuleuse ancienne et très grave. Mais il faut, pour qu'on puisse recourir à ce mode de traitement, que la cornée soit suffisamment épaissie, que le pannus soit très prononcé, sans quoi on s'exposerait à perdre l'œil.

De l'élongation des nerfs dans le traitement de certaines affections oculaires. — M. TRÉLAT fait un rapport sur un travail de M. Badal (de Bordeaux).

M. Badal a eu l'idée de substituer l'élongation nerveuse à l'énucléation du globe oculaire dans certains cas de douleurs ciliaires, péri-orbitaires, avec écoulement nasal, d'hyperesthésie, de photophobie, etc. Il cite trois observations dans lesquelles l'élongation de la branche externe du nerf nasal lui a donné des résultats merveilleux. C'est entre l'orbiculaire et la poulie de réflexion du

grand oblique que la branche externe du nerf nasal est mise à nu.

Dans la première observation, il s'agit d'une femme de vingt-trois ans, atteinte depuis longtemps d'une névralgie orbitaire compliquée d'écoulement nasal qui avait résisté à tous les traitements. M. Badal pratiqua sans succès l'élongation du sous-orbitaire. Quinze jours après, il fit l'élongation de la branche externe du nerf nasal, dans le point indiqué plus haut. Les douleurs disparurent aussitôt, et peu de temps après le catarrhe nasal était lui-même complètement guéri.

Les choses se passèrent de même chez un second malade âgé de trente-trois ans et affecté d'une névralgie péri-orbitaire également compliqué d'épiphora, etc. Même succès.

Enfin, la troisième observation a trait à une femme de cinquante-sept ans, affectée depuis huit ans d'une névralgie péri-orbitaire de l'œil gauche, avec accidents glaucomateux, perte de la vision, etc. Une iridectomie est pratiquée sans succès. Élongation du nasal externe; résultats immédiats excellents.

Les observations de M. Badal, ajoute M. Trélat, sont vraiment encourageantes.

M. TERRIER croit que l'élongation nerveuse est une opération acceptable pour les affections simplement névralgiques de l'œil, mais absolument insuffisante dans les cas où il y a des altérations profondes du globe oculaire, pouvant même menacer l'autre œil. Il ne faut pas hésiter, dans ces cas, à préférer l'énucléation à toute autre opération.

M. GIRAUD-TEULON, tout en trouvant les faits de M. Badal très remarquables, dit qu'il faut tenir compte de la possibilité de l'ophtalmie sympathique et préférer, dans les cas graves, analogues à ceux dont vient de parler M. Terrier, l'énucléation.

M. TRÉLAT ne vient, pas plus que M. Badal lui-même, proposer une nouvelle méthode, un nouveau mode de traitement applicable, d'une façon générale, à un grand nombre d'affections oculaires. Il s'agit là simplement d'un document scientifique important et de trois observations réellement intéressantes.

Induration des corps caverneux de la verge et ses rapports avec la glycosurie. — **M. VERNEUIL** rappelle les principaux caractères anatomiques et symptomatologiques de cette affection, survenant habituellement aux limites de l'âge mûr, d'un diagnostic facile, d'un pronostic bénin, mais d'une étiologie encore fort obscure. En effet, à défaut de causes locales appréciables, on a cherché des causes générales, telles que la syphilis, la goutte. Trois fois sur quatre observations, M. Verneuil a constaté de la glycosurie chez des malades atteints d'induration des corps caverneux de la verge. Il rappelle que Marchal (de Calvi), dans son beau livre sur le diabète, a, le premier, appelé l'attention sur la coexistence de ces deux affections. Voici un court résumé des quatre observations de M. Verneuil :

Dans la première, il s'agit d'un homme de cinquante-six ans, de haute taille, d'une bonne santé habituelle, qui vint se plaindre d'une certaine gêne dans le coït. M. Verneuil reconnut chez lui l'existence d'une induration des corps caverneux. L'ayant interrogé avec soin, il apprit qu'il était diabétique.

Le second malade est un homme de quarante-sept ans, atteint également d'induration des corps caverneux, auquel un chirurgien de Paris avait proposé une opération; M. Verneuil combattit toute idée d'opération, examina avec soin ce malade, et reconnut qu'il était glycosurique. Il a eu, depuis, de ses nouvelles par M. le docteur Chédevergne (de Poitiers).

Le troisième fait se rapporte à un homme de quarante-sept ans, de haute taille, se plaignant d'une certaine difficulté et même d'une certaine douleur dans le coït, atteint d'induration des corps caverneux. C'était un alcoolique présentant un diabète intermittent; il fut atteint d'une gangrène diabétique et alla mourir d'une pneumonie double dans le service de M. Cornil.

La quatrième observation est négative. Il s'agit d'un médecin, manifestement arthritique, âgé de soixante-trois ans, d'une vigueur remarquable, atteint d'induration des corps caverneux et n'ayant jusqu'ici présenté aucune trace de glycosurie.

Ainsi, sur quatre observations, il y en a trois dans lesquelles la coexistence des deux affections est des plus nettes.

Polype des fosses nasales, ablation. — **M. TRÉLAT** présente un malade qui était atteint d'un polype muqueux enflammé des fosses nasales et de tous les sinus voisins, qui avait défoncé l'os unguis et qui était venu former une tumeur ressemblant beaucoup, par son siège, à une tumeur lacrymale. M. Trélat pratiqua chez ce malade une opération consistant à pratiquer, sur les parties molles, l'incision de Nélaton, c'est-à-dire une incision allant de l'angle externe à l'angle interne de l'œil, en passant le long du rebord inférieur de l'orbite, suivant le sillon naso-jugal jusqu'à la lèvre, contournant l'aile du nez jusqu'à la cloison et se terminant par la lèvre ainsi séparée sur la ligne médiane. Ceci fait, il pratique une section partielle du maxillaire supérieur, renverse en dehors le vaste lambeau osseux ainsi obtenu, gratte et cautérise, avec le thermo-cautère, tous les sinus maxillaire, frontal, ethmoïdal et sphénoïdal, enlève ensuite très facilement la production morbide, fait la suture des parties molles et obtient, sans accidents, une réunion immédiate par première intention. On se crée ainsi une voie très large qui permet d'accéder dans toute la cavité des fosses nasales, et les suites de cette opération si large sont des plus simples. Ce malade, opéré le 29 novembre, est présenté à la Société le 12 décembre, déjà guéri depuis plusieurs jours.

Désenclavement du nerf radial comprimé dans un cal de fracture. — **M. TRÉLAT** présente un second malade qui, dans une chute, se fit des fractures multiples très graves de la cuisse droite et du bras gauche. La fracture de l'extrémité inférieure de la cuisse avait été extrêmement difficile à contenir. Le malade en a cependant guéri sans raccourcissement ni sans difformités. Pendant la consolidation de la fracture du bras, survint une paralysie totale du nerf radial. M. Trélat pensa que ce nerf était comprimé dans le cal. Il le mit à nu, non sans difficultés, le fit sortir de l'espèce de tunnel dans lequel il était emprisonné et lui retailla un canal suffisamment large. Pansement antiseptique. Cette opération fut pratiquée le 1er juin. Dans les premiers jours d'août, on put constater le retour des mouvements de la main. Aujourd'hui le résultat est absolument complet et satisfaisant.

M. TILLAUX rappelle avoir, en 1878, présenté un malade auquel il avait également, et avec le même succès, pratiqué le désenclavement du nerf radial. (Voy. *Gazette des Hôpitaux*, 1878.)

La séance est levée.

LES LIVRES D'ÉTRENNES (1)

II

VI. **Le Monde physique** (2), par Amédée GUILLEMIN. — VII. **Physique du globe et Météorologie populaire** (3), par A. DE VAULABELLE. — VIII. **Cent Tableaux de science pittoresque** (4), par Albert LÉVY. — IX. **L'Énergie morale** (5), par ZURCHER et MARGOLLÉ. — X. **Les Bouffons** (6), par A. GAZEAU. — XI. **La Matière et ses transformations** (7), par P. DELEVEAU. — XII. **Les Grands Incendies** (8), par Maxime PETIT.

VI. Ce troisième volume est consacré au magnétisme et à l'électricité.

Il y a trois siècles, les phénomènes dont la description fait l'objet de ce troisième volume du *Monde physique*, étaient ignorés ou à

(1) Fin. — Voir le numéro du 14 décembre 1882.
(2) 1 vol. gr. in-8° jésus. Broché : 30 francs. — Paris, Hachette et Cie.
(3) 1 vol. gr. in-8°. Broché : 6 francs. — Paris, Georges Chamerot.
(4) 1 vol. in-8°. Cartonné en percaline, tranche dorée : 6 francs. — Paris, Hachette et Cie.
(5, 6, 7, 8) 1 vol. in-16. Chaque volume broché : 2 fr. 25. — Paris, Hachette et Cie.

peu près. Deux faits isolés, l'attraction de la pierre d'aimant pour le fer, celle de l'ambre frotté pour le corps léger qu'on en approche, voilà tout ce que les anciens avaient soupçonné de ce qui constitue aujourd'hui deux des plus importantes branches de la science physique : le magnétisme et l'électricité. La boussole, il est vrai, venue de l'extrême Orient, avait fait son apparition dans la navigation occidentale vers le XIe ou le XIIe siècle de notre ère ; c'est à peu près tout le progrès réalisé, en ce qui concerne le magnétisme, pendant les vingt-deux siècles qui séparent Thalès de William Gilbert. En vain, dans les orages, une puissance mystérieuse nous éblouissait des feux de l'éclair et nous épouvantait du fracas du tonnerre ou des coups de la foudre : nous ne savions rien de l'électricité.

Nos récentes expositions et la vie de chaque jour disent assez haut les progrès accomplis. Mais il ne suffit pas de voir ces prodiges passer sous nos yeux ; il faut les comprendre, et c'est à cette tâche, si souvent difficile, que M. Guillemin s'est entièrement donné.

La première partie du troisième volume nous expose les phénomènes et leurs lois. C'est d'abord le magnétisme. L'auteur nous parle des aimants ; il nous expose la théorie du magnétisme, les procédés d'aimantation ; il nous explique le magnétisme terrestre et les aurores boréales.

Passant à l'électricité, il étudie les phénomènes de l'électricité, les lois des attractions et des répulsions électriques, l'influence ou induction. Il décrit les machines électriques, la bouteille de Leyde, les condensateurs, la pile. Voici l'électro-chimie ; nous allons connaître les courants thermo-électriques, l'électro-magnétisme, l'induction et ses machines, la lumière électrique, les météores électriques et l'électricité atmosphérique.

La deuxième partie présentera les applications des phénomènes et des lois du magnétisme et de l'électricité. Ici nous marchons de merveilles en merveilles. L'imagination la plus brillante est dépassée par la réalité. Après la boussole et les paratonnerres, nous voyons défiler devant nous les divers télégraphes, les lignes télégraphiques, le téléphone, le microphone, le photophone, l'horlogerie électrique, les moteurs électriques, la transmission électrique de la force ; puis, la lumière électrique et ses applications tantôt aux travaux de la paix, tantôt aux travaux de la guerre. Le livre se termine par la galvanoplastie et par les applications diverses de l'électricité soit à la médecine, soit aux observations météorologiques.

Tel est, en résumé, ce troisième volume du *Monde physique*. Œuvre des plus remarquables, cet ouvrage est un chef-d'œuvre de clarté. Le succès qui a accueilli les diverses publications de M. Guillemin est une récompense très méritée du talent de l'auteur. 20 grandes planches tirées à part, dont 5 en couleur et 577 vignettes insérées dans le texte, disent assez éloquemment tout le soin apporté à cet excellent ouvrage.

VII. Si M. Chamerot a eu la main heureuse en inscrivant pour la première fois son nom d'éditeur sur un livre vraiment national, on ne saurait trop le féliciter d'avoir fait suivre *Paris sous les obus* d'un excellent livre de vulgarisation scientifique.

M. Alfred de Vaulabelle, en écrivant sa *Physique du globe et Météorologie populaire*, rend un véritable service à l'hygiène publique. Aujourd'hui, grâce aux travaux de tant de savants, parmi lesquels M. Marié-Davy tient une si grande place, on commence à comprendre tout ce qu'on peut attendre de la connaissance de la physique du globe. M. de Vaulabelle commence par nous initier à la connaissance de la terre, de la mer, des grands courants marins, des fleuves et des bassins hydrographiques. Il aborde ensuite l'étude de l'eau et des météores aqueux, de l'atmosphère et de la chaleur. Ainsi préparés, nous pouvons entrer dans la météréologie proprement dite. Voici les vents, les météores aériens, la météorognosie, la prévision du temps. Continuant son exposition, l'auteur étudie la lumière, les météores lumineux, l'électricité et les météores électriques, le magnétisme et les météores magnétiques.

Nous arrivons aux applications. C'est la météorologie agricole, avec l'analyse chimique de l'air et des eaux, puis leur analyse microscopique. Pour clore ce très intéressant ouvrage, M. de Vaulabelle consacre un chapitre aux instruments météorologiques et aux instructions relatives à leur emploi.

En dernière analyse, ce livre est appelé à rendre de véritables services aux médecins. La météorologie et l'hygiène se donnent aujourd'hui la main.

VIII. L'an dernier, nous attirions l'attention de nos lecteurs sur les *Cent Tableaux d'histoire* de M. Ducoudray. Aujourd'hui, M. Albert Lévy, sous le titre de : *Cent Tableaux de science pittoresque*, nous donne le pendant de ce livre.

Quelques titres suffiront pour donner une idée de cet ouvrage : *Aristote*, *l'Expérience de Torricelli*, *Blaise et Jacqueline Pascal*, le *Mal des montagnes*, la *Première Horloge à pendule*, le *Supplice de Lavoisier*, les *Ombres*, les *Inondations*, *Faits et Gestes du Tonnerre*, *Hippocrate*, *Galien*, le *Système solaire*, la *Fin du Monde*.

Chaque article est accompagné d'une planche, soit 100 planches. Enfin signalons les douze mois de l'année, interprétés par de charmants dessins et des légendes scientifiques.

IX. Enfin voici quatre volumes de la *Bibliothèque des Merveilles*.

MM. Zurcher et Margollé consacrent à l'*Énergie morale* un volume. Ils prennent leurs modèles dans la Grèce et Rome ; puis au moyen âge, à la Renaissance ; enfin, dans les temps modernes, aux XVIIe, XVIIIe, XIXe siècles.

Cette nouvelle Morale en action nous montre Ambroise Paré, Socrate, le moine Télémaque, Albert le Grand, Marco Polo, Michel-Ange, saint Vincent de Paul, Ramus, Descartes, Daubenton, Roubo, La Tour d'Auvergne, Léopold de Buch, Georges Stephenson, John Franklin, etc.

X. Au moment où la Comédie-Française donne le *Roi s'amuse*, il n'est pas surprenant que M. A. Gazeau ait eu l'idée de nous donner un livre sur les bouffons.

Les bouffons étaient bouffons domestiques ou bouffons de cour. M. Gazeau les étudie jusqu'à leurs derniers représentants sous l'ancien régime. Il nous parle même des farceurs et des grimaciers du Directoire. Il termine cette *première partie* par les bouffons de cour à l'étranger : en Angleterre, en Allemagne, en Italie, en Russie, au Caucase et en Afrique. Dans un second livre, l'auteur nous fait connaître, enfin, les bouffons populaires et les bouffons de ville. Il termine par l'histoire des associations de bouffons.

XI. Après le rire, les choses graves. M. P. Deleveau nous y ramène par *la Matière, ses transformations*.

L'auteur divise son travail en quatre parties : la première nous entretient des états physiques des corps ; la seconde, des changements d'état ; la troisième, de la liquéfaction des gaz ; la quatrième, de la matière radiante.

En un mot, c'est un petit livre de physique, savant, mais qui se laisse lire sans fatigue.

XII. Après les horreurs des inondations, il n'est aucun évènement qui soit plus effrayant que l'incendie. Aussi les grands incendies ont-ils laissé une grande impression dans l'histoire des peuples. M. Maxime Petit a eu la pensée de réunir le souvenir de ces calamités ; mais il ne s'est pas borné à retracer l'histoire des incendies célèbres depuis celui de Troie. Il nous montre l'organisation des secours contre l'incendie, les incendies dans les théâtres, les pompes et les appareils de sauvetage.

Et maintenant, ami lecteur, choisissez suivant vos goûts. Nous sommes assuré que les livres que nous venons de vous présenter ou vous feront plaisir ou feront des heureux autour de vous.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Dans sa séance de lundi dernier, la Commission du budget de la ville de Paris a repoussé les propositions de l'Administration de l'Assistance publique, relatives à l'augmentation des indemnités allouées aux médecins et chirurgiens des hôpitaux.

Voici, du reste, la discussion qui a eu lieu à ce sujet et que nous reproduisons textuellement d'après le procès-verbal du Conseil municipal de Paris (commission du budget) :

« M. LE DOCTEUR LOISEAU, rapporteur, rappelle que les médecins et chirurgiens attachés aux hôpitaux reçoivent une indemnité de déplacement qui varie de 1,200 à 1,500 francs, selon que l'hôpital est, ou non, considéré comme excentrique. L'Administration, en vue d'atténuer, dans une certaine mesure la charge qui incombe aux chefs de service, propose de fixer cette indemnité, pour les médecins et chirurgiens attachés aux hôpitaux situés dans Paris, au taux uniforme de 2,000 francs. Celle qui est attribuée aux médecins et chirurgiens attachés à des établissements hors Paris serait portée de 3,000 à 3,500 francs; celle des médecins et chirurgiens du Bureau central, de 600 à 1,000 francs; elle serait fixée à 3,000 francs pour Sainte-Périne.

M. GERMER BAILLIÈRE, président de la commission, ne voit pas la nécessité de cette augmentation. La nouvelle allocation attribuée aux médecins des hôpitaux serait plus qu'une indemnité, sans être encore un traitement.

M. LE RAPPORTEUR ajoute qu'autrefois cette indemnité ne dépassait pas 600 francs, et cependant les candidats aux fonctions de médecin des hôpitaux n'ont jamais manqué. Le corps médical a toujours fait preuve d'un dévouement que n'accroîtra pas un supplément d'allocation.

M. LE DOCTEUR LEVRAUD fait observer que les médecins et chirurgiens des hôpitaux n'ont jamais, à leur grand honneur, sollicité une augmentation de leur indemnité. Il convient de conserver à celle-ci son but, qui n'est autre que de rembourser à ceux qui mettent leur talent au service des malades les frais de voiture que leur occasionnent ces fonctions.

Les propositions de l'Administration sont repoussées. »

— Les chiffres suivants, fournis par l'Administration de l'Assistance publique, nous indiquent le mouvement de la fièvre typhoïde pour les journées du 9 au 13 décembre 1882 inclusivement, dans les hôpitaux de Paris :

	9 déc.	10 déc.	11 déc.	12 déc.	13 déc.
Malades existants dans les hôpitaux le matin. . . .	1,012	1,011	1,005	964	936
Entrés dans la journée. .	34	11	22	20	33
Sortis.	33	16	62	46	34
Décédés.	6	1	4	2	1

Le nombre des typhoïdiques entrés pendant ces cinq journées est donc encore de 120, soit une moyenne de 160 par semaine ou de 24 par jour. Le nombre considérable des malades sortis de l'hôpital a réduit le chiffre des typhoïdiques en cours de traitement au 14 décembre, au matin, à 924. Quant aux décès, ils ont notablement diminué : le nombre en est de 7 pour les journées du 9 au 13 de ce mois.

— *Concours pour l'agrégation de médecine.* — Les épreuves orales ont commencé mercredi ; les questions orales ont été pour mercredi et jeudi :

1° M. Robin : De la pleurésie purulente ;

2° M. Brousse : De l'urticaire. Ce candidat s'est retiré du concours ;

3° M. Clément : Névralgie du trijumeau ;

4° M. Grenier : De l'angine syphilitique. Ce candidat s'est également retiré du concours.

Il ne reste plus ainsi, aujourd'hui 15 décembre, que 15 concurrents sur 27 inscrits pour 12 places.

— Les élèves en médecine de la Faculté de Paris, dont les noms suivent, ont été appelés à jouir, pendant l'année scolaire 1882-1883, d'une des bourses d'enseignement supérieur instituées par la fondation Barkow :

M. Arragon (Henri-Joseph), né le 10 février 1860, à Paris ; M. Copin (Ernest), né le 19 mai 1863, à Escaudain (Nord) ; M. Cuvillier (Jean-Henri), né le 17 septembre 1864, à Paris.

— *École de médecine de Tours.* — M. le docteur Sainton est chargé, pendant l'année scolaire 1882-1883, des fonctions de chef des travaux anatomiques et de suppléant des chaires d'anatomie et physiologie.

— Par arrêté du préfet de police, M. le docteur Lancereaux, membre de l'Académie de médecine et médecin des hôpitaux, est nommé membre du Conseil d'hygiène et de salubrité, en remplacement de M. le docteur Hillairet, décédé.

— *Épidémies.* — Un télégramme du gouverneur du Sénégal, expédié de Saint-Vincent au ministre de la marine et des colonies, le 6 décembre, fait connaître que, du 17 au 27 novembre dernier, date du départ du paquebot, 17 décès de fièvre jaune sont survenus à Dakar. Cette ville a été mise, par suite, en quarantaine.

Par contre, la situation sanitaire de Saint-Louis est excellente.

— Le choléra a disparu du Japon après avoir commis de terribles ravages. 26,000 personnes ont succombé en moins de six mois. Les autorités indigènes paraissent sortir de leur apathie et disposées à prendre des mesures pour l'assainissement de plusieurs quartiers de la capitale Tokio : c'est dans cette ville que le fléau a sévi le plus cruellement.

— M. le Ministre des affaires étrangères vient de nommer un agent sanitaire français à la Mecque, où les pèlerinages sont une cause de choléra. Le gouvernement a choisi, pour remplir cette fonction, un médecin de nationalité arabe, M. le docteur Taïeb-Ould-Morsly.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, publié sous la direction de M. le docteur A. DECHAMBRE, avec la collaboration d'un très grand nombre de professeurs, de médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires et de la marine. — Le tome XXVII complet de la première série, la première partie du tome XVIII de la première et deuxième série, et la première partie du tome IX de la quatrième série viennent de paraître. Ils contiennent les articles suivants : *Dent,* anatomie et pathologie, par M. Magitot; *Déontologie, Dicéologie médicale,* par M. Dechambre; *Dermatoses,* par Bazin; *Os,* anatomie, physiologie, par M. Ch. Robin; *Os,* physiologie, par M. Heydenreich; *Dermatoses,* par J. Renault; *Désinfectants,* par MM. Vallin et Gérardin; *Glandes,* par M. Chrétien; *Glaucome,* par M. Gayet. — Paris, Asselin et Cie et G. Masson.

Manuel de technique microscopique, ou Guide pratique pour l'étude et le maniement du microscope, par le docteur Paul LATTEUX, chef du laboratoire d'histologie à l'hôpital Necker, etc. 2e édition avec 177 figures. In-12. — Prix : 7 fr. 50. — Paris, A. Coccoz.

Otologie, pathologie et thérapeutique générales de l'oreille, diagnostic par le docteur J. BARATOUX, lauréat de la Faculté de médecine de Paris, etc. In-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, A. Coccoz.

Leçons cliniques sur les maladies mentales et sur les maladies nerveuses, professées à la Salpêtrière par le docteur Auguste VOISIN, médecin de la Salpêtrière. Grand in-8° de 766 pages avec photographies, planches lithographiées, et figures intercalées dans le texte. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 13799.

122

Huile de foie de morue

BRUNE-CLAIRE

Du **Docteur DE JONGH,**
de la Fac. de méd. de la Haye,
chev. de l'ordre de Léopold de Belgique,
chev. de la Légion d'honneur.

« Le beau travail de M. le docteur de Jongh élucide une question qui a occupé un très-grand nombre d'auteurs. Le mode d'extraction de l'huile de foie de morue par les procédés indiqués et pratiqués aux îles Lofoden, en Norwège, pour la préparation de l'huile que M. le docteur de Jongh livre au commerce, nous paraît devoir être préféré à celui dont on fait usage à Terre-Neuve. Ces procédés sont, selon nous, plus rationnels et doivent fournir une huile plus efficace. »

(Signé) A. CHEVALLIER,
Offic. de la Légion d'honneur,
prof. à l'Ec. sup. de pharm. à Paris.

« Il était très-naturel que l'auteur des meilleures analyses et des plus profondes investigations qui aient été faites sur l'Huile de Foie de Morue devînt lui-même le pourvoyeur de cette importante médecine. L'huile que vous m'avez donnée était de la qualité la plus supérieure considérée sous les rapports de la couleur, de la saveur et des propriétés chimiques; et je suis certain que pour l'usage médical on ne peut s'en procurer de meilleure. »

(Signé) JONATHAN PEREIRA, M. D.,
Memb. assoc. de la Soc. roy. de Londres,
prof. de mat. méd. à l'Univ. de Londres.

Se vend SEULEMENT en flacons revêtus d'une capsule portant l'estampille et la signature du Dr DE JONGH et la signature ANSAR, HARFORD et Co.

Prix : 3 fr. 50, dans les principales pharmacies en France et à l'étranger.

Se défier des contrefaçons.

SEULS CONSIGNATAIRES :
ANSAR, HARFORD et Ce, 77, Strand, Londres.

63

AFFECTIONS DES BRONCHES ET DE LA GORGE
Une petite mesure (12 centigr.) de

Sulfureux Pouillet

dans un verre d'eau donne de suite une Eau sulfureuse incolore et d'une conservation parfaite.

Marcellin Pouillet Fl. pr 10 litres d'eau. 2f,50
Fl. pour un bain.. 1 fr.
Donc, **économie** et **préparation** toujours **identique.**

Approuvé par l'Académie de médecine.
CLERMONT, 112, rue du Bac, Paris.

161

Vin de Jarlet AU BAGNOLS PHOSPHATÉ

Ce vin, d'un goût et d'une saveur très-agréable, est employé avec succès dans tous les cas où les fortifiants et les reconstituants sont ordonnés. — JARLET, 54. Chaussée-d'Antin, et phies.

68

Capsules Thévenot

au Goudron, le fl. 1f20; *id.* à la térébentine de Venise, le fl. 1f50; *id.* à l'Apiol, le fl. 4 fr.; *id.* à l'éther, le flac. 1f50. — Se trouvent dans toutes les pharmacies.

112

Officiellement adoptée dans les Hôpitaux de Paris.

Peptone Catillon

Solution contenant 3 *fois son poids de viande*
Assimilable par le RECTUM comme par la bouche.

SE PRÉPARE AUSSI SOUS FORME DE
POUDRE : Peptone pure à l'état sec,
et sous des formes agréables, préférées pr la bouche :
CACHETS, SIROP, VIN, ÉLIXIR, CHOCOLAT
Paris, 1, rue Fontaine-St-Georges, et toutes phies.
MÉDAILLE A L'EXPOSITION UNIVERSELLE 1878

4

Extrait de viande Liebig.

L'Extrait de viande Liebig est du bouillon concentré. Les Etablissements de la compagnie Liebig, situés dans l'Uruguay, sont aujourd'hui universellement connus. La Compagnie a obtenu : 5 médailles d'or et 3 grands diplômes d'honneur.

Le bouillon à l'extrait de viande se prépare instantanément et il est privé de graisse et de gélatine. Ce sont là des qualités qui lui assureront l'approbation du médecin pour qui un bouillon de préparation facile est d'une si grande importance. Plusieurs pharmacopées ont du reste dû l'admettre parmi les médicaments de pharmacie.

Se vend en gros par les principaux droguistes de Paris et de la province.

13

Poudre de viande de bœuf

DIASTASÉE DE TROUETTE-PERRET.
(GARANTIE BŒUF PUR).

Formule. — Poudre de bifteck, 3/5; lactine, 1/5; malt de lentilles, 1/5.

Une cuillerée à bouche de poudre représente exactement 60 grammes de viande.

Nous recommandons spécialement à Messieurs les docteurs notre poudre de viande diastasée.

L'addition de lactine et de poudre de lentilles germées (malt de lentilles) constitue une amélioration dont l'importance n'échappera à personne et qui augmentera de beaucoup l'action du médicament.

Vente en gros : Paris, TROUETTE-PERRET, 163 et 165, rue Saint-Antoine, et toutes pharmies.

79

Poudre de viande de bœuf

DIASTASÉE ET PHOSPHATÉE
De Trouette-Perret
(GARANTIE BŒUF PUR)

Cette poudre est la même que celle ci-dessus, à laquelle on a ajouté du chlorhydro-phosphate de chaux en proportion telle que le flacon de 250 grammes de poudre de viande contient exactement 5 *gr. de phosphate de chaux gélatineux.*

Vente en gros : Paris, TROUETTE-PERRET, 164 et 165, rue Saint-Antoine, et toutes pharmies.

115

Sirop Balsamo-diurétique

(à l'extrait de Buchu)

Contre toutes les *Maladies des voies urinaires,* spécialement le *Catarrhe chronique de la vessie, l'Irritation du canal de l'urèthre,* les *Maladies de la prostate, l'Incontinence de l'urine,* la *Gravelle urique,* etc. — Prix : 5 francs le flacon.

SWANN, ph.-chim., r. Castiglione, 12, Paris.

163

Maltine Carnrick

La **Maltine Carnrick** contient trois fois plus de substances nutritives que les extraits de malt ordinaires. Elle contient tous les principes nutritifs non seulement de l'orge, mais encore du froment et de l'avoine maltés. Sa richesse en éléments albumineux, en phosphates et en diastase en font un RECONSTITUANT TRÈS ACTIF et admirablement supporté par l'estomac.

La **Maltine Carnrick** est à la fois un aliment et un agent digestif (*British medical Journal*). Elle remplace avantageusement l'huile de foie de morue.

La **Maltine Carnrick,** combinée avec la pepsine et la pancréatine, donne des résultats surprenants dans la dyspepsie et les troubles gastriques. Elle doit être préférée à tous les vins et élixirs, parce qu'elle ne contient pas d'alcool et ne produit aucune irritation sur l'estomac.

Dépôt dans les pr. phies. Vente en gros : Agence de la MALTINE, *manuf. Co, 6, rue de Chabanais.*

66

Cachets digestifs H. Mourrut

PEPSINE ET DIASTASE

PURETÉ GARANTIE. — EFFICACITÉ CERTAINE.

« Éviter les préparations similaires à base alcoolique, l'alcool précipitant de leur dissolution les ferments digestifs. » (BOUCHARDAT, *Annuaire,* 1880, p. 138; Académie de médecine, 12 août 1879.)

Phie CHAMPIGNY, rues de Berlin et de Clichy, 39; 10, rue du Port-Mahon, et principales pharmacies.

140

Sirop sulfureux Camus.

Médaillé par le jury de pharmacie de Bordeaux.

En deux flacons (monosulfure de sodium; acide cinnamique). Action sûre et prompte par l'**Acide sulfhydrique naissant** dans le traitement du Catarrhe, des Affections de la Gorge et des Voies respiratoires. Mode d'emploi : matin et soir, une cuillerée de chacun des 2 sirops dans une infusion aromatique chaude ou dans du lait. — Dosage exact. — Vente : chez CAMUS, phien de 1re classe, 58, boulevd Saint-Marcel, Paris, et toutes phies.

118

Epilepsie, traitement efficace

par l'Elixir à base de *Picrotoxine* et les Granules de Picrotoxine du docteur Penilleau.

Doses : Elixir, de 2 à 4 cuillerées à soupe par jour; Granules, de 4 à 8 par jour.

Pharmacie LEPINTE, 72, r. St-Dominique, Paris.

22

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

23

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire; apaise les douleurs des reins et de la vessie; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

7

Les Dragées Carbonel

AU PERCHLORURE DE FER PUR.

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant quatre gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE francs.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

162

Poudres alimentaires Adrian

Préparées avec un soin tout particulier pour les usages de la médecine.

Richesse des différents produits.. —	Azote %	Acide phosphorique total %	Équivalent en phosphate de chaux %	Prix le Ko en divisions
Poudre de bifteck garantie pure viande de bœuf......	13.80	1.69	3.68	24 fr.
Poudre de viande.	12.50	1.66	3.62	12 »
Poudre de lait. .	5.32	1.62	3.55	10 »
Poudre de lentilles cuites à la vapeur..	4.19	0.63	1.37	5 »

Comme garantie de pureté et de bonne conservation de ces produits, exiger le cachet et la marque ADRIAN, ancien préparateur et lauréat de l'Ecole de Pharmacie, directeur de la Société française de produits pharmaceutiques, fournisseur des hôpitaux.

VENTE EN GROS, 11, rue de la Perle, Paris.

Envoi *franco* d'échantillons par la poste aux médecins qui en font la demande.

107

Elixir et Vin de Coca,

de Joseph **BAIN,** pharmacien de 1re classe.

Tonique et fortifiant, stimulant énergique, puissant réparateur des forces épuisées. — Convient merveilleusement, en raison de ses propriétés alimentaires, là où le quinquina est impuissant.

E. FOURNIER et Ce, 56, rue d'Anjou St-Honoré.

30

SUCROCARBONATE DE

Fer de Tanret

Auteur de la *Pelletiérine* et de l'*Ergotinine.*

FERRUGINEUX très-agréable; il se prend en nature, aux repas, à la dose de 1 à 2 mesures.

ENVOI FRANCO D'ÉCHANTILLON SUR DEMANDE A MM. LES MÉDECINS.

Paris, phie TANRET, 64, rue Basse-du-Rempart.

N° 146. — MARDI 19 DÉCEMBRE 1882. 55e ANNÉE. MARDI 19 DECEMBRE 1882. — N° 146.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

M. LABOULBÈNE.

Histoire de Galien, sa vie, ses œuvres; son dernier traducteur Charles Daremberg (1).

IV

ÉDITIONS DES ŒUVRES DE GALIEN

La Collection des livres galéniques est une des plus considérables de la littérature médicale ancienne et elle vient comme importance après la collection hippocratique. Galien a écrit avec une facilité étonnante sur la médecine, la philosophie, la rhétorique, les mathématiques, quantité de traités. Versé dans la connaissance des textes, il a composé des commentaires, source précieuse pour l'intelligence des manuscrits antérieurs, principalement pour Hippocrate. Les ouvrages qui nous restent de Galien, ou qui lui ont été attribués, forment une masse énorme, où tout abonde avec un luxe parfois fatigant, mais non absolument stérile.

Les œuvres de Claude Galien, témoignant de sa fécondité littéraire, ont été énumérées par lui dans son livre Περὶ τῶν ἰδίων βιβλίων γραφή. Nous trouvons que Galien a composé cent vingt-cinq ouvrages non médicaux, dont quarante-cinq sur la philosophie, sur les mathématiques, la grammaire et les lois. De ses ouvrages philosophiques, trois seulement nous sont parvenus.

Quant aux livres médicaux, il nous en reste 83 bien authentiques, 19 douteux, plus 45 apocryphes et enfin 19 fragments.

Les commentaires sur Hippocrate sont au nombre de 15. On évalue à 80 le nombre des manuscrits existant encore dans diverses bibliothèques. Vous avez vu dans plusieurs journaux, au mois d'août dernier, l'annonce d'une découverte faite, à Salonique, d'un manuscrit nouveau de Galien, mais la nouvelle n'a point, que je sache, été confirmée.

Il est présumable que la plupart des œuvres de Galien qui sont perdues ont été consumées, de son vivant, dans l'incendie qui détruisit, à Rome, le temple de la Paix, la bibliothèque palatine, ainsi que plusieurs maisons de la *Via sacra*, entre autres une ἀποθήκη, où se trouvaient les livres galéniques et ceux d'autres auteurs médicaux.

L'indication seule des traités de Galien forme dans les bibliographies médicales de longues séries ; je n'oserais pas vous soumettre à en écouter la lecture. Vous trouverez des renseignements suffisants pour tous les livres authentiques, pour ceux attribués à Galien, mais dont la légitimité est douteuse, pour les apocryphes, pour les commentaires et enfin pour les œuvres non médicales, soit dans le *Dictionnaire historique de la médecine* de Dezeimeris (Paris, 1835, t. II, p. 450-471), soit dans la *Nouvelle Biographie générale* de Firmin-Didot frères (Paris, 1858, t. XIX, p. 246-251). Je vous recommande aussi la liste des œuvres de Galien donnée récemment par notre bibliothécaire adjoint, L. Hahn, dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, à l'article GALIEN, 4e série, t. VI, p. 510-513.

Quelques mots seulement sur les livres galéniques les plus remarquables avant de vous présenter les exemplaires des œuvres complètes.

Parmi les travaux d'anatomie descriptive, d'anatomie philosophique et de physiologie, je vous signale : Περὶ ἀνατομικῶν ἐγχειρήσεων βιβλία ι'. *De anatomicis administrationibus libri IX*, renfermant ce que Galien a laissé de meilleur sur l'anatomie. — Les Περὶ ὀστεων τοῖς εἰσαγομενοις, *De ossibus ad tirones*, — Περὶ φλεβῶν καὶ ἀρτηριῶν ἀνατομῆς, *De venarum arteriarumque dissectione liber*, — Περὶ νεύρων ἀνατομῆς, *De nervorum dissectione*, — Περὶ μυῶν ἀνατομῆς, *De musculorum dissectione*, offrent les descriptions du squelette du singe, un traité de névrologie du Magot, et les muscles indiqués ou distingués pour la première fois.

Le chef-d'œuvre d'anatomie philosophique ancienne est : Περὶ χρείας τῶν ἐν ἀνθρώπου σώματι μορίων λόγοι ιζ', *De usu partium corporis humani libri XVII*.

Le traité physiologique : Περὶ τῶν Ιπποκράτους καὶ Πλάτωνος δογμάτων βιβλία ι. *De Hippocratis et Platonis decretis libri IX*, est diffus, prolixe à l'excès, plein d'arguties, mais contient une foule d'expériences ingénieuses faites sur les animaux vivants. Le livre : Εἰ κατὰ φύσιν ἐν ἀρτηρίαις αἷμα περιέχεται, *An in arteries natura sanguis contineatur*, écrit contre Érasistrate, est rempli d'expériences remarquables.

En pathologie, le célèbre : Περὶ τῶν πεπονθότων τόπων βιβλία ζ'. *De locis affectis libri VI*, est capital. Dans le livre Περὶ τοῦ προγίνώσκειν, *De prænotione*, Galien vante son bon-

(1) Suite. — Voir le numéro du 5 décembre 1882.

heur dans le pronostic des maladies et ses nombreux succès.

Le Τέχνη ιατρικη, l'*Ars medica*, renferme l'exposition sommaire de tout le système de Galien et n'est autre que l'*Ars parva* des Arabistes, qui a eu la plus grande faveur au moyen âge et dont voici un magnifique spécimen. L'*Ars medica* provient d'une traduction en latin barbare, d'après la version arabe : *Microtechni, Microtegni, Tegni Galieni*. La plus ancienne est de Venise, 1483, in-4°. Quant à l'*Ars parva*, c'était le code médical du moyen âge ; il était expliqué dans les écoles et commenté par les candidats à la licence et au doctorat.

Je vous signalerai encore : Περὶ κράσεως καὶ δυνάμεως τῶν ἁπλῶν φαρμάκων βιβλία ιδ' *De simplicium medicamentorum temperamentis et facultatibus libri XI*, ouvrage majeur sur la pharmacologie; — Θεραπευτικῆς μεθόδου βιβλία ιδ', *Methodi medendi libri XIV*. — Ὑγιεινῶν λόγοι ζ'. *De sanitate tuenda libri VI*. — Περὶ κυουμένων διαπλάσεως, *De fœtu formatione*, importants en thérapeutique, hygiène et obstétrique; celui-ci regardé par Haller comme un des meilleurs traités de Galien et un des derniers qu'il ait composés.

Les éditions nombreuses et séparées des livres de Galien sont devenues de moins en moins utiles depuis la formation d'une Collection galénique renfermant les recueils partiels antérieurement existants.

Les éditions complètes ont été d'abord latines, mais pour suivre l'ordre que je vous ai indiqué, je commencerai par parler des éditions grecques et par vous en montrer un spécimen.

Γαληνοῦ α', β', γ', δ', ε'. *Galeni librorum* pars I, II, III, IV, V. Venetiis, apud Aldum, 1525, 5 volumes in-folio. — Édition rare, très recherchée, n'existant pas dans notre bibliothèque. Elle est due aux soins d'Opizoni ainsi que d'Asulanus ; on y remarque des incorrections assez nombreuses.

Γαληνοῦ ἅπαντα. *Galeni Pergameni, summi semper viri, quique primus artem medicinæ universam... traduxit, opera omnia, ad fidem complurium et perquam vetustorum exemplarium ita emendata ac restituta, ut non primum nata atque in lucem edita videri possint*. Basileæ, apud Andr. Cratrandrum, 1538, 5 vol. in-folio. — Ce magnifique exemplaire vous montre cette édition due aux soins de Fuchs, de Camerarius et de Gemusæus ; elle est moins rare que la précédente, plus complète, renfermant toutefois des incorrections.

Les éditions latines complètes, les premières en date, sont aussi les plus nombreuses.

Galeni Pergamensis, Medicorum omnium principis, opera edita studio Diomedis Bonardi, physici Brixiensis, etc. Venetiis, per Phil. Pintium de Caneto impressa. Anno 1490. 2 volumes in-folio.

Une seconde édition, imprimée par Bernh. Benalius, à Venise, 1502, 2 vol. in-folio. — Une troisième édition est de 1511. — Une quatrième porte pour titre : *Quarta impressio ornatissima : continens omnes Galieni libros, etc*. Papiæ, per Jacob. Paucidrapium de Burgofrancho, 1515-1516, 3 volumes in-folio ; le troisième volume a un titre particulier. — *Impressio quinta. Curâ Scipionis Ferrarii*. Venetiis, expensis Lucæ Ant. de Giunta Florentini, 1522. 3 vol. in-folio. — *Galeni operum impressio novissima summo labore diligentique studio ab innumeris ferme erroribus asserta*... Curâ Scip. Ferrarii. Venetiis, expensis Lucæ Ant. de Giunta, 4 vol. in-folio.

Lucas A. de Giunta avait préparé à grands frais une autre édition dont les traductions avaient été revues. Il mourut avant de la publier et ses fils la firent paraître. Cette édition a commencé la série des dix qui sortirent de la même imprimerie :

Galeni operum editio prima. Venetiis apud Juntas, 1540, 4 volumes in-folio. — *Editio altera*. Curâ Augustin. Gadaldini. Acced. Ant. Musæ Brassavolæ, index. 1550. 5 vol. in-folio. — *Editio tertia. Ibid*. 1556. 5 vol. in-folio. — *Editio quarta, quam pluribus sane castigationibus, ex variorum codicum Græcorum lectione illustrata*, 1565. 5 vol. in-folio. — *Editio quinta. Ibid*., 1570. 5 vol. in-folio ; édition suspecte. — *Galeni opera sexta hac nostra editione non parum ornamenti adepta, etc*. Venetiis apud Juntas, 1586, 5 vol. in-folio. — *Editio septima*. Curavit hanc editionem Costæus. 1597, 5 vol. in-folio. — *Editio octava. Ibid*. 1600, 5 vol. in-folio. — *Editio nona. Ibid*., 1609, 5 vol. in-folio. — *Editio decima. Ibid*., 1625, 5 vol. in-folio. Les deux dernières éditions sont préférées. Voici des spécimens de ces superbes éditions vénitiennes des Juntes ; puis, à côté d'elles, remarquez ces beaux exemplaires des éditions de Froben, de Bâle :

Omnia Claud. Galeni Pergameni opera quotquos apud Græcos in hunc usque diem exstiterunt tum olim, tum non ita pridem hominum doctissimorum diligentia in latinam linguam conversa, deinde recognita et pristinæ integritati restituta... Basileæ, apud Frobenium, 1542, 8 tomes in-folio, plus les *Isagoici libri* et l'*Index*. — 2e édition, par Janus Cornarius, 1549, *ibid*., in-folio. — 3e édition. *Cl. Galeni Pergameni omnia quæ exstant, in latinum sermonem conversa... His accedunt nunc primum Conr. Gesneri præfatio et Prolegomena*. Basileæ, apud Frobenium, 1561-1562, 8 tomes in-folio, plus les *Prolégomènes*, les *Livres Isagogiques* et deux *Index*.

Voici d'autres éditions latines :

Galeni opera omnia. Curata est ex editio a Victore Trincavellio et Augusto Riccio. Venetiis, ex officina Farrea, 1541, 10 vol. in-8°.

Galeni opera omnia latine. Lugduni, apud J. Frellonium, 1550, 4 vol. in-folio. Ce n'est qu'une reproduction de la seconde édition de Froben avec un titre nouveau. — 2e édition. *Ibid*., 1554.

Galeni omnia quæ exstant latine conversa, diligentia et studio J.-B. Rasarii emendata, novo ordine classibus scilicet sex disposita, etc. Venetiis, 1562, apud Vinc. Valgrisium, 3 vol. in-folio avec un *Index* en plus.

Les éditions gréco-latines sont au nombre de deux, l'une est de Chartier, l'autre de Kühn. Elles sont déposées sur cette table.

Hippocratis Coi et Claud. Galeni Pergameni Archiatron opera. Renat. Charterius, Vindocinensis, Doct. med. Paris... plurima interpretatus, universa emendavit, instauravit, notavit, auxit, secundum distinctas medicinæ partes in XIII tomos digessit, et conjunctim græce et latine primus edidit. Lutetiæ Parisiorum apud Jac. Villery bibliop. 1639-1679, 13 volumes in-folio.

Cette *editio copiosissima* renferme à la fois les œuvres d'Hippocrate et de Galien. Elle a été considérée comme médiocre. Pour elle et sans la terminer, Chartier dépensa

quarante ans de sa vie et toute sa fortune; les derniers tomes n'ont paru qu'après sa mort.

Κλαυδίου Γαλενοῦ ἅπαντα. *Claudii Galeni opera omnia, editionem curavit Carolus Gottlob Kühn.* Lipsiæ, in officina libraria Car. Cnoblochii. 1821-1833. 20 tomes en 22 volumes in-8°, index. Cette édition, maniable et offrant plusieurs traités jusqu'alors inédits de Galien, est surtout une spéculation de librairie, le texte différant peu de celui de Chartier. Les premiers volumes sont rédigés avec assez de négligence par Dindorf et Schæfer. Kühn n'a que peu collaboré.

Le projet de Daremberg et de Bussemaker était de publier une édition gréco-latine galénique ; une fin prématurée n'en a pas permis la réalisation.

L'étendue considérable de la Collection galénique et la prolixité de Galien ont fait sentir la nécessité d'un résumé. Plusieurs abrégés en ont été faits. Le plus estimé est celui de Lacuna, que je vous présente, édition de Bâle.

Voici, du reste, l'indication de plusieurs de ces abrégés :

Speculum sive epitome Galeni, seu Galenus abbreviatus, etc. Lugduni, 1516-1517, in-8°.

Epitome commentariorum Galeni in libros Hippocratis Coi. Lugduni, 1516, in-8°.

Epitome Galeni Pergameni operum, in quatuor partes digesta... per Andream Lacunam. Venetiis, 1549, 4 vol. in-16. — Basileæ, 1551, in-folio. — Lugduni, 1553, 4 vol. in-16. — Basileæ, 1571, in-folio. — Argentorati, 1604, in-folio.

Andreæ Lacunæ epitome omnium rerum et scientiarum quæ annotatu dignæ in Commentariis Galeni in Hippocratem exstant. Lugduni, 1554, in-8°.

Theatrum Galeni, hoc est universæ medicinæ a Galeno diffuse sparsimque traditæ promptuarium, etc. Aloysii Mundellæ, Brixiensis studio et labore per multos annos conditum nunc demum editum. Basileæ, 1568, in-folio.

La seule édition française est due à Daremberg, elle n'est que partielle et inachevée ; en voici un exemplaire :

Œuvres anatomiques, physiologiques et médicales de Galien, etc., par Ch. Daremberg. Paris, 1854-1857, 2 vol. in-8°.

Les traités galéniques traduits par Daremberg sont : *Que le bon médecin est philosophe. — Exhortation à l'étude des arts. — Que les mœurs de l'âme sont la conséquence des tempéraments du corps. — Des habitudes. — De l'utilité des parties du corps humain. — Des facultés naturelles. — Du mouvement des muscles. — Des sectes aux étudiants. — De la meilleure secte à Thrasybule. — Des lieux affectés. — De la méthode thérapeutique à Glaucon.*

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Charcot.

De la contracture spasmodique, d'origine hystérique, développée à la suite d'un traumatisme.

I

En reprenant mes leçons cliniques sur les maladies du système nerveux, je commencerai par l'étude de deux malades chez lesquels l'analogie des phénomènes morbides est telle, qu'ils semblent tous deux sortis du même moule. Ils sont cependant de sexe différent. Vu la nature même du mal, le fait de l'homme est assez exceptionnel, du moins c'est ce qui est généralement admis, bien que je sois persuadé que l'on rencontrerait beaucoup de faits semblables si l'on cherchait mieux. Je veux parler de l'hystérie. Je ne puis aujourd'hui, à mon vif regret, vous présenter que l'un des sujets, la jeune fille ; l'autre, jusque dans ces derniers jours encore à Bicêtre, dans le service de M. Debove, a quitté cet hospice. Mais j'ai son observation complète.

La jeune fille que vous voyez ici, est atteinte d'une contracture de la main gauche, de nature hystérique, développée à la suite d'un traumatisme. Elle a seize ans environ, et au premier abord son aspect ne présente rien de particulier. Elle est orpheline. Elle a été recueillie en 1877 dans le couvent de la rue du Général Foy, occupé par des sœurs de charité. Sa mère est morte depuis longtemps déjà, emportée par une affection chronique, une maladie de poitrine. Quant à son père, il a succombé il y a quelques années à la suite d'une affection mentale assez difficile à déterminer, d'après les seuls renseignements que nous possédons. Sa fille nous dit que son père est resté pendant trois mois à l'Asile d'Orléans, et qu'il était paralysé. En résumé, de ses réponses aux questions que nous lui avons faites depuis son entrée à la Salpêtrière, il paraît assez probable que son père était atteint de paralysie générale progressive. Son frère, idiot, a été recueilli dans la maison des frères Saint-Jean-de-Dieu. L'hérédité nerveuse figure donc ici au premier rang.

Lorsque cette jeune fille est arrivée dans mon service, j'ai fait demander à la supérieure du couvent, où elle a passé ses cinq dernières années, quelques renseignements sur ses antécédents morbides, sur sa manière d'être, sur son genre de vie, etc. Tout ce que j'ai pu savoir, c'est qu'elle avait un grand amour de la liberté, qu'elle était d'humeur sombre et parlait peu. Elle paraît, du reste, peu expansive ; elle est très calme et d'allures quelque peu torpides. Voilà tout ce que nous avons pu recueillir sur sa vie passée, antécédents auxquels nous ajouterons qu'elle n'a jamais eu autrefois ni spasmes, ni sensation de boule, ni crises aucunes, rien enfin de l'hystérie classique. Quant à la contracture de la main gauche, elle date d'un an (le 2 novembre 1881), et depuis lors elle a résisté à tous les moyens thérapeutiques qui ont été mis en usage. Il est vrai qu'elle n'a pas non plus augmenté. Elle est restée telle qu'elle s'est produite aux premiers jours, sauf certain amendement passager survenu à l'hôpital Beaujon, où elle est entrée tout d'abord, sorte d'entr'acte qui a duré deux mois et pendant lesquels la contracture a cessé en grande partie sans que néanmoins la malade ait recouvré l'usage de sa main.

Nous sommes bien là en présence d'une contracture spasmodique, dans laquelle les doigts fléchis forment un angle droit avec les métacarpiens et sont de plus accolés les uns contre les autres. Lorsque l'on cherche à les détacher, à les séparer, ils reviennent pour ainsi dire sur eux-mêmes comme s'ils étaient mus par un ressort. La première phalange du pouce est également en flexion sur son métacarpien et reste appliquée contre l'indicateur. Par contre, les articulations du poignet, du coude et de l'épaule sont libres et jouissent de tous leurs mouvements. J'ajouterai que la main gauche est plus froide que la droite et revêt quelquefois une coloration violacée, indices de troubles vaso-moteurs. Enfin, il existe dans toute l'étendue du membre supérieur gauche non pas une véritable atrophie musculaire, mais une sorte d'émaciation assez prononcée, pour que l'on puisse

constater une différence de volume avec le membre supérieur droit, soit un demi-centimètre dans la circonférence du poignet et un centimètre à l'avant-bras ainsi qu'au bras. Cette émaciation est due au défaut de mouvements depuis un an dans le membre contracturé. Un dernier point important à constater, c'est que cette contracture, spasmodique dans toute la rigueur du mot, est permanente, persistant jour et nuit, sans aucune modification, que la malade soit éveillée ou endormie. Cette permanence est un fait qui nous a permis, aussitôt qu'il a été observé, de repousser toute idée de simulation.

Cherchons maintenant quels sont les nerfs et les muscles qui sont en jeu.

En premier lieu, ce sont les muscles interosseux qui sont contracturés, ainsi que l'a démontré Duchenne (de Boulogne), les premières phalanges étant fléchies sur les métacarpiens. Mais le sont-ils isolément? Non, assurément; car si cela était, ils auraient aussi pour effet de déterminer l'extension de la deuxième et de la troisième phalanges, de telle sorte que l'on eût une colonne digitale droite, tandis que nous constatons, au contraire, une légère flexion de ces deuxième et troisième phalanges, flexion qui est due à l'action des muscles fléchisseurs, superficiel et profond. Les expériences de Duchenne (de Boulogne) ont complètement prouvé la parfaite exactitude du fait.

Une autre action des muscles interosseux, et surtout des interosseux palmaires, est celle qui consiste à accoler les doigts les uns aux autres, de telle sorte qu'ils reviennent pour ainsi dire à leur place si on cherche à les écarter. C'est encore là une action que les expériences de Duchenne (de Boulogne) ont démontré. Mais si ce sont les interosseux qui sont ainsi affectés, c'est le nerf cubital qui est en jeu, c'est aussi le nerf médian puisque les fléchisseurs sont intéressés. Ce fait est également prouvé par l'attitude du pouce, dont les adducteurs sont sous la dépendance du nerf cubital, tandis que les opposants sont placés sous celle du nerf médian. En effet, nous voyons ici le pouce de la main gauche placé à la fois dans l'adduction et dans l'opposition.

Plusieurs groupes musculaires et nerveux sont donc intéressés dans la contracture de cette main. Nous pouvons le prouver aussi, à notre gré, expérimentalement par l'électrisation localisée soit des nerfs, soit des muscles. L'expérience est sans danger, mais elle est un peu douloureuse, ce à quoi nous pouvons facilement obvier en agissant sur des sujets hystériques chez lesquels l'anesthésie est poussée assez loin pour qu'ils ne souffrent en rien des épreuves auxquelles on les soumet.

— M. Charcot reproduit les expériences de Duchenne sur une jeune hystéro-épileptique, chez laquelle il existe, à l'état permanent, une hémianesthésie complète du côté gauche. Il détermine avec la plus grande facilité la contracture passagère de la main. Pour obtenir les phénomènes permanents et définitifs, il faut avoir des sujets faciles à plonger dans l'état léthargique. —

Les faits de grand hypnotisme ne sont pas très communs, je n'en ai pas rencontré pendant le cours de ma carrière plus d'une douzaine de cas. Cependant nous en avons un en ce moment à la Salpêtrière, la jeune fille que voici, qui est hystérique et hémianesthésique. Je l'hypnotise, comme vous le voyez, avec la plus grande facilité. La voici dans un sommeil profond avec résolution des membres. Si maintenant je viens à exciter le nerf cubital au niveau du poignet, j'obtiens la griffe interosseuse spasmodique permanente; si j'excite ce même nerf dans la gouttière olécrânienne, la griffe se modifie par la flexion des deux derniers doigts, et nous avons la griffe cubitale complète. Pour détruire la contracture que nous venons de produire, il nous suffira d'agir sur les muscles antagonistes, et tout rentre dans l'ordre. Ce qui distingue la contracture spasmodique de la contracture paralytique, c'est que dans la première les muscles du côté de la flexion ne sont pas seuls en jeu, mais ceux de l'extension le sont également, tandis que dans la contracture paralytique, l'un des groupes seulement est influencé, soit le groupe des extenseurs, soit celui des fléchisseurs.

L'expérience ne présente aucun danger, je le répète; elle n'entraîne aucune souffrance, et rien n'est plus facile que de faire cesser instantanément l'état léthargique du sujet.

Les épreuves auxquelles nous venons d'assister, ne nous laissent donc aucun doute sur la nature spasmodique des contractures. Il s'agit de vous démontrer maintenant qu'elles sont bien d'origine hystérique.

Cliniquement, nous sommes conduits à dire que notre malade est hystérique : 1° parce que la contracture est des plus accentuées et que l'hystérie pousse toujours la chose à l'extrême; 2° parce que cette contracture est permanente, jour et nuit, dans le sommeil comme dans l'état de veille, qu'elle ne se relâche jamais, tandis que la contracture même la plus prononcée, mais de cause organique, cesse ou diminue pendant le sommeil pour reparaître au réveil; 3° en raison même de son développement. En effet, comment s'est-elle produite? C'était le 2 novembre de l'année dernière; cette jeune fille jouait avec quelques camarades du couvent où elle était placée, lorsque la fenêtre près de laquelle elle se trouvait se ferma violemment: un carreau fut cassé et un fragment de verre vint la frapper au poignet gauche, sur la région dorsale, la blessant légèrement au niveau de la base du deuxième métacarpien. Trois jours après la petite plaie était cicatrisée, mais la main était contracturée. Pareil fait n'a rien d'exceptionnel; l'hystérie traumatique est bien connue.

Mais nous n'avons pas seulement à l'appui de l'origine hystérique de la contracture de notre malade les preuves que je viens de vous donner, un examen attentif de tout son être nous en donnera encore d'autres absolument irrécusables. Chez elle, en effet, nous trouvons certains caractères qui la placent dans un cadre plus étroit; ainsi l'ovaire est constamment douloureux, non pas que je prétende, comme d'aucuns me l'ont fait dire, que l'ovaire soit la cause de l'hystérie, mais je dis que dans certaines formes de l'hystérie l'ovaire est en jeu. Sous ce rapport, notre jeune malade est une ovarienne, c'est-à-dire qu'il existe une certaine sensibilité de l'ovaire gauche, surtout à la pression. De plus, nous constatons aussi chez elle une hémianalgésie gauche complète, bien qu'elle sente très bien quand on la touche. Nous constatons aussi une hémianesthésie sensorielle du même côté; c'est ainsi que le goût, l'odorat et l'ouïe sont abolis à gauche; la vision est aussi modifiée, la conjonctive de l'œil gauche est insensible, et le rétrécissement du champ visuel est considérable. Ce sont là des phénomènes qui ne peuvent être simulés.

En résumé, notre jeune malade est une hystérique au premier chef, et la contracture de sa main gauche, contracture spasmodique et permanente, d'origine traumatique, relève parfaitement de la nature même de cet état morbide.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 16 décembre 1882. — Présidence de M. Laborde.

COMMUNICATIONS

Altérations de la quinine. — M. LABORDE rappelle avoir dit, dans sa dernière communication, que la quinine des hôpitaux contenait une grande proportion de cinchonine. En effet, il résulte des nouvelles recherches faites, à ce sujet, par M. Laborde, qu'elle contient 43 p. 100 de cinchonine, près de la moitié. Au reste, la quinine des hôpitaux diffère notablement, rien qu'à la vue, de la quinine chimiquement pure. Si chez deux cobayes de même force on injecte, sous la peau de l'un, 20 centigrammes de la quinine des hôpitaux, sous la peau de l'autre la même dose de quinine chimiquement pure, le premier est pris, presque aussitôt, d'un accès de violentes convulsions et meurt en l'espace de vingt minutes; l'autre présente les phénomènes bien connus du quinisme, tombe dans le collapsus, puis offre une phase d'ataxie et ne meurt qu'après cinquante ou soixante minutes. Comme on le voit d'après cette expérience, chez le premier cobaye c'est l'influence de la cinchonine et non celle de la quinine qui a prédominé. C'est là un fait bien important à connaître pour les cliniciens, surtout quand il s'agit de certaines maladies comme, par exemple, la fièvre typhoïde, qui entraîne précisément avec elle une certaine prédisposition aux accidents semblables à ceux que donne la cinchonine.

M. ALBERT ROBIN cite le fait suivant à l'appui de la communication de M. Laborde : Chez une jeune femme de ses parentes, atteinte de fièvre puerpérale, MM. Hardy et Pinard donnèrent 2 grammes de quinine dans les vingt-quatre heures, pendant sept jours consécutifs, sans observer les effets ordinaires de la quinine, très étonnés, au contraire, de constater des complications insolites. On prit du sulfate de quinine chez un autre pharmacien, et 75 centigrammes seulement de ce nouveau sulfate de quinine donnèrent les effets habituels de ce médicament. M. Robin analysa le sulfate de quinine du premier pharmacien et put constater qu'il ne contenait que 32 p. 100 de quinine. Entre autres substances, il contenait une très grande quantité de salicine. Les reproches justement adressés par M. Laborde à la quinine des hôpitaux doivent donc aussi être adressés à un certain nombre de pharmaciens de la ville.

M. LABORDE. Il y a même des pharmaciens qui, se basant sur la parenté chimique des deux corps, substituent tout à fait la cinchonine à la quinine. Or nos expériences ont démontré que si ces deux substances sont absolument voisines, au point de vue de la composition chimique, elles sont loin d'avoir la même action physiologique. Il ne faut donc pas impunément substituer la cinchonine à la quinine.

Anesthésie par un courant d'acide carbonique sur le larynx. — M. BROWN-SÉQUARD a voulu se rendre compte si l'anesthésie obtenue par un courant d'acide carbonique injecté sur le larynx était le fait d'une action purement locale ou d'une action générale sur les centres nerveux. Chez des animaux recevant sur le larynx un jet d'acide carbonique pur ou mélangé à l'oxygène, on constate une anesthésie générale survenant plus rapidement que l'anesthésie locale elle-même du larynx. On a dit que cet agent anesthésique passait ainsi dans les poumons. Cette anesthésie générale s'expliquerait dès lors par le fait de l'action sur le système respiratoire. Mais l'expérience a été faite sur des chiens de telle sorte que l'acide carbonique injecté sur le larynx ne pouvait pénétrer dans les poumons, la trachée de l'animal étant mise en communication avec l'air extérieur par un tube et toute communication entre le larynx et les poumons se trouvant interceptée. Dans ces cas également l'anesthésie générale a été obtenue en l'espace d'une minute. Elle est donc bien le résultat d'un contact purement périphérique de l'acide carbonique avec la muqueuse du larynx. C'est là, en effet, une preuve incontestable que l'acide carbonique peut produire une anesthésie générale par une action purement périphérique.

Sur un chien, chez lequel avait été préalablement coupé le nerf laryngé supérieur, les faits précédents ne se sont pas produits. Une attaque d'épilepsie expérimentalement provoquée est instantanément arrêtée, si le jet d'acide carbonique arrive avec une force suffisante sur le larynx.

Un mélange à parties égales d'acide carbonique et d'oxygène produit les mêmes effets. Quand les parties anesthésiées ont recouvré leur sensibilité, il reste des zones d'anesthésie, généralement voisines du larynx. Enfin on a constaté, sous l'influence de cette anesthésie, une résolution complète alors que l'animal respirait par un tube placé dans la trachée.

M. KRISHABER demande à M. Brown-Séquard si, dans les expériences dont il vient de rendre compte, il a eu la précaution de serrer le tube contre la trachée. Faute d'avoir pris cette précaution, il est arrivé quelquefois que les vapeurs anesthésiques ont pu parvenir directement dans les bronches et altérer ainsi les résultats de l'expérience.

M. BROWN-SÉQUARD s'est prémuni contre cette cause d'erreur qui ne lui avait pas échappé. Il y aurait d'ailleurs une autre réponse à faire à l'observation de M. Krishaber, c'est que l'anesthésie par les injections d'acide carbonique faites au-dessus du larynx amènent l'anesthésie beaucoup plus promptement que lorsqu'elles sont faites directement dans les bronches.

M. KRISHABER. Je n'avais pas connaissance d'expériences semblables à celles que M. Brown-Séquard vient de nous exposer, mais je connaissais les expériences de Turk et celles de Czermack avec les vapeurs d'éther et de chloroforme pur introduites dans le larynx dans le but de rendre cet organe insensible aux attouchements et au contact des instruments; l'action de ces anesthésiques, dans ce cas, était immédiate. Je dois ajouter qu'il y a eu plusieurs fois, à la suite de ces expériences, des accidents très graves et même des cas de mort.

J'ajouterai qu'il a été fait un autre genre d'expériences pour rendre le larynx insensible, elles consistent dans l'application locale d'une substance irritante quelconque; on obtient ainsi les mêmes résultats qu'avec les anesthésiques. Ces expériences ont été très souvent répétées.

M. BROWN-SÉQUARD. Je connaissais ces faits. Il n'est pas douteux que l'attouchement même passager du larynx peut faire courir des risques sérieux. A l'époque où je pratiquais la médecine à New-York, il m'est arrivé deux fois de produire une syncope presque mortelle en touchant le larynx. On peut sans doute l'habituer peu à peu à ces contacts et arriver graduellement à le rendre tolérant. Mais le seul moyen, à mon avis, d'arriver à ce résultat, en évitant toute espèce de risque de danger et même d'embarras, c'est d'insensibiliser le larynx par un mélange d'acide carbonique et d'oxygène.

M. GRÉHANT rappelle ce fait rapporté dans le temps à la Société par M. Moreau, d'une simple contusion produite sur le larynx par une corde tendue ayant amené une mort subite.

M. KRISHABER. Je ferai remarquer, à l'égard des effets du contact des corps étrangers avec le larynx, qu'il y a une très grande différence entre l'action des corps flottants et celle des corps solides volumineux. Ce sont les corps légers, flottants, qui, par leur contact avec l'orifice du larynx, produisent le plus d'irritation sur cet organe. Voilà pourquoi les vulnérations de cet organe, les plus insignifiantes en apparence, peuvent quelquefois amener la mort, tandis que vous pouvez, sans aucun inconvénient, y introduire un corps volumineux, tel qu'une sonde.

M. DUMONTPALLIER expose la relation d'une nouvelle série d'expériences faites mardi dernier, à l'hôpital de la Pitié, chez des femmes hystériques hypnotisées, pour démontrer l'indépendance fonctionnelle des deux hémisphères cérébraux.

M. POUCHET dépose sur le bureau un travail de M. Chabry sur la mécanique de la progression des poissons.

Bactérie charbonneuse. — M. STRAUS, au nom de M. Chamberland et au sien, fait une nouvelle communication

sur le passage de la bactérie charbonneuse de la mère au fœtus.

Dans les recherches expérimentales précédentes sur la transmission des maladies virulentes aiguës de la mère au fœtus (voir la séance du 11 novembre dernier), ces auteurs étaient arrivés à la conclusion : que le charbon ne se transmettait pas de la mère au fœtus, bien que celui-ci pût être directement atteint par une inoculation directe faite à travers les parois utérines de la mère. Les nouvelles recherches dont M. Straus communique les résultats les ont obligés à revenir sur cette première conclusion et à admettre le passage possible qu'ils avaient d'abord mis en doute, de la mère au fœtus. Ils sont arrivés à cette nouvelle démonstration, en recourant successivement à trois ordres d'expériences : 1° à l'examen microscopique, par lequel ils n'ont jamais pu constater la présence de la bactérie ; 2° à la culture, qui leur a donné des résultats différents selon le degré de dilution du liquide virulent, tantôt positifs, tantôt négatifs ; 3° enfin à l'inoculation directe. Ils ont constaté par ce troisième procédé que lorsque la culture leur avait donné un résultat négatif, l'inoculation restait également stérile, qu'elle était efficace au contraire lorsque la culture avait donné un résultat positif. M. Straus fait ressortir l'importance doctrinale de ce fait en ce qu'il montre que la virulence est inhérente à la bactéridie et non au liquide qui la contient.

Une autre conséquence également importante qui ressort de leurs nouvelles expériences, c'est d'avoir trouvé le moyen de conférer l'immunité par la mère au fœtus.

M. PAUL BERT. Cette expérience supprime la barrière qui semblait séparer jusqu'à présent le charbon bactérien et le charbon symptomatique.

La séance est levée.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

Nouvelle aiguille à électropuncture.

Par M. le Dr G. BAŸ.

Les aiguilles généralement employées pour l'électrolyse sont en acier et platine. Ces aiguilles sont recouvertes d'un vernis isolant qui permet à l'électricité de n'agir que par leurs pointes.

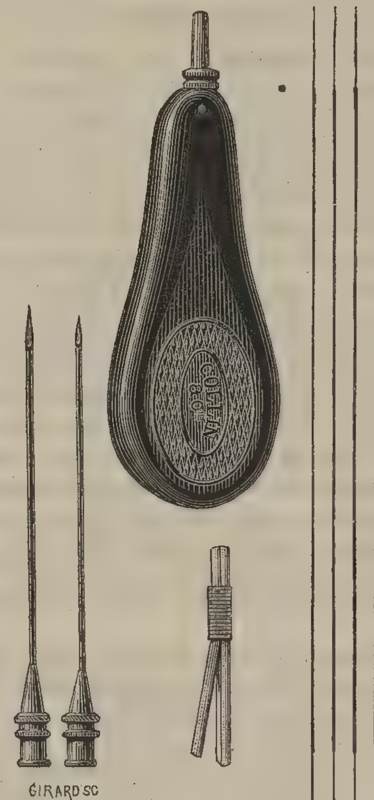
Ainsi construites, elles présentent plusieurs inconvénients sérieux. D'abord leur volume trop considérable, puis l'altération et la destruction du vernis qui recouvre le pôle négatif, altération produite par l'action chimique : de là production d'escarres le long du trajet qu'elles parcourent.

Pour obvier à cet inconvénient, nous avons cherché à construire des fils protégés par un corps isolant et parfaitement inaltérables, et nous sommes arrivé à ce résultat en recouvrant le métal d'une couche *de verre* ou *d'émail.*

Ce procédé a permis de construire des fils de toute grosseur. Les plus fins — qu'on voit à droite de la figure — peuvent traverser une aiguille de Pravaz. Vu leur ténuité extrême, ces fils ne pourraient pénétrer dans les tissus ; ils sont donc accompagnés de tubes capillaires en acier, de longueur et de diamètre différents, servant de trocart, et dont les plus petits sont égaux en grosseur aux aiguilles à injection hypodermique. (Ces aiguilles-trocarts sont représentées à gauche de la figure.)

Étant donné qu'on veuille produire une action électrolytique profonde, la formation d'une escarre ou la désorganisation de tissus pathologiques, on enfonce sans difficulté l'aiguille capillaire en acier ; celle-ci en place, on fait passer par son centre le fil recouvert de verre et conducteur de l'électricité ; puis on maintient ce dernier en place pendant que, par un mouvement bien connu, on retire l'aiguille d'acier. On fait passer le courant au moyen de petites pinces réophores en cuivre, qui communiquent avec la pile. Ces pinces, d'un mécanisme très simple, représentées au bas de la figure, sont formées de deux plaques de cuivre maintenues en contact au moyen d'un tube de caoutchouc qui forme ressort lorsqu'on veut en écarter les extrémités, ce qui permet de saisir l'aiguille conductrice et de faire passer le courant.

Nous venons également de construire, sur les indications de



M. le professeur Le Fort, des aiguilles d'acier recouvertes de verre, et dont la pointe, seule libre, est en or. Avec ces aiguilles, on peut pénétrer directement dans les tissus (tumeurs érectiles, par exemple) sans l'aide du trocart.

On peut donc, au moyen de nos aiguilles, agir sûrement et profondément dans un tissu quelconque, produire une action électrolytique localisée et profonde, sans altérer en rien soit le trajet, soit les tissus environnants.

Tous ces modèles d'aiguilles sont construits par M. Collin.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours des prix de l'internat des hôpitaux de Paris vient de se terminer par les nominations suivantes :

Première division (internes de troisième et quatrième années). — Médaille d'or : M. Netter, interne à l'hôpital Necker. — Accessit : M. Siredey, interne à la Pitié. — Mention honorable : M. Duplaix, interne à l'hôpital Laënnec.

Deuxième division (internes de première et deuxième années). — Médaille d'argent : M. Richardière, interne à l'Hôtel-Dieu. — Accessit : M. Richard, interne à la Pitié. — Première mention : M. Darier, interne à l'hôpital Necker. — Deuxième mention : M. Gallois, interne à l'hospice des Enfants-Assistés.

— Dans sa séance du 14 décembre 1882, le conseil de surveillance des hôpitaux de Paris a décidé qu'il ne serait créé, à la maternité de Cochin, ni service de gynécologie, ni consultation externe.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Chevalier (Anatole-Louis-Casimir), licencié ès lettres, est nommé commis aux archives de la Faculté.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Lamic, licencié ès sciences naturelles et pharmacien de première classe, est nommé chef des travaux pratiques d'histoire naturelle (emploi nouveau).

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Arnould, professeur d'hygiène, est autorisé à se faire suppléer dans le service des examens, pendant le premier semestre de l'année 1882-1883, par M. Lescœur, professeur de chimie organique.

M. Rogez (Émile-Adolphe-Aimé), bachelier ès lettres, est nommé aide-préparateur de physique médicale, en remplacement de M. Emmanuel, démissionnaire.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. le docteur Royer (Alphonse) est nommé pour deux ans chef de clinique des maladies mentales, en remplacement de M. Brun, dont le temps d'exercice est expiré.

M. Mondan (Gabriel) est nommé chef des travaux de chirurgie (emploi nouveau).

— *Faculté de médecine de Nancy.* — Le concours pour la place de préparateur de physique vient de se terminer par la nomination de M. Steinmetz, élève de première année.

Le concours pour la place d'aide d'histologie vient de se terminer par la nomination de M. Chatelain.

— *École de médecine de Poitiers.* — M. le professeur Chédevergne est nommé directeur de l'École, en remplacement de M. Guérineau, décédé.

— Sont proclamés lauréats pour l'année scolaire 1881-1882 :

Étudiants en médecine. — Deuxième année, médaille d'argent : M. Dulin. — Première année, médaille d'argent : M. Thiéry; médaille de bronze : M. Begusseau.

Étudiants en pharmacie. — Deuxième année, médaille de bronze : M. Delière. — Première année, médaille de vermeil : M. Quenille; médaille d'argent : M. Dupain; médaille de bronze : M. Chaine. — Prix des travaux pratiques, médaille d'argent : M. Dupain; médaille de bronze : M. Chaine. — Livres : MM. Quenille et Audinet.

— Par décret en date du 10 décembre 1882, M. Ribadieu (Jules-Auguste-Robert), médecin-major de première classe de l'armée active, retraité dans les conditions de la loi du 22 juin 1878, a été élevé au grade de médecin-major de première classe dans le cadre des officiers de santé de l'armée territoriale. — Emploi vacant par organisation.

— La Société de biologie vient de décerner le prix Godard à M. F. Lalesque. — Elle a accordé, en outre, deux mentions et une citation : la première mention (*ex æquo*), à MM. Ballet et Leloir; la deuxième mention, à Mlle Skwortzoff; la citation, à M. Blaise.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur André, médecin-adjoint à l'asile d'aliénés de Fains, près Bar-le-Duc.

Notre jeune confrère, ancien interne de Maréville et de Fains, avait soutenu, en 1879, devant la Faculté de médecine de Nancy, une thèse intéressante sur *le chloral, propriétés et applications au traitement des maladies mentales.* Ce travail contient notamment une série d'expériences physiologiques avec analyse chimique du sang (gaz, etc.), de l'air expiré.

Les obsèques de notre confrère ont eu lieu à Courcelles-Chaussy (Moselle annexée), où son père exerce la médecine.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le docteur Farabeuf, chef des travaux anatomiques, commencera son cours d'anatomie, dans le grand amphithéâtre de l'École pratique, rue Vauquelin, n° 12, le mardi 19 décembre 1882, à trois heures et demie et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 13808.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Après une série d'élections, qui a pris une heure et demie, on a entendu une courte lecture de M. Hayem, candidat à la place vacante dans la section de thérapeutique, sur l'inutilité complète des injections sous-cutanées d'éther chez les sujets devenus exsangues par des pertes de sang trop copieuses.

Les recherches de M. Hayem ont été entreprises pour vérifier expérimentalement une assertion de M. le professeur Verneuil, qui avait déclaré ces injections d'éther plus efficaces que la transfusion de sang vivant pratiquée de bras à bras. (Voir *Gaz. des hôp.*, 1882, p. 1054 et 1134.)

Or il se trouve que chez des chiens qui vont mourir par hémorragie la transfusion réussit toujours, les injections d'éther jamais.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. CHARCOT.

De la contracture spasmodique, d'origine hystérique, développée à la suite d'un traumatisme (1).

II

Dans ma dernière leçon, voulant vous entretenir de deux cas de contracture spasmodique de la main, d'origine hystérique, je vous ai présenté l'un d'eux, la jeune C..., chez laquelle la contracture s'était développée brusquement à la suite d'une blessure des plus légères de la main. J'ai dit aussi que, pour le second cas, nous n'avions que des documents, complets il est vrai, mais que le malade avait quitté le service de Bicêtre où il avait été soigné par M. Debove.

Par un heureux hasard pour cette clinique, cet homme étant rentré à l'hospice, je puis aujourd'hui vous le montrer; j'y tenais d'autant plus que c'est un cas rare, intéressant au premier chef et des plus instructifs.

(1) Fin. — Voir le numéro du 19 décembre 1882.

Mais auparavant je veux terminer en quelques mots l'histoire de notre jeune fille.

Il est incontestable que ces malades sont souvent dans un état psychique particulier, par suite duquel ils ont la plus grande tendance à mentir, soit en exagérant la symptomatologie réelle de leur affection, soit en créant de toutes pièces une symptomatologie imaginaire, et cela, le plus souvent, sans que nous en puissions trouver les motifs, et pour le simple plaisir de mentir, à moins que ce ne soit dans le but d'attirer sur eux l'intérêt de ceux qui les entourent. Tout cela, du reste, est bien connu.

Mais est-il aussi difficile qu'on le dit quelquefois de dépister la ruse? Non, et un médecin instruit peut et doit arriver à démêler le vrai du faux, à découvrir le mensonge partout où il le rencontre.

Ainsi prenons, par exemple, la catalepsie hypnotique. Peut-elle être simulée? Peut-on en présenter les apparences au point de tromper un médecin expérimenté? Non. En général, on dit qu'un cataleptique peut rester si longtemps dans la position dans laquelle on le placera, que la durée même du phénomène doit écarter toute idée de simulation. C'est une erreur. Car on sait très bien que si un sujet adulte, simulateur, ne peut tenir l'un de ses membres dans la même position étendue, par exemple plus de 20 ou 25 minutes, il en est à peu près de même chez un cataleptique vrai. Là n'est donc pas le criterium véritable. Mais si l'on soumet le simulateur et le cataleptique vrai à la même épreuve du procédé graphique de M. Marey, dont l'appareil, d'une sensibilité extrême, enregistre les moindres oscillations de la main, on verra, chez le cataleptique vrai, le tracé descendre régulièrement, progressivement, sans vibrations brusques, jusqu'à la fin de l'expérience; au contraire, le tracé du simulateur tout en présentant, au commencement, comme le premier, une marche régulière, montrera bientôt des oscillations répondant aux vibrations plus ou moins saccadées de la main, contre lesquelles l'individu cherchera à réagir, mais qui s'accentueront de plus en plus jusqu'à reproduire un véritable tremblement en rapport avec la fatigue énorme que l'individu éprouvera forcément.

Des résultats identiques nous seront fournis par le pneumographe, appareil destiné à enregistrer toutes les modifications respiratoires qui peuvent se produire. En effet, chez le cataleptique vrai, le tracé graphique nous montrera des inspirations rares et peu profondes, tandis que chez le simulateur, le tracé de la respiration, normal tout d'abord, se modifiera tout à coup et présentera des irrégularités de plus en

plus considérables, résultant de l'effort déployé par le sujet pour lutter contre une fatigue à laquelle il finit par succomber.

J'en reviens donc à ma proposition, la simulation ne saurait tromper un médecin expérimenté.

Si l'on applique le même procédé à l'étude de la contracture de la main, — et ceci est une épreuve de luxe, pour ainsi dire, que je tiens cependant à faire devant vous, — l'appareil Marey vous montrera encore un tracé graphique parfaitement régulier chez notre malade, tandis que chez un simulateur quelconque, si attentif soit-il, la fatigue se trahira plus ou moins tôt, par des irrégularités de plus en plus marquées dans les lignes du tracé.

En résumé, chez notre jeune fille, la contracture de la main gauche est donc un phénomène pathologique parfaitement légitime et sur lequel nous croyons inutile d'insister davantage.

Passons maintenant au second cas, celui du malade de M. Debove.

L'hystérie existe-t-elle chez l'homme? Oui, et plus fréquemment peut-être qu'on ne l'a supposé jusque dans ces derniers temps. Depuis quelques années, cependant, cette question commence à préoccuper les observateurs; c'est ainsi que de 1875 à 1880 nous comptons à la Faculté de Paris cinq thèses inaugurales sur l'hystérie chez l'homme. L'une d'elles surtout, écrite sous les inspirations de M. le docteur Ollivier, agrégé de la Faculté, est remarquable par le nombre et la valeur des observations qu'elle renferme. Ce nombre n'est pas moindre de 80, dont trois appartiennent à l'auteur, M. Klein.

L'hérédité, dans tous les cas, est très nette; les garçons tiennent la maladie de leur mère, c'est une hérédité de similitude, c'est-à-dire que l'affection se transmet sous la même forme de la mère à l'enfant.

L'âge auquel l'hystérie se développe est tout à fait différent dans les deux sexes. Tandis que, chez la jeune fille, elle se montre principalement à l'époque de la puberté, chez l'homme, au contraire, elle apparaît surtout de vingt-cinq à trente-cinq ans. Les hommes qui en sont atteints n'ont rien de féminin, ils ont de la barbe, ils sont quelquefois très vigoureux, ils peuvent être pères de nombreux enfants, en un mot, ils sont hommes sans aucune particularité digne d'être notée.

La maladie ne présente aucune différence dans l'un et l'autre sexe, et elle peut revêtir la forme fruste ou la forme classique. Quelquefois même elle a tous les caractères de la grande hystérie, comme chez la femme. Un des symptômes fondamentaux est représenté par l'hémianesthésie, des troubles de la sensibilité générale limités à tout un côté du corps, l'anesthésie sensorielle et le rétrécissement du champ visuel d'un côté seulement aussi.

Si, chez la femme, on trouve quelques phénomènes ovariens, chez l'homme, on constate souvent aussi quelque chose du côté des testicules dont la pression peut déterminer quelquefois une attaque. Chez l'homme comme chez la femme, il existe des zones hystérogènes, des plaques qu'il suffit de frôler ou de comprimer pour amener une crise. Ces plaques se rencontrent plus spécialement chez lui : au niveau du bregma, sur l'un des côtés de la poitrine ou de l'abdomen, à gauche principalement.

Les phénomènes et les diverses phases de l'attaque sont les mêmes dans les deux sexes. Ces phases ou périodes sont au nombre de quatre également. Ce sont : 1° la période épileptoïde; 2° la période des grands mouvements, mouvements alternatifs de flexion et d'extension avec certaines variantes; 3° la période des poses plastiques ou des attitudes passionnelles; 4° le délire post-épileptique. Toutes ces phases peuvent se rencontrer chez l'homme comme chez la femme, soit successivement, soit par périodes dissociées. Mais, lorsque la maladie est fruste, il faut s'attendre à ne pas rencontrer tous ces phénomènes.

Ces principes établis, étudions maintenant notre malade. Cet homme est un ouvrier forgeron d'Ivry qui, jusqu'à l'époque où l'affection actuelle a débuté, n'avait jamais été malade. Celle-ci date de trois mois seulement. Il n'a aucun antécédent morbide. Il n'a jamais eu de convulsions dans son enfance. Il est marié depuis longtemps déjà; il a eu six enfants, l'aîné a douze ans, tous sont bien portants. Il y a trois mois, il a eu la main gauche légèrement brûlée par une barre de fer rouge, et il est entré aussitôt dans le service de M. Gillette. La contracture n'existait pas encore, il éprouvait seulement quelques difficultés à remuer les doigts. Généralement, la contracture d'origine traumatique chez les hystériques est immédiate. Ici, il n'en a pas été de même, et c'est seulement un peu plus tard qu'il a éprouvé tout à coup une douleur vive dans le membre supérieur et surtout dans la main, avec tendance à la flexion. Le lendemain seulement, cette main était fermée; deux jours plus tard, le pouce, indemne jusque-là, était pris à son tour et venait s'appliquer sous les autres doigts.

La déformation produite par la contracture est un peu différente de ce que nous avons observé chez la jeune fille. Le nerf médian et le nerf cubital sont en jeu. Les doigts sont fortement fléchis dans la main et celle-ci est également en flexion prononcée sur l'avant-bras. Cette attitude ne saurait moins encore que dans le cas précédent être simulée, car elle serait extrêmement difficile à maintenir, même pendant peu de temps, et nous nous sommes assuré d'ailleurs que, dans le sommeil profond, la rigidité persiste telle quelle. C'est donc une attitude réellement pathologique qui persiste depuis trois mois.

Mais qui nous prouve que cette contracture est sous la dépendance de l'hystérie? L'étude du cas permet de rejeter l'hypothèse d'une névrite ou d'une contracture suite d'une hémiplégie. Cette contracture est d'origine traumatique et l'hystérie est bien en cause chez notre malade. En effet, il y a dix jours encore, on constatait une hémianesthésie complète de tout le côté gauche du corps, comme chez la jeune fille que je vous ai montrée; les sens spéciaux étaient également atteints et le champ visuel était aussi notablement rétréci du côté de l'anesthésie. J'ajouterai que, comme chez celle-ci, il n'y a jamais eu ni crises, ni attaques d'hystérie, ni le moindre prodrome d'attaque; nous avons donc également affaire à un cas d'hystérie sans attaque.

Mais comment la sensibilité disparue a-t-elle été recouvrée? Par le traitement auquel M. Debove a eu recours, par l'action des aimants appliqués trois jours de suite pendant une ou deux heures. C'est ainsi que la sensibilité a reparu dans tout le côté précédemment anesthésié, sauf dans la main. Ainsi suffisamment amélioré à son point de vue, notre malade a quitté l'hospice de Bicêtre, M. Debove s'étant justement refusé à lui donner le certificat d'incurabilité qu'il lui demandait dans le but peut-être d'actionner son patron en dommages-intérêts pour infirmités contractées à son service.

Néanmoins, quelques jours plus tard, il est rentré à l'hos-

pice; c'est ce qui me permet de vous le présenter aujourd'hui. M. Debove a repris le traitement par les aimants en les appliquant sur le côté opposé à celui qui était anesthésié et très promptement il s'est produit un phénomène très intéressant : le phénomène du transfert, c'est-à-dire que l'insensibilité de la main gauche, qui avait résisté aux moyens employés pour la faire cesser, a disparu complètement en même temps qu'il survenait des fourmillements dans la main droite ainsi qu'un peu de rigidité.

C'est là où en sont actuellement les choses, M. Debove ayant suspendu pour quelques jours tout traitement jusqu'à ce que vous ayez pu voir le malade.

Enfin, il y a trois jours, le champ visuel a recouvré ses dimensions normales, et il ne reste plus absolument chez cet homme que la contracture de la main.

En raison même des résultats qui ont été obtenus, et bien que le traitement des contractures soit encore mal arrêté, l'on continuera la méthode des aimants employée jusqu'ici, mais du côté droit, pour obtenir un transfert complet. En effet, nous savons que si les phénomènes de contracture peuvent se montrer du côté opposé au côté malade, ils diminuent dans le membre primitivement atteint et finissent même par disparaître complètement. Il ne reste plus alors que le côté primitivement sain à soigner. Dans ces conditions, la contracture déterminée artificiellement cesse facilement à son tour et les malades sont ordinairement guéris tout à fait.

En sera-t-il de même ici? Nous avons tout lieu de l'espérer.

HOTEL-DIEU DE CLERMONT-FERRAND.

M. Fleury.

Fracture du bassin simulant une luxation de la cuisse dans la fosse obturatrice.

(Observation recueillie par M. Chopard, élève stagiaire, et revue par le professeur.)

Le diagnostic différentiel des lésions qui se produisent au niveau des articulations, offre parfois une grande obscurité.

A défaut de symptômes pathognomoniques, les commémoratifs pourraient quelquefois nous mettre sur la voie, mais il est bien peu de malades qui puissent nous donner des renseignements capables de nous éclairer.

La violence du traumatisme, l'ébranlement du système nerveux, leur enlèvent la faculté d'apprécier ce qui se produit au moment de la chute.

Nous avons heureusement, dans les anasthésiques, un agent puissant nous permettant de faire une exploration qui serait impossible sans eux, à la condition, bien entendu, d'agir avec une grande prudence, car souvent la douleur est un signe assez sûr pour nous mettre sur la voie, si nous l'abandonnons; il y a même des circonstances où cette insensibilité, si elle était portée trop loin, pourrait nous induire en erreur. Comme nous l'observons dans la ligature d'une artère accolée à un nerf, l'absence de battements, la coloration uniforme des deux organes, en rendent quelquefois le pincement nécessaire pour savoir quel est celui qui contient le sang.

Il est cependant de la plus grande importance de savoir si un membre est luxé ou s'il est brisé; dans le premier cas, il faut agir de suite, car une temporisation trop prolongée aurait des inconvénients, et d'un autre côté, si nos moyens d'action étaient trop prompts ou trop puissants, nous pourrions augmenter la violence du traumatisme et amener des désordres irréparables.

C'est ce qui aurait pu arriver chez le malade dont nous publions ici l'observation.

Il était tombé violemment sur la hanche, ou peut-être un poids très lourd avait-il frappé cette partie du bassin pendant que la cuisse était écartée du tronc. Y avait-il une fracture de l'os des iles ou du col du fémur? Cet os était-il sorti de sa cavité pour se loger dans le trou obturateur? Nous pouvions le savoir de suite en chloroformisant le malade. D'un autre côté, la lésion des organes situés dans l'excavation pelvienne aurait été aggravée par une traction malencontreuse ; une temporisation de quelques jours ne pouvait pas avoir de grands inconvénients, nous l'avons préférée. Pendant ce temps, nous calmions les douleurs, qui étaient excessives, par des narcotiques employés à l'intérieur sous forme de potions et à l'extérieur au moyen de cataplasmes laudanisés.

L'allongement et la déviation de la cuisse qui était fortement portée dans l'abduction étaient les signes d'une luxation, car dans la fracture, quelle que soit la direction du membre, on observe du raccourcissement.

D'un autre côté, la mobilité du fémur, à sa partie supérieure, pouvait faire croire à une fracture.

Au bout de cinq à six jours, quand nous avons été convaincu qu'aucun des organes situés dans l'excavation pelvienne n'avait été intéressé, nous avons endormi le malade en exerçant de douces tractions sur le membre porté dans une flexion légère, nous lui avons rendu sa forme et sa direction normales.

C'était bien le cas de commencer par les procédés de douceur recommandés par Pouteau et Desprès. S'il y avait eu fracture, ils étaient suffisants ; s'il existait une luxation, on avait toujours le temps d'en venir aux tractions violentes si les premières avaient échoué.

Ces moyens ont réussi, le membre a repris sa forme primitive et sa direction normale, il a été placé dans une gouttière de Bonnet, et nous avons acquis la preuve que la lésion existait dans l'os des iles et que le fémur était intact. —

A dater de ce moment, la douleur a disparu presque complètement.

Le nommé François G..., natif de Villeneuve-sur-Yon, âgé de vingt-quatre ans, faisait, le 14 novembre, les signaux d'usage à l'arrivée d'un train, lorsqu'il fut pris en écharpe par une locomotive qui venait derrière lui assez lentement ; le choc fut néanmoins assez fort pour le lancer à trois mètres en avant sur la voie.

Malgré tous les efforts qu'il fit pour éviter la machine qui avançait sur lui, il ne put réussir et fut saisi par l'épurgeur qui le traîna à dix mètres de là et qui eût continué à le pousser encore sans la prévoyance d'un employé qui s'empressa de faire des signaux d'arrêt.

Le blessé fut immédiatement porté à l'Hôtel-Dieu, où, sur l'avis du médecin de la Compagnie du chemin de fer, des sangsues lui furent appliquées sur la hanche.

Le lendemain, à la visite, nous constatâmes un allongement du membre pelvien du côté droit, qui était fortement porté en dehors.

La hanche correspondante est le siège d'une large ecchymose, au centre de laquelle est une petite déchirure.

La partie supérieure de la cuisse présente une dépression assez profonde et une mobilité telle que l'on pourrait croire à l'existence

d'une fracture sans l'allongement que l'on constate à la vue et au toucher.

Les douleurs sont tellement vives, qu'il est impossible d'imprimer au bassin le moindre mouvement.

Comme il était difficile de savoir dans quel état étaient les organes situés dans l'excavation pelvienne, nous nous sommes bornés à faire de la chirurgie expectante en employant, pour calmer les douleurs, les remèdes dont nous pouvions disposer.

Des cataplasmes arrosés de laudanum ont été appliqués sur la hanche; des potions au chloral, associées à de la morphine, ont été prises dans la journée; et au bout de six jours nous avons pu faire, sous l'influence du chloroforme, la réduction dont nous avons parlé.

Les douleurs ont presque immédiatement cédé, et aujourd'hui, 27 novembre, l'état du blessé est aussi satisfaisant que possible. Il devra rester trente à quarante jours dans sa gouttière.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 décembre 1882. — Présidence de M. Gavarret.

CORRESPONDANCE

La correspondance non officielle comprend :

1° Des lettres de MM. les docteurs Féréol et Charles Brame, qui se portent candidats à la place vacante dans la section de thérapeutique et de matière médicale ;

2° Une lettre de M. le docteur Mascarel (de Châtelleraul), qui pose sa candidature à une place de correspondant dans la division de médecine.

ÉLECTIONS

L'Académie procède par la voie du scrutin à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie médicale.

La commission présente en première ligne M. Potain ; en deuxième, M. Siredey ; en troisième, M. Lecorché ; en quatrième, M. Cadet de Gassicourt ; en cinquième, M. Ball, et en sixième, M. Bouchard.

Le nombre des votants étant de 76, la majorité est de 39.

M. Potain obtient	40	suffrages.
M. Siredey	18	—
M. Ball	12	—
M. Cadet de Gassicourt	3	—
M. Lecorché	2	—
M. Bouchard	1	—

En conséquence, M. Potain, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre titulaire.

RENOUVELLEMENT DU BUREAU ET DU CONSEIL

L'Académie procède ensuite, également par la voie du scrutin :

1° A l'élection d'un vice-président en remplacement de M. Hardy, qui devient de droit président pour l'année 1883.

Le nombre des votants étant de 78, la majorité est de 40.

M. Alphonse Guérin obtient	69	suffrages.
M. Verneuil	4	—
M. Fauvel	2	—
M. Jules Guérin	1	—
M. Noël Gueneau de Mussy	1	—
M. Rochard	1	—

En conséquence, M. Alphonse Guérin, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé vice-président pour l'année prochaine.

2° A l'élection d'un secrétaire annuel en remplacement de M. Bergeron.

Le nombre des votants étant de 69, la majorité est de 35.

M. Proust obtient	41	suffrages.
M. Besnier	12	—
M. Parrot	3	suffrages.
M. Léon Colin	2	—
M. Gariel	1	—
M. Bucquoy	1	—
M. Chéreau	1	—
M. Duplay	1	—
M. Moutard-Martin	1	—

En conséquence, M. Proust, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé secrétaire annuel pour l'année 1883.

3° A l'élection de deux membres du conseil, en remplacement des membres sortants. Sont nommés MM. Hervieux et Maurice Perrin.

LECTURE

De la valeur des injections sous-cutanées d'éther en cas de mort imminente par hémorragie. — M. Hayem. Lorsqu'on fait subir à un chien une hémorragie assez abondante pour déterminer immédiatement l'apparition de grandes convulsions tétaniques, qui sont l'annonce d'une mort fatale et prochaine, les injections sous-cutanées d'éther ne peuvent conjurer le péril et ne sont suivies d'aucune action durable. Cependant, en pareil cas, la transfusion faite avec du sang complet produit une véritable résurrection.

Les résultats sont tout aussi négatifs lorsqu'on retire aux animaux une quantité de sang calculée de telle sorte (1/19 du poids du corps) qu'après l'hémorragie, ils se trouvent dans un état presque à la limite entre la mort et la survie possible.

Dans cette dernière condition d'inefficacité des injections d'éther, non seulement la transfusion du sang complet assure la survie des animaux, mais encore, dans certains cas, le même résultat peut être obtenu par la dilution du sang restant dans l'organisme avec du sérum naturel emprunté à un animal de la même espèce.

Il n'est donc pas exact de dire que la transfusion du sang est une opération inutile, pouvant être remplacée par la stimulation que provoque l'éther employé en injections sous-cutanées.

Cette stimulation ne se traduit d'ailleurs que par un accroissement dans l'énergie des contractions cardiaques et une accélération notable du nombre des pulsations; elle n'entraîne ni élévation de la pression du sang, ni augmentation de la température rectale.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS

Appareil lit-brancard. — M. Bonnefoy (de Roanne), lit la note suivante :

« J'ai l'honneur de présenter à l'Académie un appareil pour le traitement des fractures, la régénération des os, les résections, les coxalgies, et pour toutes les affections osseuses et articulaires des membres inférieurs, du bassin et de la colonne vertébrale. Mon but est de conserver. Envisageant la question non seulement au point de vue de la vie du malade et de la conservation du membre atteint, mais encore au point de vue du parfait rétablissement des fonctions de ce membre, de la rapidité et de la sûreté de sa consolidation sans déformation, du transport du blessé, des soins à lui donner, du bien-être à lui procurer et de l'hygiène à lui faire suivre.

Je me suis donc efforcé d'obtenir un appareil complet et non compliqué. Ma conviction étant que ce n'est pas la simplicité ou l'état complexe d'un appareil qui constitue ses imperfections, mais son insuffisance qui met dans la nécessité d'avoir recours à celui-ci ou à celui-là, selon les cas, selon ce qu'on veut obtenir ; que ce qu'il faut lui demander, c'est qu'il remplisse toutes les conditions désirées, qu'il réponde à tous les cas ; qu'en conservant le membre il n'en supprime pas les fonctions, et que par sa perfection il empêche des opérations sanglantes compromettant la vie des malades ; qu'enfin, quel que soit le nombre de pièces que nécessite sa construction, ce qui est l'affaire du fabricant, qu'il reste simple comme système et facile comme application.

Je ne puis que sommairement indiquer ce que j'obtiens avec cet

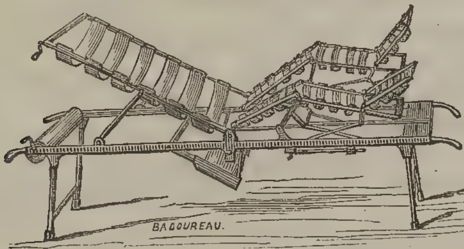
appareil, et en ne m'appuyant, il est vrai, que sur ma propre expérience, mais j'ose espérer qu'on voudra bien me faire l'honneur de l'expérimenter pour avoir celle des médecins faisant autorité.

Fractures. — J'ai une immobilisation immédiate, absolue et assurée dans la coaptation parfaite jusqu'à complète consolidation; et c'est en remplissant les conditions que chaque mot de cette formule exige, que j'ai établi mon traitement complet des fractures.

Pour *immobiliser*, je ne me sers que de bandes dont le système d'application est tel qu'il fournit à mes manœuvres opératoires des moyens prompts et simples, sûrs et précis; ne déterminant ni compression ni déformation, mais un maintien dans tous les sens et en laissant le membre à découvert. Le chirurgien parfaitement à l'aise, assis ou debout, n'a besoin d'aucun aide, et trouve sous la main, par conséquent sur l'appareil même, tout ce dont il a besoin pour opérer.

Le membre peut être mis dans la direction qui convient aux manœuvres; à l'élévation et à l'inclinaison les plus favorables, dans l'extension ou la flexion complètes en passant par tous les degrés intermédiaires que peut demander le chirurgien et que réclame la réduction. En présence des fractures multiples des membres, du bassin et de la colonne vertébrale, l'opérateur agira avec la même facilité et les mêmes ressources du même appareil. Le pansement des plaies, le traitement des complications, n'empêchent pas l'immobilisation, qui, je l'ai dit, doit toujours être *immédiate*.

Mon appareil peut donc facilement être transporté soit en chemin de fer, soit en voiture, soit à bras. Il répond à tous les cas, s'adapte à toutes les grandeurs; sert de lit et de brancard. C'est pourquoi je le désigne sous le nom d'*appareil lit-brancard*.



Cette gravure représente l'appareil sans ses matelas; elle n'en est pour ainsi dire que le squelette. L'espace manquait pour indiquer le système d'application des bandes pour les manœuvres de réduction en tous sens, ainsi que celui, au moyen d'une manivelle, pour l'allongement de la cuisse, de la jambe, les élévations, les inclinaisons, flexions et extensions complètes, en passant par tous les degrés intermédiaires. — Système excessivement simple et très ingénieux donnant une précision mécanique et une certitude mathématique, et immobilisant en même temps qu'il réduit.

Le malade, une fois placé sur l'appareil, sa fracture réduite et immobilisée, n'a plus à changer, à subir de nouvelles manœuvres, et peut se faire transporter où bon lui semble, puisque j'obtiens en même temps que l'immobilisation immédiate une immobilisation *absolue*.

Pour l'obtenir ainsi, j'ai une base solide, immuable, servant à supporter le malade et à y établir mon système de contention dans son entier, de manière à immobiliser le corps dans son ensemble et le membre isolément. De plus, j'ai un appui, doux, mais également immuable, représenté par une ligne traversant le bassin en passant par le centre des articulations coxo-fémorales. Vaste charnière maintenant les deux moitiés du corps dans des rapports de symétrie parfaite tout en les laissant jouer sur elle. Enfin je limite l'effet de l'immobilisation aux fragments et ne rattache pas pour une fracture du fémur, par exemple, l'immobilisation de la cuisse à celle de la jambe, et réciproquement. D'ailleurs, si, au début, il faut immobiliser le membre fracturé en même temps que ses articulations, à un moment donné, il faut pouvoir faire fonctionner ces mêmes articulations; ne serait-ce, sans parler de certains phénomènes physiologiques très importants au point de vue des réparations osseuses, que pour prévenir l'engorgement, l'atrophie, les raideurs articulaires, les ankyloses et autres affections dues au repos longtemps prolongé dans la position horizontale; pour procurer un bien-être au malade qui peut s'asseoir ou se coucher, changer ses positions facilement et sans secousses; pour l'examen des plaies et leur pansement sans craindre de déplacer les fragments. J'ai donc deux immobilisations absolues et indépendantes: l'immobilisation fragmentaire et l'immobilisation articulaire, avec faculté d'annihiler cette dernière et de faire fonctionner les articulations ensemble ou séparément sans le moindre retentissement sur le lieu de la fracture.

Mais il me faut obtenir cette contention absolue dans une *coaptation parfaite*. Pour cela, j'ai donné à mes moyens de réduction en longueur, largeur, épaisseur et rotation, une précision mécanique et une certitude mathématique. De plus, à l'instant même où la coaptation est complète, l'immobilisation devient absolue. Il en est forcément ainsi avec mon système puisque les moyens qui réduisent sont les mêmes qui immobilisent. Aussi puis-je certifier que dans une fracture du fémur, par exemple, j'obtiens la consolidation sans déformation et sans raccourcissement du membre.

Enfin il faut que la coaptation soit parfaite jusqu'à *complète consolidation*. Donc, nécessité de vérifier chaque jour, à chaque instant, l'état de la fracture, et en cas de déplacement y remédier aussitôt: ce que je puis faire avec mon appareil non seulement *de visu*, mais mathématiquement.

L'immobilisation telle que je viens de l'indiquer, ne fait éprouver au malade aucune pression douloureuse, aucune compression dangereuse; il satisfait à ses nécessités sans être obligé de le soulever; ses matelas sont battus et ses draps changés sans le remuer.

Il me reste à formuler en quelques mots ce que me donne mon appareil dans le traitement des autres affections:

Pour les *résections* le chirurgien met le membre dans la position qu'il désire, et cette position est maintenue, ainsi que la direction des fragments suivant leur axe normal, non seulement pendant l'opération, mais après; avec possibilité de faire fonctionner les articulations.

Dans le cas où la *régénération* à distance ne peut se faire, soit à cause de l'âge du malade, soit à cause d'un manque d'irritation de nutrition suffisante ou pour d'autres causes, le chirurgien a la facilité de rapprocher les fragments, et, par des éloignements successifs et répétés à temps voulu, entretenir un travail d'ossification jusqu'à reproduction complète.

Pour les *coxalgies*: redressement immédiat ou graduel du membre; son maintien absolu, ainsi que celui des surfaces articulaires, dans la direction de leur axe normal et dans la position que désire le chirurgien; reconstitution de ces mêmes surfaces par des pressions légères et graduelles, sans avoir à redouter un changement de direction, un déplacement de la tête du fémur maintenue exactement dans la cavité cotyloïde ou à son niveau si elle a été détruite; possibilité de faire pansements et opérations sans nuire à l'immobilité.

Enfin pour toutes les *autres affections osseuses et articulaires* dont le traitement consiste: 1° à mettre les membres et les articulations dans la position la plus favorable à la guérison; 2° à les immobiliser dans la position voulue pendant toute la durée de la période de douleur; 3° à restituer aux articulations leurs mouvements physiologiques dès qu'arrivent la période de rétrocession des phénomènes inflammatoires et la cessation de la douleur, je l'obtins avec mon appareil lit-brancard.

J'ai trois modèles: un de luxe, un second pour les hôpitaux et un troisième pour les ambulances et les accidents de chemin de fer. Chacun d'eux est construit d'après le même système, mais avec des conditions particulières selon sa destination. Ainsi celui pour ambulances a une tente d'un tissu imperméable qui met le blessé à l'abri des intempéries, en attendant le moment de son transport.

La séance est levée.

CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE

Le Ve Congrès international d'Hygiène, qui doit se réunir à la Haye (Pays-Bas) en 1884, délivrera un prix de 2,000 francs, fondé par la Society for the Prevention of Blindness (de Londres), à l'auteur du meilleur mémoire écrit en allemand, anglais, français ou italien, sur *les causes de la cécité et les moyens pratiques de la prévenir*.

Outre ce prix, la Société internationale pour l'amélioration du sort des aveugles se réserve d'accorder, s'il y a lieu, un deuxième prix de 1,000 francs (ou deux de 500 francs) et une médaille en vermeil avec diplôme, aux mémoires qui en seraient jugés dignes par le jury du concours. Ces derniers prix seront décernés à l'occasion du centenaire de la première institution d'aveugles fondée par Haüy, qui sera célébré à Paris en 1884.

Le IVe Congrès international d'hygiène, réuni à Genève en septembre 1882, a adopté pour ce concours le programme suivant, proposé par les donateurs :

1. ÉTUDE DES CAUSES DE LA CÉCITÉ : *a.* Causes héréditaires. Maladies des parents, mariages consanguins, etc. — *b.* Maladies oculaires de l'enfance. Ophtalmies diverses. — *c.* Période d'école et d'apprentissage, myopie progressive, etc. — *d.* Maladies générales. Diathèses, fièvres diverses, intoxications, etc. — *e.* Influences professionnelles. Blessures et accidents. Ophtalmie sympathique. — *f.* Influences sociales et climatériques. Ophtalmies contagieuses. Encombrement. Logements insalubres. Éclairage défectueux, etc. — *g.* Absence de traitement ou traitement défectueux des affections oculaires.

2. ÉTUDIER POUR CHACUNE DE CES CATÉGORIES DE CAUSES LES MOYENS DE PRÉVENTION LES PLUS PRATIQUES : *a.* Législatifs. — *b.* Hygiéniques et professionnels. — c. Éducatifs. — *d.* Médicaux et philanthropiques.

Le jury international, chargé d'examiner et de juger les mémoires des concurrents, se compose des membres suivants :

Allemagne : MM. les docteurs Berlin, professeur d'ophtalmologie, à Stuttgart, et H. Cohn, professeur d'ophtalmologie, à Breslau.

Angleterre : MM. les docteurs M. Roth, secrétaire et trésorier de la Society for the Prevention of Blindness Streatfield, professeur d'ophtalmologie, à Londres.

France : MM. les docteurs Coursserant, médecin oculiste, à Paris, — Fieuzal, médecin de l'hospice des Quinze-Vingts, à Paris, et Layet, professeur d'hygiène, à Bordeaux.

Italie : MM. les docteurs Reymond, professeur d'ophtalmologie à Turin, et Sormani, professeur d'hygiène, à Pavie.

Pays-Bas : M. le docteur Snellen, professeur d'ophtalmologie, à Utrecht.

Suisse : MM. les docteurs Dufour, médecin de l'hôpital ophtalmique, à Lausanne, et Haltenhoff, privat-docent d'ophtalmologie, à Genève, secrétaire du jury.

La Society for the Prevention of Blindness, ainsi que la Société internationale pour l'amélioration du sort des aveugles, se réservent la propriété du ou des mémoires qu'elles auront couronnés et le droit de les publier soit en entier, soit par extraits et en diverses langues pour en faire l'usage qui leur paraîtra utile.

Les mémoires manuscrits et inédits devront être envoyés au soussigné avant le 31 mars 1884.

Chaque mémoire portera en tête une devise, qui sera répétée sur une enveloppe cachetée, contenant les noms, prénoms, qualités et adresse de l'auteur. Les enveloppes ne seront décachetées qu'après la décision du jury.

Genève, le 22 novembre 1882.

Dr HALTENHOFF,
Secrétaire du Jury.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours pour l'internat des asiles publics d'aliénés de la Seine vient de se terminer. Les juges de ce concours étaient : MM. Ball, Dagonet, Falret, Hallopeau, Legrand du Saulle, Magnan et Nicaise. Seize candidats ont pris part aux épreuves.

Sont nommés internes titulaires : MM. Doyen, Duhamel, Dericque et Gaudry, et internes provisoires : MM. Ladoucette, Manière, Dupin et Grenier.

— Le corps de l'internat des hôpitaux de Paris vient d'être cruellement frappé par la mort de M. Gabriel Lecoq, interne à l'hôpital Saint-Louis, décédé le 18 décembre à l'âge de vingt-huit ans.

— M. Giard, professeur d'histoire naturelle à la Faculté de médecine et à la Faculté des sciences de Lille, conseiller municipal, adjoint au maire et président de la loge maçonnique, a été élu dimanche député de la première circonscription de Valenciennes.

Le nouveau député ira grossir à la Chambre le groupe d'extrême-gauche, à la tête desquels se trouvent MM. Henry Maret et de Lanessan, qui, s'intitulant « libertaires », réclament la liberté absolue pour tous.

— Par arrêté ministériel, le nombre des exemplaires de thèses de doctorat dont le dépôt par le candidat est obligatoire, est fixé comme suit pour la durée de l'année scolaire 1882-1883 :

Faculté de médecine de Paris, 160 exemplaires;
Facultés de médecine des départements, 125 exemplaires;
Faculté des sciences de Paris, 136 exemplaires;
Facultés des sciences des départements, 92 exemplaires.

— La Faculté de médecine de Paris sera fermée, à l'occasion des fêtes de Noël et du jour de l'An, les 25 et 26 décembre, les 1er, 2, 3 janvier prochain.

— Par arrêté préfectoral en date du 13 décembre 1882, M. le docteur Kéraval est nommé médecin-adjoint au dispensaire de salubrité, en remplacement de M. le docteur Leroux, démissionnaire.

— L'administration des hospices de Bordeaux vient d'être l'objet de libéralités importantes.

M. Alfred Mareilhac a légué à l'hôpital Saint-André la nue-propriété d'une rente annuelle de 5,000 francs, avec réserve d'usufruit sur une seule tête. — M. le docteur Chansarel a légué au même hôpital la nue-propriété d'une maison évaluée 60,000 francs, avec réserve d'usufruit sur une seule tête. — Mlle Castancau et Mme de Calmels-Puntis lèguent au même hôpital une somme de 10,000 francs. — Enfin Mlle Jeanne Jaubert a légué aux hospices toute sa fortune, évaluée à 225,000 francs.

— *Muséum d'histoire naturelle.* — Sont nommés boursiers de doctorat pour l'année scolaire 1882-1883, à dater du 1er novembre 1882 :

MM. Blanchard (Marcel-Louis), licencié ès sciences naturelles; Paumès (Firmin), licencié ès sciences naturelles, docteur en médecine; Petit (Martial-Louis), licencié ès sciences naturelles; Poirault (Marie-Henri-Georges), licencié ès sciences naturelles; Rouzaud (Henri-Pierre-Jean-Baptiste), licencié ès sciences naturelles; Saint-Loup (Louis-Joseph-Remy), licencié ès sciences naturelles.

— *Faculté des sciences de Besançon.* — M. Zorn, bachelier ès lettres et ès sciences, est chargé des fonctions de préparateur de chimie, pendant la durée du congé accordé à M. Febve, du 1er novembre 1882 au 1er janvier 1883.

— *Faculté des sciences de Bordeaux.* — M. Raulin (Louis), bachelier ès lettres et bachelier ès sciences, est nommé préparateur de géologie, en remplacement de M. Charazac, démissionnaire.

— *Faculté des sciences de Lyon.* — M. Martin (Joanny), bachelier ès sciences, est nommé préparateur adjoint de chimie générale, en remplacement de M. Loir, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté des sciences de Rennes.* — M. Deschamps, licencié ès sciences physiques, est nommé préparateur de chimie, en remplacement de M. Nimier, appelé à d'autres fonctions.

— M. le docteur Bancel, vice-président de l'Association des médecins de Meurthe-et-Moselle, est décédé le 20 novembre, à l'âge de cinquante-neuf ans.

— Nous avons la douleur d'annoncer la mort de notre excellent ami le docteur Penquer (de Brest).

— Nous apprenons la mort de M. George, professeur de médecine légale, à l'École de médecine d'Alger.

— Par décisions ministérielles en date des 30 novembre et 6 décembre 1882, sont nommés membres de la commission spéciale chargée de préparer un nouveau règlement sur le service de santé, en conformité de la loi du 16 mars 1882 et du décret du 27 mai 1882 :

Président : M. le général Fay, commandant la 4e brigade d'infanterie. — Membres : MM. Baratier, sous-intendant militaire de première classe, professeur à l'École supérieure de guerre; Allaire, médecin principal de première classe, médecin en chef de l'hôpital Saint-Martin, à Paris ; Altmayer, chef de bataillon au 5e de ligne ; Chambé, médecin-major de première classe au 74e de ligne, rapporteur ; Schaeuffele, pharmacien-major de première classe, attaché au ministère de la guerre ; Sézary, officier d'administration principal, comptable de l'hôpital du Val-de-Grâce ; Troy, faisant fonctions de sous-chef au bureau des hôpitaux, au ministère de la guerre.

— Il n'existe actuellement, en Hongrie, que deux universités : celle de Budapest et celle de Kolozsvar. On veut en fonder une troisième, sans être encore fixé sur la ville où elle sera créée.

L'université de Budapest a été fondée par Marie-Thérèse en 1780. Dans le cours du deuxième semestre de 1880, le nombre des étudiants se montait à 2,879, dont 807 pour la Faculté de médecine et 84 pour l'École de pharmacie.

L'université de Kolozsvar était fréquentée par 442 étudiants, dont 106 étudiants en médecine, et 53 étudiants suivant les cours des sciences mathématiques, physiques et naturelles.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 13817.

N° 148. — SAMEDI 23 DÉCEMBRE 1882. 55e ANNÉE. SAMEDI 23 DÉCEMBRE 1882. — N° 148.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE



GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de Noël, le journal ne paraîtra pas mardi.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Indépendance fonctionnelle de chaque hémisphère cérébral. — Illusions, hallucinations unilatérales ou bilatérales provoquées.

Dans la conférence faite le 12 décembre, dans son laboratoire, en présence des élèves de son service et d'un groupe de savants, médecins, physiologistes, aliénistes, etc., M. Dumontpallier s'est proposé de démontrer que, dans certaines circonstances déterminées, il est possible de rendre manifeste, par certains procédés, l'indépendance fonctionnelle de chaque hémisphère cérébral et de provoquer isolément ou simultanément des illusions et des hallucinations variées chez le même sujet hypnotisé.

Nos lecteurs se rappelleront que des expériences antérieures rapportées dans la *Gazette des hôpitaux* du 6 juin dernier avaient permis à M. Dumontpallier d'établir que, chez les hystériques, hémianesthésiques, les différents phénomènes des trois périodes principales de l'hypnotisme ne peuvent être provoquées que du côté où la sensibilité existe; que dans les cas où la sensibilité peut être transférée d'un côté du corps à l'autre, les mêmes phénomènes hypnotiques sont transférés du côté devenu sensible, tandis qu'ils cessent d'exister du côté devenu insensible ; que dans les cas où la sensibilité a été maintenue expérimentalement des deux côtés du corps, à des degrés différents, les phénomènes de l'hypnotisme sont, pour chaque côté du corps, proportionnels à la sensibilité existante ; que l'hémianesthésie organique étant croisée, il était rationnel de penser que le siège de l'hémianesthésie hystérique sensorielle et générale est, dans l'hémisphère cérébral opposé aux modifications de la sensibilité et de la motilité ; que cette interprétation trouve sa confirmation dans les observations d'hémianesthésie où une excitation périphérique, limitée à un seul point de la peau, suffit pour rétablir la sensibilité générale et sensorielle dans tout le côté hémianesthésique.

De cette première série de données acquises, il ressort, aux yeux de M. Dumontpallier : 1° que, chez les hystériques à manifestations morbides, unilatérales, un seul hémisphère cérébral est le siège central des troubles fonctionnels périphériques ; 2° que chez les hystériques à manifestations morbides bilatérales, les deux hémisphères cérébraux sont le siège des troubles fonctionnels périphériques.

Il s'agissait, ces conclusions étant admises, de confirmer par de nouvelles expériences cette indépendance fonctionnelle de chaque hémisphère cérébral. Tel a été l'objet des expériences dont M. Dumontpallier a bien voulu nous rendre témoin, et que nous allons résumer.

Nous passerons rapidement sur les expériences dont a été le sujet la nommée G..., hystéro-épileptique, dyschromatopsique à gauche, sensible à la piqûre pour le membre supérieur gauche et le membre inférieur droit, etc. G... étant mise d'emblée en somnambulisme par la pression sur le vertex, on lui commande de prendre les objets nécessaires pour tricoter, placés à sa portée ; elle se met aussitôt à tricoter régulièrement avec ses deux mains.

Une pression exercée sur la partie latérale gauche du vertex arrête les mouvements de la main gauche, la droite seule continuant à travailler. La pression sur le côté droit du vertex arrête les mouvements de la main droite. Une nouvelle pression sur la région médiane du vertex la réveille. Ce qui montre que la pression médiane a eu une action réflexe simultanée sur les deux hémisphères cérébraux, tandis que la pression unilatérale n'a eu qu'une action réflexe unilatérale croisée sur l'hémisphère du côté opposé à celui sur lequel a été exercée la pression.

Ceci n'était que le préliminaire. Voici les expériences qui démontrent la proposition ci-dessus énoncée.

La nommée C..., hémianesthésique gauche pour les régions supérieures du corps et hémianesthésique droite pour les régions inférieures, sous-ombilicale, achromatopsique à gauche, dyschromatopsique à droite, est successivement soumise aux expériences suivantes :

Première expérience. — L'hypnotisme est déterminé par le regard, la malade est en état de léthargie unilatérale droite pour la partie supérieure du corps, ce qui est démontré par la provocation du réflexe cutano-musculaire. Par l'action de la lumière sur les yeux, elle est mise en ca-

talepsie unilatérale droite. En exerçant une pression sur la région médiane du vertex, on provoque le somnambulisme unilatéral droit. Les mouvements commandés ne sont exécutés que par le bras droit. Réveil par le procédé employé pour provoquer le sommeil.

Deuxième expérience. — On applique sur la région frontale gauche une plaque métallique (aluminium et or sur la surface en contact avec la peau). Après trois minutes de contact, le transfert est produit et la sensibilité générale et spéciale est transmise à gauche. La malade a la perception des couleurs, des odeurs, du son et des saveurs, à gauche. On provoque successivement chez elle la léthargie, la catalepsie et le somnambulisme pour la partie supérieure gauche du corps, tandis que le côté droit reste inerte.

De ces deux premières expériences il ressort que l'hypnotisme n'a manifesté ses effets que du côté du corps où existait actuellement la sensibilité générale et sensorielle, et comme la sensibilité perçue et la motilité voulue ont leur centre dans l'hémisphère cérébral opposé, il en résulte que l'excitation périphérique qui a ramené la sensibilité et la motilité dans le côté du corps paralysé, n'a pu le faire qu'en agissant sur l'hémisphère opposé. Donc le transfert de l'activité cérébrale a eu lieu de l'hémisphère gauche à l'hémisphère droit.

Troisième expérience. — La malade étant réveillée, M. Dumontpallier a constaté que la sensibilité du côté gauche avait de la tendance à passer au côté droit du corps; alors, avant que ce transfert spontané ne fût complet, l'expérimentateur a appliqué une plaque métallique de chaque côté du front, et bientôt la sensibilité s'est trouvée reportée des deux côtés du corps.

Cela étant, tous les phénomènes des trois périodes de l'hypnotisme ont été expérimentalement constatés pour les deux côtés.

Cette troisième expérience démontre qu'en fixant la sensibilité des deux côtés du corps par l'application des plaques sur les deux côtés du front, on a déterminé et on a maintenu l'excitation périphérique nécessaire à l'activité de chaque hémisphère cérébral.

L'indépendance fonctionnelle de chaque hémisphère cérébral étant établie par les expériences précédentes, M. Dumontpallier a voulu voir s'il ne serait pas possible de déterminer simultanément : 1° dans la période cataleptique, des phénomènes de suggestion différents pour le côté droit et pour le côté gauche du corps; 2° dans la période somnambulique, des illusions et des hallucinations différentes pour chaque hémisphère cérébral.

C'est l'objet des expériences suivantes.

Quatrième expérience. — La malade est mise en catalepsie. M. Dumontpallier pose l'extrémité des doigts de la main gauche de la malade sur ses lèvres, et il imprime au bras gauche le mouvement d'envoyer des baisers avec la main; la malade répète aussitôt ces mouvements, en même temps que le côté gauche de la figure s'épanouit et prend l'expression du sourire. Pendant ce même temps, il donne au bras et à la main du côté droit l'attitude d'une personne qui repousserait un objet, une image qui lui ferait horreur, la malade conserve cette attitude et le côté droit de son visage prend l'expression de la terreur.

Le visage de la malade offre en ce moment ce spectacle étrange d'une expression double, tout à fait opposée et qui est en rapport de chaque côté avec l'attitude imprimée aux membres.

Dans cette expérience, l'acte musculaire de chacun des côtés a suggéré dans l'hémisphère opposé du cerveau une perception qui s'est traduite par une expression hémilatérale corrélative de la face.

Cette même quatrième expérience a été répétée en donnant au membre supérieur gauche le geste de l'adieu et au membre supérieur droit le geste du commandement. Le visage du côté droit a pris alors l'expression sévère d'une personne qui donne un ordre impérieux, pendant que du côté gauche il traduisait une expression douce et bienveillante.

Cinquième expérience. — Après avoir constaté que le malade avait sa sensibilité générale et sensorielle intacte, que son cerveau percevait très nettement toutes les impressions périphériques, que le sens du goût, en particulier, conservait son intégrité, M. Dumontpallier dépose alternativement sur chacun des côtés de la langue une goutte d'eau, dont la malade accuse la sensation de contact et la saveur, il recommence l'épreuve, en déposant une goutte d'eau sur le côté droit de la langue, mais en lui disant qu'elle se trompait, que ce n'était pas de l'eau, que c'était du rhum qu'il lui avait donné. « C'est vrai, c'est du rhum, » répétait-elle. Dans d'autres épreuves successives, tout en continuant à verser de l'eau, tantôt sur un côté, tantôt sur l'autre côté de la langue, mais en donnant chaque fois à cette eau une qualification différente, telle que celle de coloquinte, d'eau sucrée ou de sirop, on provoque l'illusion voulue chez la malade qui accuse la sensation du rhum, de la coloquinte ou du sirop et exprime par sa physionomie aussi bien que par sa parole que c'est fort, que c'est amer ou que c'est doux. Il arrivait même un moment où elle avait à la fois la perception de deux sensations différentes et exprimait son étonnement qu'on lui mît quelque chose de fort sur un côté de la langue et quelque chose de doux sur l'autre côté. Il y avait, dans ce cas, une double perception cérébrale fausse, illusoire, dont le point de départ avait été une sensation gustative vraie, mais distincte pour chaque côté de la langue.

Semblable expérience a été faite pour l'organe de l'odorat, avec le même résultat. Un flacon ne contenant que de l'eau, passé successivement sous le nez de la malade, sous des dénominations différentes, provoquait la perception illusoire de telle ou telle odeur désignée.

Dans ces expériences, une sensation réelle avait été l'occasion d'une illusion. Mais il a été possible chez cette même malade de créer d'emblée de véritables hallucinations du goût ou de l'odorat, sans excitation sensorielle préalable, en lui disant qu'elle avait des flacons d'odeur différente dans chaque narine ou des substances sapides sur la langue, et elle avait alors la perception d'odeurs et de saveurs diverses.

— Nous arrivons aux illusions et aux hallucinations de la vue et de l'ouïe.

La malade étant toujours dans la période somnambulique de l'hypnotisme, elle entend les airs d'une boîte à musique, elle marque la mesure et son visage témoigne la satisfaction qu'elle éprouve, et elle répète ces airs à voix basse. On applique un linge plié en plusieurs doubles sur l'oreille

droite, et l'expérimentateur, se mettant à gauche de la malade, décrit un tableau champêtre ; la malade voit tout ce qu'on vient de lui décrire et elle continue le tableau, mettant en scène les personnages et décrivant leurs actes et leurs gestes. Pendant qu'elle développe son idylle, on enlève le linge appliqué sur l'oreille droite et on décrit une scène de chasse au sanglier, les chiens donnent de la voix, des jeunes gens armés de lances attendent la bête au passage, le sang coule, un chasseur est renversé, etc. ; la malade est effrayée. « Assez, dit-elle, cela me fait horreur », et le côté droit de son visage exprime la frayeur, tandis que le côté gauche continue à exprimer la douce satisfaction de la vue du tableau champêtre. Alors on lui demande, en s'adressant alternativement à l'une et à l'autre oreille, de retracer les épisodes de cette double hallucination de la vue dont le point de départ a été dans l'organe de l'ouïe, et elle retrace la scène champêtre et la scène de chasse en conservant sur chaque côté du visage l'expression en rapport avec chacun des tableaux qu'elle continue à voir.

Après un instant de repos, on demande à la malade si elle n'entend pas dans le lointain une musique militaire. « Oui, » dit-elle, en prêtant l'oreille, et elle chantonne l'air qu'elle entend. Ne voit-elle pas des soldats, des officiers? Oui ; elle décrit leurs costumes, elle dépeint même la physionomie de quelques-uns. Il est une chose qu'elle ne comprend pas, c'est qu'ils ont des pantalons noirs avec des tuniques bleues : elle ne connaît pas cet uniforme-là. — Il ne faut pas oublier qu'elle est dyschromatopsique ; elle ne distingue à l'état de veille que le vert et le bleu. —

L'un des assistants demandait s'il est possible de créer en même temps chez cette femme des hallucinations de la vue d'un côté, et des hallucinations de l'ouïe de l'autre côté. M. Dumontpallier, pour répondre à cette question, retrace brièvement à l'oreille gauche de la malade le tableau champêtre de tout à l'heure, et elle reprend aussitôt la suite de sa description. Au même moment, se portant du côté de l'oreille droite, il imite avec la voix le bruit d'une fusillade : la malade recule effrayée, ce bruit lui fait mal, lui fait horreur, et le côté droit de la face exprime l'effroi, tandis que le côté gauche continue à sourire.

M. Dumontpallier a terminé cette conférence par une remarque physiologique et anatomique qui ressort de ces expériences. On sait qu'il existe encore une grande hésitation chez les anatomistes sur les origines réelles des racines des nerfs olfactifs et que leur entre-croisement, seulement soupçonné, n'a pas encore été démontré anatomiquement chez l'homme. Or, dans ces expériences sur la transmission croisée des impressions sensitives périphériques aux centres cérébraux, les nerfs olfactifs et les nerfs acoustiques se sont comportés de la même manière que les autres nerfs sensitifs. La physiologie expérimentale démontre donc l'entre-croisement total ou partiel des nerfs olfactifs et acoustiques, comme celui des nerfs optiques. Du reste, ajoute M. Dumontpallier, la démonstration est facile à faire en recourant au procédé du transfert. Il suffit, en effet, chez une hystérique hémianesthésique générale, en état de veille ou en état hypnotique, de transférer la sensibilité d'un côté du corps à l'autre côté, au moyen de courants continus faibles ou au moyen de plaques métalliques, pour constater que les organes de l'odorat et de l'ouïe cessent d'être sensibles ou deviennent sensibles en même temps que les organes de la vision, du goût, que les muqueuses et la peau. Enfin l'observation clinique confirme cette démonstration en nous faisant voir chez des sujets atteints d'hémianesthésie cérébrale, avec lésion de la capsule interne, la perte de l'ouïe et de l'odorat du côté où existe l'hémianesthésie visuelle, gustative et cutanée.

Ajoutons que, si l'anatomie n'a pas encore démontré effectivement l'entre-croisement des nerfs olfactifs chez l'homme, elle l'a démontré du moins chez quelques animaux. C'est ainsi que M. Mathias Duval nous a dit, à cette occasion, avoir constaté le chiasma des nerfs olfactifs avec autant de netteté que celui des nerfs optiques chez des animaux à petits cerveaux et à organes olfactifs très développés tels que les taupes. Il ne doute pas, quant à lui, qu'il en soit de même chez l'homme, malgré la difficulté extrême de s'en assurer. M. Frank a fait aussi la même observation sur plusieurs espèces animales dans l'article Olfaction du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. Nous y renvoyons les lecteurs qui désireraient fixer leur opinion sur ce point. Pour nous, la démonstration physiologique prévaut sur la démonstration anatomique.

Injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine dans les hernies étranglées.

Dans les numéros du 25 mars et du 27 mai de la *Gazette des hôpitaux*, nous avons exposé quelques faits que nous avait communiqués M. le docteur Philippe (de Saint-Mandé), relativement à l'efficacité des injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine dans les hernies étranglées. Frappé de l'importance pratique de la méthode si son efficacité se confirmait, M. le docteur A. Mothe, de Monfert (Gers), résolut de l'expérimenter à la première occasion. Le hasard l'ayant servi à souhait, voici le résultat qu'il a obtenu de sa première tentative et dont il a bien voulu nous transmettre la relation.

« Le 20 juin dernier, à huit heures du soir, nous écrit notre confrère, je fus appelé à donner mes soins à Mme C..., âgée de trente ans.

La malade m'apprend que depuis vingt-quatre heures, elle a des coliques extrêmement violentes accompagnées de vomissements qui, alimentaires au début, étaient depuis midi bilieux. Pas de garde-robes, pas d'émission de gaz par l'anus depuis la veille. Mme C... me montre aussitôt, à la région inguinale droite, une tumeur un peu moins grosse qu'un œuf de poule. Je n'eus pas de peine à diagnostiquer une hernie inguinale étranglée. Je dois ajouter que la tumeur s'était montrée pour la première fois quelques instants avant les premières coliques. La tumeur est douloureuse, néanmoins la malade supporte courageusement une première séance de taxis d'une durée de quinze minutes. Après vingt minutes de repos, seconde séance de taxis d'un quart d'heure. Bien qu'une force considérable ait été déployée, l'insuccès est complet. Sachant par expérience que ces petites hernies inguinales sont trop souvent invinciblement irréductibles, je ne cache pas à la famille la gravité de la situation. J'ajoute que si les quelques moyens qui me restent à employer ne réussissent pas, il faudra pratiquer une opération sanglante. Un des moyens auxquels je faisais allusion était les injections hypodermiques de chlorydrate de morphine. J'injecte, séance tenante, un centigramme de ce sel un peu au-dessus de la tumeur, dans la région iliaque droite. A part moi, je ne comptais pas beaucoup sur le succès. Peu à peu cependant les coliques, qui étaient violentes auparavant, diminuèrent pour s'éteindre complètement, les vomissements cessèrent

également; trente minutes après l'injection, la malade me déclara que « de l'enfer je l'avais transportée en paradis ». La tumeur est moins douloureuse; je pratique le taxis, et, en moins de trente secondes, la hernie se réduit presque sans effort, à la grande joie de la malade et des assistants anxieux. Ma joie, quoique intérieure, n'en est pas moins vive.

« Cette observation, ajoute notre confrère, est pour moi une preuve certaine de l'efficacité des injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine dans les hernies étranglées. Et, le cas échéant, je m'imposerai cette pratique comme un devoir rigoureux. Il est bien entendu que, pas plus que le docteur Philippe, je n'attribue aux injections de morphine un caractère d'infaillibilité. Mais je suis d'avis que le médecin qui, la connaissant, négligerait une pratique aussi simple qu'inoffensive, serait plus qu'imprudent. »

ETIOLOGIE DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE

Par le Dr J. Meissonnier.

L'épidémie que nous traversons a fait remettre encore une fois à l'ordre du jour des sociétés savantes la question de l'étiologie de la fièvre typhoïde.

Parmi les diverses opinions émises sur ce sujet, celle qui compte le plus grand nombre de partisans, — en attendant qu'elle rallie tous les suffrages, — c'est la croyance à l'origine fécale de la maladie.

Les faits viennent, chaque jour, donner plus de force à la théorie naturelle qui explique la transmission de l'élément pathogénique de la fièvre typhoïde par les eaux potables impures, souillées par les déjections des malades.

Au mois de mai 1879, M. le docteur Lécuyer (de Beaurieux) a démontré cette transmission par des faits nombreux, devant la Société de médecine publique, et il a formulé ainsi le résultat de ses observations :

« La fièvre typhoïde est éminemment contagieuse et se propage principalement par les cours d'eau; ce sont surtout les matières fécales, finissant par s'infiltrer dans les eaux potables, qui sont les agents de la transmission. »

Les médecins doivent-ils accepter cette conclusion, propre à éclairer un point de l'histoire des fièvres éruptives longtemps resté obscur? Oui, ils doivent l'accepter, parce qu'elle est déduite logiquement, selon les règles établies par les livres classiques. En effet, dans son *Traité de pathologie interne*, le professeur Grisolle a écrit :

« La question de la contagion ne peut être étudiée que dans les petites localités, où tout le monde se connaît, où le même médecin, voyant tous les malades à plusieurs lieues à la ronde, peut suivre pas à pas le début et le mode de propagation des maladies. »

C'est dans ces conditions particulières, prévues et indiquées par le maître, que se trouvait le docteur Lécuyer (de Beaurieux) lorsqu'il a enregistré les faits indiscutables établissant que la fièvre typhoïde se transmet par les eaux.

La constatation qui précède, tous les praticiens le savent, n'est pas unique dans l'histoire de la fièvre typhoïde. La plus curieuse est peut-être celle qui a été faite par M. le docteur Baraduc, dans une localité du Puy-de-Dôme, appelée Mons, et divisée en deux villages : Mons-le-Haut et Mons-le-Bas. Dans le village d'en haut, où jaillit une source qui abreuve le village d'en bas, un cas de fièvre typhoïde se produit, et les linges du malade sont lavés dans une mare avoisinant la source. Au bout de peu de temps, alors que le village d'en haut (qui ne boit pas de cette eau, et qui a servi de point de départ au mal), ne présente à l'épidémie qu'un seul cas peut-être douteux, le village d'en bas est décimé et près de la moitié des habitants sont atteints. Pour que la preuve soit plus forte, une seule maison est épargnée dans Mons-le-Bas, et cette maison se trouve précisément être la seule qui possède une source à part, qui n'a pu être contaminée.

La *Gazette des hôpitaux* enregistrait (12 décembre 1882) un exemple encore plus probant, communiqué à la Société médicale des hôpitaux par M. le docteur Dionis des Carrières (d'Auxerre). En étudiant la marche de la fièvre typhoïde dans le chef-lieu de l'Yonne, M. le docteur Dionis est arrivé à faire voir que les quartiers éprouvés par l'épidémie sont ceux qu'alimentait une source infectée, tandis que les quartiers épargnés sont ceux qui recevaient d'autres eaux potables.

Ces faits expliquent le cri d'alarme poussé par M. N. Gueneau de Mussy à l'Académie de médecine, au sujet des eaux absorbées par les Parisiens. Pour l'honorable académicien, l'eau de Seine ne vaut rien, l'eau de l'Ourcq pas davantage; quant aux eaux de la Dhuys et de la Vanne, elles vaudraient un peu mieux, mais, par malheur, elles sont trop souvent mêlées aux eaux impures de l'Ourcq ou de la Seine, prises en aval de Paris, toutes chargées de détritus organiques. D'après M. Gueneau de Mussy, filtrer de telles eaux ne suffit pas, il faut les faire bouillir avant de les boire.

Cette méthode est radicale, nous en convenons, mais elle ne sera probablement pas du goût de tout le monde. Au lieu de porter à l'ébullition un liquide soupçonné de contenir des germes morbides, — ce qui donne un breuvage des plus insipides, — ne serait-il pas plus simple de faire usage d'une eau naturelle agréable, garantie vierge de toute altération pathologique?

L'eau minérale de Saint-Galmier-Badoit, que l'on trouve aujourd'hui partout, nous paraît parfaitement apte à remplacer les eaux douteuses servies aux habitants des villes. En même temps qu'elle met à l'abri de la contagion par sa pureté absolue, elle contient tous les éléments minéraux propres à régulariser doucement l'exercice des fonctions digestives; c'est pourquoi, rééditant un conseil déjà donné par Dupasquier, Pétrequin, Munaret, Amédée Latour, etc., nous recommandons la vulgarisation de l'eau de Saint-Galmier-Badoit à tous les hygiénistes soucieux de mettre à profit les enseignements de la science étiologique.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 20 décembre 1882. — Présidence de M. L. Labbé.

COMMUNICATIONS

Désenclavement des nerfs comprimés dans un cal. — M. Delens, à l'occasion de la communication faite dans la dernière séance par M. Trélat, rappelle l'observation analogue qu'il a présentée en 1879 et la thèse qui a été faite sur ce sujet à la fin de la même année par M. Lablancherie, thèse contenant, avec cette observation de M. Delens, celle d'Ollier en 1865, d'Oxthone en 1877, de Tillaux en 1878.

Fibrome du col utérin. — M. Desprès fait un rapport sur un travail de M. Roustan (de Montpellier), relatif à l'ablation d'un énorme fibrome de la lèvre postérieure du col utérin par la ligature élastique; M. Desprès pense, vu l'absence de détails, que, dans ce cas, il s'agissait d'un polype intra-utérin sorti de la cavité utérine.

M. Pozzi fait observer que les fibromes interstitiels de la lèvre postérieure du col ne sont pas aussi rares que semble le croire M. Desprès. M. Pozzi rappelle en avoir opéré un semblable qui présentait la forme et les dimensions d'un énorme pénis en érection. Il l'enleva par énucléation. Il croit, en effet, que l'énucléation est une méthode bien préférable à la ligature ou à l'écrasement et bien moins dangereuse. Avec la ligature, on risque de placer le fil au delà du pédicule et de lier le col lui-même.

Gouttière à suspension. — M. Desprès fait un rapport sur la boîte à suspension de M. le docteur Philippe (de Saint-Mandé). C'est, dit-il, une gouttière qui ne diffère pas beaucoup des autres appareils de même genre et qui exige, comme le fait remarquer

l'auteur, que le chirurgien surveille chaque jour la coaptation ; ce qui prouve, ajoute M. Desprès, que le membre fracturé ne trouve pas dans cet appareil une contention suffisante.

Rupture de l'urètre. — M. **DESPRÈS** fait un troisième rapport sur une observation de M. le docteur Piedval, relative à un cas de rétention d'urine par une rupture probable de l'urètre, pour laquelle on fit successivement le cathétérisme sans succès, une boutonnière périnéale et enfin la taille hypogastrique, dont le malade d'ailleurs guérit très bien. M. Desprès pense que cette dernière opération était inutile et qu'une simple incision au périnée devait suffire.

Troubles nerveux consécutifs à une fracture du crâne. — M. **PERIER** fait un rapport sur une observation de M. le docteur Guermontprez (de Lille), dans laquelle il s'agit de troubles nerveux tardifs consécutifs à une fracture du crâne et guéris par des émissions sanguines répétées. Il s'agit d'un chauffeur qui se fit une fracture du frontal. Quatre mois après, ce malade était amaigri, souffrait beaucoup de la tête et de la région lombaire, était pris souvent de lipothymies. Des saignées locales renouvelées à intervalles irréguliers firent disparaître complètement les douleurs de tête et les douleurs lombaires. Il est bien évident, dans ce cas, que c'est aux émissions sanguines locales qu'a été due la guérison.

Amputation ostéoplastique du pied. — M. **LE FORT** lit un rapport sur un travail de M. le docteur Follet (de Lille), qui pratiqua deux fois avec succès l'amputation ostéoplastique du pied ou l'amputation de Pyrogof modifiée par M. Le Fort.

Dans une de ces deux opérations, M. Follet pratiqua la suture osseuse, c'est-à-dire la suture du calcanéum avec le plateau inférieur du tibia au moyen d'un fil de fer traversant le calcanéum, pénétrant dans le tibia et sortant, d'un côté, sur la face antérieure de la jambe où il fut fixé à l'aide d'un tube de Galli et, de l'autre côté, sous le talon où il fut maintenu à l'aide d'une plaque métallique.

Cette suture osseuse est-elle nécessaire ? M. Le Fort ne le pense pas, puisqu'il s'en est toujours passé et qu'il a presque toujours obtenu la réunion sans cela. Est-elle utile ? Il est tenté de répondre affirmativement en présence du fait de M. Follet aussi bien qu'en présence des nombreux faits qui ont été publiés en Allemagne, en particulier par M. Hahn qui se sert, pour ces cas, d'un gros clou d'acier. Comme a pu le constater M. Chaput, l'interne de M. Le Fort, dans un voyage qu'il a fait récemment en Allemagne, ce procédé donne, paraît-il, de très bons résultats. Ces clous d'acier sont laissés en place pendant un mois et, très peu de temps après, les malades ne présentent aucune cicatrice au talon.

M. **VERNEUIL** serait disposé à croire que, dans cette opération, la suture osseuse peut être utile. En effet, chez un malade auquel M. Terrillon a pratiqué cette opération, dans son service de la Pitié, la cicatrisation des parties molles s'est bien faite, mais le fragment calcanéen ne s'est pas soudé au tibia, il est resté flottant et se renverse au point de gêner beaucoup la marche. Ce fait semble montrer la nécessité de recourir à la fixation des deux os.

M. **LUCAS-CHAMPIONNIÈRE**, en présence des résultats obtenus en Allemagne, est tout disposé, dans ces sortes d'opérations, à pratiquer la suture osseuse.

M. **DESPRÈS** dit qu'il importerait de savoir combien de temps les malades de M. Le Fort ont mis à guérir, et combien de temps ont mis ceux des Allemands. En principe, M. Desprès croit que la bonne chirurgie doit être opposée à la présence de corps étrangers dans les os.

M. **LUCAS-CHAMPIONNIÈRE** fait observer que c'est aujourd'hui un fait bien connu que les corps étrangers métalliques placés dans les os n'entraînent pas de suppuration, sauf de très rares exceptions.

M. **PERIER** a un malade auquel il a fait la suture du fémur et qui possède, dans son os, un centimètre de gros fil de fer cassé sans en ressentir aucun inconvénient.

M. **TRÉLAT** dit que les fils de fer s'oxydent et sont destinés à se détruire.

M. **CHAUVEL** rappelle la thèse qui a été faite, en 1871, par M. Paguet (de Metz), actuellement à Évreux, sur la suture osseuse.

M. **DESPRÈS** persiste à préférer ne pas introduire de corps étrangers dans les os, d'autant plus que la soudure des os est la règle.

M. **LE FORT** a obtenu le plus souvent la réunion par première intention du calcanéum avec le tibia, mais il s'est toujours fortement préoccupé de maintenir une parfaite immobilité. Quoi qu'il en soit, en présence de quelques faits exceptionnels, comme celui de M. Verneuil, en présence du peu d'inconvénients observés en Allemagne à la suite de la suture osseuse, M. Le Fort se demande s'il ne serait pas préférable de la pratiquer dans tous les cas. Il est bien disposé à y recourir à l'avenir.

Induration des corps caverneux. — M. **TRÉLAT**, à l'occasion de la communication faite dans la dernière séance par M. Verneuil sur la relation de cette affection avec la glycosurie, se rappelle avoir rencontré deux fois cette maladie : une fois en 1867, chez un homme de 58 ans présentant une induration dorsale médiane qui gênait beaucoup l'érection, et contre laquelle tous les traitements employés sont restés sans résultats ; une seconde fois en 1869, chez un malade plus âgé dont la verge était très déformée et présentait une courbure considérable à concavité supérieure. Tous les traitements ont été également inefficaces.

M. Trélat ne s'est pas assuré si ces malades présentaient ou non de la glycosurie.

M. **MONOD** observe en ce moment un homme de 60 ans qui présente sur la ligne médiane, à la région dorsale de la verge, une induration des corps caverneux, d'une forme losangique. Le malade est gêné pendant l'érection. M. Monod a fait examiner les urines, il n'y avait pas de traces de sucre.

M. **LE FORT** a rencontré trois cas d'induration sur les parties latérales des corps caverneux, chez des sujets plus jeunes que les précédents. Mais ce sont là les nœuds de la verge décrits par Boyer. Tous les traitements sont également inefficaces contre cette affection qui, dans quelques cas rares, a disparu spontanément.

M. **DESPRÈS** a observé deux fois des nœuds des corps caverneux ; dans un de ces deux cas, l'autopsie a pu être faite et a montré qu'il s'agissait d'une sclérose des corps caverneux.

M. **VERNEUIL** fait observer que les indurations des corps caverneux dont il a parlé et les nœuds de la verge sont deux affections absolument distinctes et entre lesquelles il n'y a pas de confusion possible.

Ostéite tuberculeuse ou carie des os. — M. **POULET**, au nom de M. Kiener et au sien, lit une note sur ce sujet. Pour eux, ces deux affections, séparées depuis 1836 par Nélaton, ne sont qu'une seule et même maladie. Ils ont constamment retrouvé les caractères du tubercule dans la carie, tandis qu'ils n'ont pu reconnaître la dégénérescence graisseuse des corpuscules osseux, regardée comme la lésion caractéristique de la carie.

Les tubercules osseux se présentent sous trois formes au point de vue de leur évolution : 1° le tubercule primitif et chronique qui aboutit à la nécrose d'une portion limitée du tissu osseux et à la formation d'une caverne contenant un séquestre ; 2° le tubercule tardif à évolution rapide, envahissant, qui se développe dans un organisme épuisé et dans un squelette déjà altéré et graisseux ; la carie fougueuse classique, sorte d'ulcère de l'os, appartient à cette forme ; 3° l'ostéite tuberculeuse aiguë, qui est l'analogue de la pneumonie caséeuse aiguë.

Avant de poser les indications thérapeutiques, les auteurs pensent qu'il faut étudier ces formes au point de vue clinique et apprendre à les reconnaître. D'une façon générale le tubercule primitif et chronique est curable par des opérations partielles (évidement, extraction de séquestres, grattage), tandis que la forme tardive et rapide comporte déjà des opérations plus radicales, des résections et même le sacrifice des membres.

(Comm. : MM. Chauvel, Lannelongue et Nicaise.)

Thyroïdectomie. — M. SCHWARTZ communique une observation de goitre unilatéral polycistique. Thyroïdectomie, guérison rapide.

(Comm. : MM. Delens, Th. Anger et Richelot.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — Le concours de l'internat s'est terminé mercredi soir. Ont été nommés :

A. Internes titulaires : MM.

1. Hallé, Charles, Barbier, Dubief, Brunon, Mérigot de Treigny, Barbillion, Denucé, Boiffin, Guillet.

11. Notta, Ménétrier, Clado, Crespin, Carlier, Florand, Roger, Cayla, Belin, Largeau.

21. Moussous, Varnier, Blanc, Chaslin, Festal, Jeanton, Delon, Gellé, Lubet-Barbon, Renaud.

31. Larmand, Gilly, Toupet, Vigneron, Pignol, Berbez, Achard, Dubreuilh, Blocq, Weber.

41. Broussolle, Vallin, Braine, Bouttier, Schachmann et Berthod.

B. Internes provisoires : MM.

1. Hischmann, Potocki, de Tornery, Budor, Belin (Joseph), Aurière, Martin de Gimard, Favrel, Raymond, Thouvenet.

11. Demoulin, Derville, Lauth, Jeanselme, Wins, Champeil, Leclercq, Crivelli, Engelbach, Chochon-Latouche.

21. Despréaux, Villar, Didier, Ribeton, Jacquet, Cahn, Godet, Girode, Ressein, Dumoret.

31. Demars, Peraire, Duroselle, Lavic, Lepage, Costilhes, Duchon-Doris, Bocquet, Camescasse, Berne.

41. Butraille, Dautel, Leflaive, Courtade, Gomet-Lévy.

— Les dernières questions données à l'épreuve orale du concours de l'internat ont été : 1° l'endocarde et l'angine de poitrine ; 2° la veine-porte hépatique ; signes et diagnostic des kystes hydatiques du foie ; 3° la prostate ; signes et diagnostic des calculs vésicaux ; 4° le nerf facial et les fractures du rocher ; 5° l'articulation tibio-tarsienne et le mal perforant du pied ; 6° la circulation rénale ; symptômes et diagnostic de la colique néphrétique ; 7° piemère cérébrale ; signes et diagnostic des tumeurs cérébrales.

— *Hôpitaux de Paris.* — Le concours de l'externat vient de se terminer, les élèves en médecine dont les noms suivent ont été nommés. Ce sont : MM.

1. Widal, Plique, Toupet, Méry, Grattery, Belin, Favrel, Drouet, Chartier, Ménéault.

11. Jaworowski, Lejars, Derégnaucourt, Despréau, Batailhard, Laffilte, Renault, Budor, Gomet, Larmand.

21. Pignol, Semmelaigne, Barraud, Laguesse, Mosny, Didier, Dieu, Michaut, Polguère, Benoît (Henri-Léon).

31. Herck, Vimont, Deroche, de Tornery, Garnier, Lavic, Notta, Massaloux-Lamonnerie, Jacquinot, Mathieu dit Sicaud.

41. Luzet, Nicolle, Nourric, Parmentier, Crivelli, Courbarien, Malingre, Charon, Foubert, Florand.

51. Weber, Coffin, Alcindor, Lesage, Letellier, Maurin, Sauvage, Sauvineau, Boquin, Sebileau.

61. Thierry (Adrien), Calot, Mlle Edwards, Dutil, Munschina, Mlle Klumpke, Huvêlo, Bouley, Gelez, Gillet.

71. Lallemand, Taurin, Melchior Robert, Villard (Maurice), Rioblanc, Dumont, Doublet, Gautier, de Grandmaison, Lasserre.

81. Loumeau, Vaquez, Wuillemin, Bataille, Bouisson, Demars, Courtois, Cacarrié, Claude, Macquart.

91. Vazeille, Leguy, Bich, Alphandery, Benoît (Auguste), Baumgartner, Godard, Couture, Thoumas, Meunier.

101. Guérard, Grenier (Louis), Colle, Robillard, Wickham, Levillain, Jouanny, Rendon, Lamarre, Soto.

111. Roche, Guillaume, Frottier, Chauveau, Gilly, Dautigny, Marquezy, Jallard, Santoni, Thierry (Frédéric).

121. Rochefort, Wurtz, Clarot, Chochon-Latouche, Duchastelet, Mantel, Grenier (Jean), Jeanselme, Debrigode, Cœur.

131. Raoult, Courcenet, Guimarais, Fauchon, Riocreux, Revertegat, Clinciano, Delattre, Bernard, Torrès y Mendiola.

141. Tostivent, Hernandez y Mederos, Galland, Lefèvre, Rouch, Nivière, Wallerand, Bibard, Colin, Cohen.

151. Cocu, Barré, Legrix, Humblot, Basset, Hennocque, Marcel, Lefebvre, Laskine, Dutremblay.

161. Ruissen, Matton, Collin, Guiot, Leclerc, Binant, Durieux, Martin, Morin, Bordes.

171. Grenet, Burucua, Lambert, Petit, Chevassus, de Campos-Salles, Lamarque, Gilis, Cédié, Hurtret.

181. Para, Macon, Moy, Geoffroy, Legros, Charpin, Desforges, Leleu, Paterne, Perrier.

191. Skunier, Bourdon, Gauthier, Baudier, Regnault, Dupré, Reblaut, Willard (Jean), Weill, Leriche.

201. Cassine, Bourdin, Maurel, Ansaloni, Breda, Ribbe, Maréchal, Dumoret, Minard, Sertlet.

211. Charrier, Caravias, Grassin, Laroche, Testaz, Delagenière, Delalande, Heitz, Motheau, Ribet.

221. Mayor, Chuquet, Bosviel-Grellety, Delaborde, Legendre, Pernel, Richer, Ibert, Tuillent, Lamotte.

231. Galy, Dassieu, Escarras, Sebillon, Pilliet, Boisleux, Strœber, Franc, Rouffignac, Sallé.

241. Kœnig, Moralès, Panas, Geneix, Mariage, Cognet, Thominet, Rondous, Greiner, Guyard.

251. Gaudin, Dusseaud, Gavilon, Bresson, Louis, Harolambie, de Vésian, Amiel, Dufresnoy, Valin.

261. Audiat, Dufestel, Sicotis, Besnard, Lavernhe, Denotovich, Ygouf, Fernandez, Bosselut, Rondepierre.

— La séance de distribution des prix aux élèves internes et externes en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices civils de Paris, qui ont concouru en 1882, aura lieu le jeudi 28 décembre 1882, à deux heures de l'après-midi, dans l'amphithéâtre de l'administration générale de l'Assistance publique, avenue Victoria, 3. Dans cette même séance aura lieu la proclamation des élèves internes et des élèves externes nommés, à la suite des concours qui viennent de se terminer, pour entrer en fonctions le 1er janvier 1883.

— *Faculté de Médecine de Nancy.* — Le concours pour l'une des places d'interne à l'Asile public d'aliénés de Maréville vient de se terminer par la présentation de M. Georges.

C'est la première fois que cette place est donnée après concours subi devant la Faculté. — Un seul candidat s'était présenté.

— M. le docteur Bancel père, dont nous avons annoncé la mort dans notre dernier numéro, laisse d'unanimes regrets à Toul, où son fils continue dignement la tradition paternelle.

M. le docteur Liouville, député, s'est fait l'interprète des sentiments de la population et a rappelé, sur la tombe de son ami, l'énergie qu'il a montrée lors de la défense de Toul, bombardé par les Prussiens en 1870.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Manuel de l'anatomiste, anatomie descriptive et dissection, par Charles MOREL, professeur à la Faculté de médecine de Nancy, et Mathias DUVAL, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine. 1 vol. in-8° de 1200 pages accompagné de 469 figures. — Prix broché : 15 francs ; cartonné à l'anglaise : 16 francs. — Paris, ASSELIN et Cie.

Le Rhumatisme, sa nature et son traitement, par le docteur T.-J. MACLAGAN, traduit de l'anglais par le docteur BRACHET, attaché aux bains d'Aix. 1 vol. in-8 de 320 pages avec 1 planche. — Prix : 7 francs. — Paris, G. Masson.

Le Zona, par le docteur Paul FABRE (de Commentry). 1 vol. in-8° de 254 pages. — Prix : 6 francs. — Paris, O. Doin.

De la Procréation volontaire des sexes, étude physiologique de la femme, par P. Dartigues. 1 vol. in-8° de 238 pages. — Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

Recherches sur les zones hystérogènes, par Raoul Gaube. 1 vol. grand in-8° de 120 pages avec figures dans le texte. — Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

Traitement rationnel et curatif du choléra dans l'immense majorité des cas, par Chabassu, médecin principal de la marine, en retraite. In-8° de 44 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 13834.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE.	3 mois : **8 fr. 50.**	— 6 mois : **16** fr.	— 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. .	3 mois : **10** fr. ».	— 6 mois : **18** fr.	— 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Parmi les lectures qui ont occupé cette séance de fin d'année, très courte, nous signalerons en première ligne celle de M. le professeur Bouchard sur la transmission expérimentale de la morve au moyen du microbe spécial de cette maladie, multiplié par des cultures successives. Ce sont là toujours des expériences très délicates; mais M. Bouchard a les qualités nécessaires pour appliquer avec succès les procédés de M. Pasteur : il peut réussir où échoueraient des chercheurs moins soigneux et moins habiles.

M. Ball a fait également une lecture intéressante sur quelques particularités anatomiques notées à l'autopsie du jeune homme nommé par lui *le crétin des Batignolles*. Ce crétin avait un cerveau énorme, mais à surface peu développée. Toutes les circonvolutions normales s'y trouvaient bien représentées, mais sans sinuosités, sans plis, ou à peu près.

Ainsi la théorie de ceux qui considèrent la surface du cerveau comme étant la partie essentiellement active de cet organe, soit au point de vue de l'activité intellectuelle, soit même au point de vue de l'incitation motrice, trouverait dans ce fait un puissant argument.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

M. Laboulbène.

Histoire de Galien, sa vie, ses œuvres; son dernier traducteur Charles Daremberg (1).

V

CHARLES DAREMBERG

En prononçant le nom de Daremberg et en vous signalant sa traduction de Galien, je n'ai pas assez fait pour celui qui a occupé la chaire d'histoire de la médecine dès l'époque récente où elle a été rétablie. Daremberg mérite mieux qu'une citation, il doit être connu de vous. Ce que je vais vous dire de lui ne sera pas un éloge suivant la coutume académique, mais un hommage dû au Maître qui m'a précédé, à un homme de cœur et de talent.

En 1846, le ministre de l'instruction publique chargeait un jeune médecin de faire, au Collège de France, un cours complémentaire sur l'histoire de la médecine. Celui-ci s'acquittait fort bien de sa mission difficile, elle lui était continuée pendant les années 1847 et 1848.

Quel était le débutant qui venait de marquer sa place ? Il se nommait Charles-Victor Daremberg ; il était né à Dijon en 1817 ; après de fortes études littéraires, il avait choisi la carrière médicale et rempli les fonctions d'interne à l'hôpital de Dijon.

Puis, ayant le goût du travail et le sentiment secret de sa valeur, il était venu à Paris. En 1841 (le 20 août), il soutenait sa thèse de doctorat : *Exposition des connaissances de Galien sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie du système nerveux*. Le choix d'un sujet peu ordinaire doit nous faire penser que Daremberg l'avait en prédilection et que, dès cette époque, les œuvres du médecin de Pergame l'occupaient fort souvent.

Ce n'était pas là son début médico-littéraire, qui n'est pas connu et que voici. Ce volume de 64 pages, en grand in-8° carré, revêtu d'un cartonnage ancien, porte sur le frontispice « Mon premier ouvrage » et à côté « Premier livre que j'ai fait » avec la signature Ch. Daremberg. Il est intitulé : *Bon jour, bon an.* C'est un calendrier pour l'année 1839, dans le genre du *Messager boiteux de Strasbourg*, avec des figures sur bois et la mention : 1re année, publié à Auxonne, par X.-T. Saunié, imprimeur-libraire. On y trouve des éphémérides, des règles d'hygiène et de médecine pratique, des anecdotes et faits divers. Je ne sais si Daremberg a composé une grande partie de cet almanach, mais sûrement il a rédigé les préceptes d'hygiène, de médecine et de pharmacie domestiques, ainsi que les notions d'économie rurale de « son premier ouvrage ».

Depuis son arrivée à Paris en 1836, Daremberg suivit les cliniques hospitalières : Cloquet, Andral, Velpeau, Bouillaud, ont été ses maîtres de prédilection. De plus, pendant trois années consécutives, il s'est livré, comme aide particulier et sous la direction de Blainville et de Gratiolet, à des études anatomiques dans les amphithéâtres du Muséum d'histoire naturelle. Il cherchait, le scalpel à la main, le texte sous les yeux, à reconnaître si le médecin de Pergame

(1) Fin. — Voir le numéro du 19 décembre 1882.

avait disséqué des cadavres humains. Ces recherches lui ont démontré que Galien n'avait ouvert que des singes et d'autres animaux. L'opinion de Cuvier, de Camper et de Blainville s'est trouvée absolument vérifiée. Il y a plus, les critiques de Galien contre Érasistrate et d'autres préalexandrins, au sujet de l'appareil sexuel, étaient fausses; ces premiers anatomistes avaient réellement observé les organes génitaux humains et en particulier l'utérus de la femme.

Après deux ans d'études préparatoires, Daremberg avait été chargé, en décembre 1844, par Villemain, ministre de l'instruction publique, d'une mission médico-littéraire en Allemagne, d'une durée de trois mois; son rapport, publié le 15 avril 1845, fait connaître la communication qu'il a obtenue des papiers du professeur Dietz, de Kœnigsberg, mort en 1836. Les textes que Daremberg a pu copier ou collationner se rapportent à Hippocrate, à Rufus d'Éphèse, à Oribase, à Galien, à l'école de Salerne, etc. C'était une ample et riche moisson.

Les résultats du voyage en Allemagne ont été la publication du *Traité sur le pouls, attribué à Rufus d'Éphèse*, faite pour la première fois par Daremberg, en grec et en français, avec une introduction et des notes (Paris, 1846, in-8°); puis l'*Histoire et critique des doctrines des maladies de la peau, etc.* (in *Annales des maladies de la peau et de la syphilis*, par Cazenave, t. II, p. 197, 214, 262, 276, 293, 301), traduction française, in-8° (Paris, 1844 et 1845); et l'*Histoire de la syphilis dans l'antiquité*, traduction française, première partie, bibliographie (in *Annales des maladies de la peau et de la syphilis*, de Cazenave, juillet 1845). Vous savez que ces deux ouvrages sont de J. Rosenbaum. De plus, Daremberg, qui « est trop occupé de Galien » pour songer à Oribase, signalait alors, au ministre, Bussemaker (d'Amsterdam), pour une publication sur Oribase. Plus tard, il a collaboré activement avec Bussemaker.

En même temps que Galien, la traduction des *Œuvres choisies d'Hippocrate* avait passionné Daremberg; la première édition in-18 ,date de 1843; la deuxième est devenue un volume in-8°, accompagnée d'arguments et de notes, précédée d'une introduction générale. Je vous ai signalé ce livre l'année dernière, à côté de l'admirable traduction de Littré.

Dans cette année 1846, Daremberg, médecin du Bureau de bienfaisance et des écoles primaires du XIIe arrondissement (aujourd'hui le Ve, quartier Saint-Jacques), était nommé bibliothécaire de l'Académie de médecine; il conserva ces fonctions jusqu'en 1849 où il devint bibliothécaire honoraire, passant en titre, en 1850, à la bibliothèque Mazarine.

Pendant plus de dix ans, tout entier aux voyages et à ses publications, Daremberg, tantôt chargé de missions, tantôt à ses frais, explorait les bibliothèques de Paris et de diverses contrées. Il a fait quatre voyages en Allemagne, huit en Angleterre, quatre dans toute l'Italie, deux en Belgique, deux en Suisse. Il consignait ses trouvailles dans des rapports officiels insérés au *Journal de l'Instruction publique*, dans des notices sur les manuscrits, dans des éditions de textes grecs et latins, dans la Collection salernitaine.

Daremberg a donné, en 1847, la *Description et extraits du manuscrit 2237 de la Bibliothèque royale à Paris*, in-8°, 1847; — *Aurelius, De acutis passionibus*, texte publié pour la première fois d'après un manuscrit de la bibliothèque de Bourgogne à Bruxelles, corrigé et accompagné de notes critiques, in-8°, Breslau et Paris, 1847. La première leçon du *Cours fait au Collège de France sur l'histoire et la littérature des sciences médicales* a été publiée dans le journal *l'Union médicale*, pareillement en 1847.

Les évènements politiques de 1848 empêchèrent la continuation du cours de Daremberg; il n'en fit pas moins paraître les *Fragments du Commentaire de Galien sur le Timée de Platon*, publiés pour la première fois en grec, in-8°, 1847, et le *Résumé d'un voyage médico-littéraire en Angleterre*, inséré dans la *Gazette médicale* de Paris (4 novembre 1848). Il y signale le projet d'une bibliothèque des médecins grecs et latins dont le prospectus a paru chez Victor Masson, in-8° de 69 pages, Paris, 1848.

Vous devineriez, si je ne vous la signalais pas, l'attraction puissante que Littré devait exercer sur Daremberg. Vous trouverez, dans la *Revue des Deux Mondes* du 1er août de cette année, un aperçu, tracé par une main filiale, de cette liaison qui a duré bien plus d'un quart de siècle. Littré et Daremberg, étroitement unis par une amitié sincère, restaient pendant la belle saison au village du Mesnil-le-Roy, près Maisons-Laffitte, attenant d'un côté à la forêt de Saint-Germain, de l'autre à la Seine. Les journées passaient vite partagées entre le travail assidu et une clinique rurale où les deux médecins philologues allaient donner leurs soins aux pauvres du voisinage qui ont gardé leur mémoire en vénération.

Daremberg, au visage doux et méditatif, encadré de barbe et de longs cheveux, d'une obligeance extrême, homme du monde à ses heures, plaisait à Littré qui l'encourageait et l'aidait de ses conseils. C'est au Mesnil que Daremberg est devenu de plus en plus bibliophile, chercheur des choses du passé, qu'il a acquis l'exactitude du traducteur, la clarté du style. C'est au Mesnil, dans le calme de la retraite, qu'ont été composés la plupart des ouvrages de Daremberg; c'est sous l'inspiration de Littré qu'a été conçu l'*Essai sur Galien considéré comme philosophe* (in *Gazette médicale* de Paris, juillet-août 1847), l'article Galien du *Dictionnaire des sciences philosophiques* de Franck, etc.

Littré n'était pas le seul ami et protecteur de Daremberg, qui avait de bonne heure été choisi pour collaborateur scientifique au *Journal des Débats*. La fréquentation des politiques et des littérateurs lui fut très utile. Les articles de Daremberg sur l'histoire et la philosophie publiés dans ce journal, ainsi que ceux d'érudition et de littérature parus dans la *Gazette* et l'*Union médicales*, seraient intéressants à réunir, car Daremberg aimait le journalisme et sa critique impartiale, mais plutôt bienveillante, plaisait au lecteur.

Jusqu'à l'époque où, pour la seconde fois, le ministre de l'instruction publique chargeait Daremberg d'un cours d'histoire des sciences médicales au Collège de France, en 1864, ses publications, qui se sont succédé, ont une réelle importance : *Essai sur la détermination et les caractères des périodes de l'histoire de la médecine*, in-8°, Paris, 1850, paru dans la *Gazette médicale*, fragment du cours interrompu en 1848; *Œuvres d'Oribase*, texte grec et traduction française, avec une introduction et des notes par Bussemaker et Daremberg, in-8°, t. I à IV, Paris, 1851-1862 (terminé par A. Molinier); *Sur un passage de Celse relatif à la division de la médecine*, lettre à S. de Renzi, de Naples (in *Gazette médicale*, 1852); *Notices et extraits des manuscrits médicaux grecs, latins et français* des principales bibliothèques de l'Europe, 1re partie, Manuscrits grecs d'Angleterre, suivis d'un fragment inédit de Gilles de Corbeil et de scolies inédites sur Hippocrate, in-8°, Paris, 1853; *Glossulæ quatuor magistrorum*

43

Eaux minérales de Vals.

Acidules, Gazeuzes, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre.	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude...	I.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse.	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.021	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal.arsenic.lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces,* essentiellement *digestives* Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux :* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ;—RIGOLETTE, chlorose, anémie ; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

46

AFFECTIONS UTÉRINES, CHLOROSE, ANÉMIE, ELC.

Liqueur de Laprade

à l'albuminate de fer.

Spécifique de l'irrégularité de la menstruation.

76

NEVRALGIES — MIGRAINES

PILULES ANTI-NÉVRALGIQUES AU

Gelsemium sempervirens

du docteur G. Fournier.

Une à cinq pilules au maximum en 24 heures.

Pharmacie de la Madeleine, 5, rue Chauveau-Lagarde, Paris.

Exiger la signature du Dr Fournier.

47

PHTHISIE, AFFECTIONS DES BRONCHES.

Capsules molles de Bourgeaud

à la **CRÉOSOTE VRAIE** du goudron de hêtre et à l'**Huile de foie de morue.** — *Récompense unique à l'Exposit. universelle de Paris*, 1878. Les seules expérimentées et employées dans les Hôpitaux de Paris. — BOURGEAUD, pharm. de 1re cl., fourn. des hôp., 20, r. de Rambuteau, Paris.

Capsules contenant 0,02, 0,05 et 0,10 de créosote. la boîte, 4 fr. — Vin et Huile créosotés conten. 0,20 de créosote par cuillerée, la bouteille, 5 fr.

4

Extrait de viande Liebig.

L'Extrait de viande Liebig est du bouillon concentré. Les Etablissements de la compagnie Liebig, situés dans l'Uruguay, sont aujourd'hui universellement connus. La Compagnie a obtenu : 5 médailles d'or et 3 grands diplômes d'honneur.

Le bouillon à l'extrait de viande se prépare instantanément et il est privé de graisse et de gélatine. Ce sont là des qualités qui lui assureront l'approbation du médecin pour qui un bouillon de préparation facile est d'une si grande importance. Plusieurs pharmacopées ont du reste dû l'admettre parmi les médicaments de pharmacie.

Se vend en gros par les principaux droguistes de Paris et de la province.

87

Sirop de digitale de Labélonye

Ce Sirop, à la fois excellent sédatif et puissant diurétique, est employé depuis trente ans avec un succès constant par les médecins de tous les pays, contre : *Maladies du cœur,* diverses *Hydropysies*, *Bronchites nerveuses*, *Coqueluches*, *Asthmes* et *Catarrhes chroniques,* enfin dans tous les *troubles de la circulation.*

Dépôt général : LABELONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

38

Coton iodé préparé par J. THOMAS

pharmacien de 1re classe.

Le Coton iodé est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique, dont on peut graduer les effets à volonté On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hopitaux de Paris : le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc., ont été guéris, sans lésions de la peau, en un court espace de temps.

48, avenue d'Italie, Paris, et toutes les pharm.

5

Dragées Meynet

D'EXTRAIT DE FOIE DE MORUE.

100 dragées : 3 fr. Plus efficaces que l'huile Ni dégoût, ni renvois. Notice, échantillons, envois gratis. PARIS. Pharm. 31, r. d'Amsterdam.

71

CACHEXIE, RACHITISME, CONSOMPTION.

Peptone phosphatée Bayard

VIN : moitié de son poids de viande et 0gr,20 de *chlorhydrophosphate de chaux* par cuillerée.

73

Névroses. — Sirop Collas

au BROMURE double de POTASSIUM et le LITHIUM. — Dose : 2 à 3 cuillerées par jour.

Le *Bromure de Lithium* est un des plus puissants sédatifs dans le traitement des maladies nerveuses, car il contient 91,95 de Brôme pour 100 parties.

Diathèse urique. Pilules Collas

au BROMURE de LITHIUM. — Dose : 4 ou 6 pilules par jour.

Le *Bromure de Lithium* est un des meilleurs modificateurs de la *diathèse urique,* puisque un gramme de ce *Bromure* neutralise quatre grammes d'acide urique.

Dépôt pharmacie Collas, 8, r. Dauphine, Paris.

50

Institut orthopédique

28, rue Lauriston. Traitement des difformités de la taille, gibbosités, pieds-bots, fausses ankyloses du genou, torticolis, coxalgies. — Médecin en chef : E. Duval, seul élève de son père, le docteur V. Duval, directeur pendant plus de quarante ans des traitements orthopédiques dans les hôpitaux de Paris. — Jardin, gymnase.

100

Vin de Barabeau

PEPTONE ARSÉNIO-PHOSPHATÉE.

D'un goût très agréable, il contient par cuillerée à bouche *son poids de viande de bœuf, un milligr. sel de dioscoride, un gramme bi-phosphate de chaux chimiquement pur.*

Reconstituant des plus énergiques, supérieur à l'huile de foie de morue, donnant toujours d'excellents résultats : *Phtisie, anémie, rachitisme, scrofules, maladies des os*; *maladie chroniques de l'estomac et de l'intestin*, *convalescence des maladies aiguës*, etc.

Dépôt général à Paris : Carmouche et Cie, 19, rue Vieille-du-Temple. — Angoulême : Phie Barabeau. — Détail dans toutes les pharmacies.

161

Vin de Jarlet AU BAGNOLS PHOSPHATÉ

Ce vin, d'un goût et d'une saveur très-agréable, est employé avec succès dans tous les cas où les fortifiants et les reconstituants sont ordonnés. — Jarlet, 54. Chaussée-d'Antin, et phies.

65

Vin du docteur Forestier

TONIQUE RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE

Au Quinquina, Pyrophosphate de fer, Oranges amères et Malaga.

Voir : Traité de Thérapeutique, *Trousseau et Pidoux.* — Commentaires du Codex, *Gubler.* Paris, ph. Bosredon, r. des Francs-Bourgeois, 14.

22

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très-considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très-supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : cinq francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

23

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire ; apaise les douleurs des reins et de la vessie ; entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boite : deux francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou, et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

7

Les Dragées Carbonel

AU PERCHLORURE DE FER PUR.

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant quatre gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : quatre francs.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

17

Quina Anti Diabétique Rocher

Préparation spéciale contre le DIABÈTE

A base de GLYCÉRINE

redistillée et chimiquement pure.

Les expériences faites sur des Malades ont donné de très-beaux résultats.

M. Rocher met à la disposition de MM. les Médecins des Flacons d'échantillons qu'il envoie *gratis*, à titre d'expérimentation, sur demande adressée à la Pharmacie Rocher, 1, rue Perrée, à Paris. — Flacon : **3 fr. 50.**

75

Préparations iodo-créosotées

et créosotées de B. Bain : VIN, HUILE et CAPSULES. — Phie, 56, rue d'Anjou-St-Honoré.

125

AFFECTIONS DES VOIES RESPIRAITORES

Emulsion Résino-Balsamique Lefrank

AUX GOUDRON TOLU & CODEINE

Adultes, 4 à 5 cuillerées à soupe, enfants, 3 à 4 cuillerées à café.

2f,50, phie Grez, 34, r. La Bruyère, et toutes phies.

109

Taffetas Durin CONTRE LES CORS AUX PIEDS.

La feuille : 1 franc, franco port.

Durin, pharmacien à Vichy.

117

Maladies de poitrine, guérison

par les **Sirops d'Hypophosphite de Soude ou de Chaux,** du Dr Churchill.

Nombreuses attestations médicales.

Prix : 4 fr. le flacon, avec instruction.

Pharmacie SWANN, 12, rue Castiglione, Paris.

97

Pelletiérine de Tanret

Lauréat de l'Institut.

C'est le tænifuge le plus sûr et le plus facile à prendre. Elle ne se délivre que par doses préparées pour adultes et avec le mode d'emploi.

LA PELLETIÉRINE TANRET EST ADOPTÉE PAR LA MARINE ET LES HOPITAUX DE PARIS.

Paris, phie Tanret, 64, rue Basse-du-Rempart.

N° 150. — SAMEDI 30 DÉCEMBRE 1882. 55e ANNÉE. SAMEDI 30 DÉCEMBRE 1882. — N° 150.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

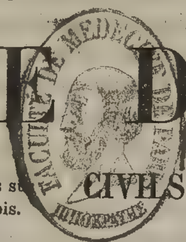
Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.



AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion du jour de l'an, le journal ne paraîtra pas mardi.

HOTEL-DIEU. — M. Richet.

Tumeur érectile de la paupière chez un petit enfant.

Il s'agit d'un petit enfant de huit mois chez lequel sa mère aperçut, trois semaines environ après sa naissance, une petite tache large comme une simple piqûre de puce sur la paupière supérieure de l'œil droit. Voyant la petite tache persister, cette femme consulta le médecin de son village, qui lui conseilla de ne pas s'en préoccuper quant à présent et de laisser passer l'hiver avant de songer à aucun traitement.

Pendant ce temps, la tache grossissait assez rapidement, s'étalait de proche en proche, prenant tous les caractères d'une tumeur érectile. C'est alors qu'elle se décida à conduire son enfant, alors âgé de quatre mois, à l'Hôpital des Enfants, dans le service de M. de Saint-Germain. Celui-ci pratiqua une petite opération sur la nature de laquelle cette femme ne nous renseigne que d'une façon très incomplète, elle nous parle de deux piqûres par lesquelles se serait écoulé un liquide brun. Il semble probable que M. de Saint-Germain a fait une injection de perchlorure de fer dans la tumeur.

Quoi qu'il en soit, trois semaines plus tard elle lui ramenait son enfant dont le mal n'avait éprouvé aucune amélioration. Dans l'intervalle, quelques personnes lui avaient conseillé de voir M. le docteur Galezowski. Notre confrère, devant l'insuccès des injections de perchlorure de fer, vaccina la tumeur, petite opération qui n'amena non plus aucun résultat.

C'est dans ces conditions que cette femme est venue me trouver ces jours derniers.

Voici l'état actuel de l'enfant : tumeur de la grosseur d'une aveline, occupant la paupière supérieure droite dans les deux tiers de son étendue, remontant dans le sillon oculo-palpébral, intéressant autant la muqueuse que la peau qui est d'un rouge pourpre. Cette tumeur augmente de volume dès que l'enfant pousse quelques cris ; elle diminue sous la pression des doigts pour reprendre ses dimensions ordinaires dès que toute pression a cessé, phénomène qui nous prouve, sans doute possible, la nature sanguine de son contenu lequel se trouve renvoyé, par la compression, dans le torrent circulatoire. Nous avons donc affaire à une tumeur érectile artérioso-veineuse, formée par de nombreuses flexuosités vasculaires qui font saillie à travers la peau très amincie.

Cette affection est beaucoup plus sérieuse qu'on ne serait tenté de le croire au premier abord, car elle gagne constamment de proche en proche, tendant continuellement à s'étendre. Si, dans le cas présent, elle n'a pas fait plus de progrès, cela tient à la nature de la région où elle s'est développée, région dont les tissus sont isolés. Il n'en eût pas été ainsi si elle eût siégé, par exemple, sur la joue. C'est ainsi que, gagnant toute une région, peu à peu ces tumeurs arrivent à s'ulcérer, et déterminent des hémorragies mortelles chez les enfants.

De là, la nécessité d'intervenir toujours promptement pour éviter semblables accidents.

L'anatomie pathologique de ces tumeurs est due surtout à M. Robin qui en a donné, le premier, une description exacte. Pour l'étudier convenablement, il faut prendre la tumeur au début : on voit alors les vaisseaux capillaires subir de véritables dépressions sur leurs parois latérales, dépressions en doigt de gant résultant de l'infiltration graisseuse des parois vasculaires, de telle sorte que le sang passe dans une sorte de lac artérioso-veineux. Puis les vaisseaux malades, se laissant de plus en plus distendre par le sang, constituent des flexuosités plus ou moins nombreuses. Follin a même ajouté que quelques-unes d'entre elles se perforaient, communiquant ainsi les unes avec les autres. Il s'établirait ainsi une sorte de tissu aréolaire. Le fait est-il exact? Est-ce une illusion ? Toujours est-il que si l'on pratique une injection liquide quelconque dans quelque point que ce soit de ces tumeurs, le liquide se répand dans toutes ces flexuosités.

Un autre point très important, c'est que l'altération des parois vasculaires ne commence que là où le vaisseau pénètre dans la tumeur, et cesse au point où il en sort, ledit vaisseau restant absolument sain dans tout le reste de son étendue. De là l'indication formelle de dépasser les limites de la tumeur dans toute opération que l'on pratique sur elle.

Les procédés opératoires que l'on a proposés contre les

tumeurs érectiles sont des plus nombreux, 50, 60 peut-être. Le plus mauvais de tous, et c'est par lui que j'en commence l'énumération, est l'incision pure, simple ou multiple, suivie d'une application de perchlorure de fer ou de tout autre liquide irritant pour enflammer la tumeur. On arrive par là à déterminer la suppuration et parfois la septicémie. Jean-Louis Petit considérait l'extirpation comme le meilleur procédé ; le moyen est bon, en effet, mais à la condition de le faire suivre de la réunion immédiate, ce qui n'est pas possible dans toutes les régions. Ici, notamment, le procédé n'est pas applicable ; il y aurait une perte de substance impossible à combler sans amener une étroitesse considérable de la paupière.

Quelques-uns ont conseillé l'emploi des caustiques tels que la pâte de Vienne ; cela ne vaut rien, car on risque presque à coup sûr de déterminer des hémorragies dangereuses ; à peine pourrait-on agir ainsi si l'on avait affaire à une toute petite tache. Le chlorure de zinc est un assez bon moyen, mais il n'est guère applicable que dans les régions couvertes où les difformités cicatricielles ne sont pas visibles.

Nous passons maintenant aux procédés oblitérants. Velpeau ayant imaginé de passer une aiguille fine au travers des artères pour les oblitérer par la formation d'un caillot autour de l'aiguille, ce procédé fut immédiatement appliqué aux tumeurs érectiles. On les lardait alors avec une série d'aiguilles à insectes, espérant que la coagulation du sang oblitérerait promptement tous les vaisseaux. Le moyen était bon, mais la tumeur durcie ne disparaissait pas ; et, de plus, il n'est pas applicable dans toutes les régions, car il peut amener la gangrène de la tumeur et déterminer la perforation de la paupière.

On a essayé aussi les injections d'acide nitrique ou de nitrate acide de mercure ; mais ces injections sont passablement douloureuses, elles déterminent une inflammation assez vive, l'oblitération n'est pas constante et de plus elles entraînent parfois des accidents graves, voire même mortels par la pénétration du nitrate acide de mercure dans les vaisseaux, au delà de la tumeur. Aussi ces injections sont-elles justement tombées en désuétude.

J'arrive maintenant au moyen qui me paraît le meilleur, surtout dans le cas actuel, c'est-à-dire les injections coagulantes avec le perchlorure de fer. Lorsque dans les tumeurs érectiles on a recours au perchlorure de fer, on a remarqué que l'effet était complètement différent selon qu'on l'employait neutre ou acide, très fort ou dilué. Lorsqu'il est acide ou très fort, il produit ce que l'on a appelé des caillots chimiques indestructibles, lesquels forment une sorte de corps étranger persistant dans la tumeur. L'emploie-t-on, au contraire, neutre ou dilué à 6, 7 ou 8 degrés, comme MM. Gombault et Giraldès, il donne lieu à la formation d'un caillot physiologique constitué par du sang presque pur, lequel caillot a toutes les propriétés du coagulum et se trouve, à un moment donné, repris par la circulation et dissous.

C'est donc à ce dernier moyen qu'il faut avoir recours pour attaquer les tumeurs érectiles. Mais il faut bien savoir que, même après la guérison parfaite, après la disparition de toute tumeur, il reste en son lieu et place une petite tache blanche, parfois même une petite nodosité ; aussi, faut-il avoir soin d'en prévenir les parents de l'enfant. Il suffit alors, dès que l'enfant guérie est devenue une jeune fille, d'un léger maquillage pour rendre à la peau sa teinte rosée ordinaire.

Ici, donc, je vais employer les injections de perchlorure de fer absolument neutre et ramené au degré voulu pour une simple coagulation. Mais comme cette coagulation est très variable selon les individus, il est d'une sage précaution d'extraire une gouttelette de sang du malade à opérer et de l'essayer avec le perchlorure de fer pour en élever ou en diminuer la force selon les résultats obtenus. En général, chez l'enfant la puissance coagulante du perchlorure de fer est de 6 à 7 degrés. La coagulation est, ou peut être, à peu près instantanée. C'est donc là le procédé que nous allons mettre en œuvre.

ORIGINES DE LA MÉTALLOTHÉRAPIE (1).

XI

PROCÉDÉS DE LA MÉTALLOTHÉRAPIE.

Par le docteur V. Burq.

Les procédés à l'usage de la métallothérapie sont de deux sortes : ceux relatifs à la métalloscopie et les procédés métallothérapiques proprement dits. Nous parlerons d'abord des premiers et, comme nous ne saurions mieux dire, nous commencerons par emprunter encore à la leçon de M. le professeur Charcot du 31 décembre 1877 (in *Gazette des Hôpitaux*, 1878, p. 218), le passage suivant :

« Comment arrive-t-on à reconnaître le métal approprié ? Il faut, pour atteindre ce but, se livrer à une série de recherches. On commence par essayer le métal qui réussit le plus communément à modifier certains phénomènes de l'hystérie, c'est-à-dire le fer, d'après M. Burq ; on passe ensuite en revue les autres métaux, le zinc, le cuivre, l'or, l'étain, etc., si l'on n'a pas réussi avec le premier.

« Voici comment on opère : étant donnée une hémianesthésique gauche, après avoir constaté, par exemple, qu'en lui transperçant la peau avec une aiguille, on ne provoque chez la malade aucune manifestation de sensibilité, vous appliquez du côté anesthésié, généralement sur l'avant-bras, une plaque métallique, de l'or si vous voulez.

« Il n'est pas besoin pour cela d'appareils spéciaux ; il suffit, s'il s'agit de l'or, par exemple, de prendre un ou deux louis, de les fixer sur une petite bande et de les maintenir ainsi en contact avec la peau.

« Voici alors ce que l'on observe, si la malade est *sensible* au métal dont on fait choix, à l'or, dans l'espèce : au bout d'un temps qui peut varier de quelques secondes à quinze ou vingt minutes, suivant les sujets, la malade vous avertit qu'elle sent son bras comme engourdi ; alors, si vous piquez la peau au voisinage de la bande, vous voyez que la sensibilité commence à revenir. C'est le premier stade de la disparition successive des phénomènes anomaux, de l'anesthésie entre autres. Vous remarquez en même temps un certain nombre d'autres particularités. La peau rougit, et les piqûres qui, avant l'application du métal, restaient à peu près exsangues, se mettent à saigner abondamment. De plus, je suppose qu'avant l'expérience vous ayez fait serrer le dynamomètre à la malade, et que vous ayez constaté qu'elle donnait un chiffre très bas, 15 ou 20 kilogrammes, par exemple (car l'hémianesthésie hystérique est toujours accompagnée d'amyosthénie) : après l'application du métal, vous remarquerez que la malade donne, au dynamomètre, 20 ou 40 kilogrammes, qu'elle est devenue, par conséquent, forte comme un homme. L'amyosthénie a disparu en même temps que l'anesthésie.

« Tels sont les phénomènes dont nous avons constaté maintes et maintes fois la réalité.

« Je dois relever qu'on peut, bien que le fait soit assez rare, rencontrer des hystériques qui ne sont sensibles à aucun métal

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 25 novembre 1882.

connu. Je dois ajouter encore que chez les malades que je vous ai montrées, et qui ont une idiosyncrasie métallique constatée, l'application du métal approprié reste sans effet, lorsqu'elle est faite à l'époque des grandes crises, ou, si l'on peut ainsi dire, des grandes marées hystériques. Il faut choisir les temps d'accalmie pour que l'action des métaux puisse être mise dans toute son évidence. »

Ainsi donc : constatation de l'état de la sensibilité (esthésiométrie) et des forces musculaires (dynamométrie) sur un des membres supérieurs du côté du corps qui est le plus frappé d'anesthésie et d'amyosthénie, et application successive sur ce membre, à des jours différents, mais toujours en dehors des crises, des divers métaux, à commencer par le fer sous forme de plaquettes minces de la grandeur d'une pièce de deux francs environ pour les métaux vulgaires, le platine et l'aluminium, et sous celles de pièces de monnaie quand vient le tour de l'or et de l'argent; n'appliquer qu'un métal ou deux au plus par séance, surtout si l'on a déjà obtenu quelques résultats par l'application d'un premier métal, et se rappeler, chemin faisant, ajoutons-le, quand on veut hâter les choses, qu'à la sensibilité magnétique ou somnambulique, correspond toujours la sensibilité cuivre ou or, et que jamais ni le fer ni le zinc n'ont d'action quand ils ont été précédemment administrés à l'intérieur sans aucun succès, tel est le procédé banal, pour ainsi dire, pour déterminer la sensibilité métallique dans les circonstances ordinaires.

Ce procédé est simple, mais il est lent, et peut être très insuffisant lorsqu'on se trouve en présence d'une aptitude plus ou moins larvée. D'autre part, tous les métaux ne peuvent point s'y prêter, et il serait vraiment peu logique de penser que les métaux pulvérulents non malléables tels que le manganèse et l'antimoine qui ont été employés parfois avec succès, le premier dans la chlorose et le deuxième dans la chorée, ou bien liquides comme le mercure, ne sauraient grossir utilement la gamme métalloscopique.

On sait, en outre, que certains métalloïdes, l'arsenic, le brome, qui ne peuvent point se prêter non plus à des applications externes, peuvent aussi rendre des services très réels dans les affections nerveuses.

Cela étant, voici le problème qui s'imposait :

1° Saisir les moindres nuances de l'action des métaux en plaques;

2° Découvrir aussi les sensibilités aux métaux, voire même à de certains métalloïdes qui ne peuvent point se prêter aux procédés métalloscopiques ordinaires;

3° Rendre actifs des métaux appropriés qui ne le sont pas, quand il s'agit de la métallothérapie externe.

La réponse s'est faite, sur le premier point, par la *Thermo-métalloscopie;*

Sur le deuxième, par les injections sous-cutanées;

Et sur le troisième, par l'administration interne du métal auquel le malade a répondu peu ou prou, ou bien est soupçonné d'être sensible d'après les commémoratifs, tels que des antécédents de somnambulisme, des échecs antérieurs du fer ou du zinc.

Thermo-métalloscopie. — Ce procédé est basé sur ce fait qu'alors que l'esthésiomètre et le dynamomètre sont absolument muets, dans le cas d'aptitudes métalliques dissimulées, il est extrêmement rare que le thermomètre ne puisse point encore parler.

On commence par prendre la température à plat des deux côtés à la fois avec une paire de thermomètres circulaires bien équilibrés; on note l'ascension mercurielle au même moment pendant une quinzaine de minutes; on place ensuite le métal sur le bras frappé d'athermie relative, et si l'on est tombé juste, la température s'élèvera de son côté tandis qu'elle s'abaissera le plus ordinairement du côté opposé, *si précédemment elle avait atteint son maximum.*

Nous nous occupons en ce moment même de la construction d'un nouveau thermomètre circulaire avec rondelles des différents métaux et des cartons thermographiques qui faciliteront singulièrement cette opération. Nous ferons connaître l'appareil très prochainement.

Injections sous-cutanées. — L'introduction d'un métal approprié dans l'organisme ayant pour effet certain d'éveiller la sensibilité métallique la plus dissimulée, il était vraisemblable qu'en injectant ce même métal sous la peau à dose qui ne pût point être nuisible, on aurait sur place les mêmes résultats. L'expérience a démontré qu'il en était ainsi, en effet, et que si on avait la précaution de ne se servir que de solutions faibles, à 1/500e, 1/200e au plus, pour les oxydes ou les sels de cuivre, de zinc, d'or et de platine, plus faibles encore à 1/1000e ou même 2/1000e, pour les sels d'étain et d'argent, et si on se bornait à injecter de 5 à 10 gouttes des solutions précitées, ce qui est très suffisant, l'eau de Saint-Christau, qui ne contient, elle, que 3 dix milligrammes de sel cuprique par litre, s'étant montrée suffisante pour le traitement par le cuivre, il n'y avait rien de sérieux à redouter de ce mode d'exploration métalloscopique.

En sera-t-il de même pour les injections des métalloïdes comme le brome et l'arsenic? C'est probable, mais jusqu'ici l'expérience n'a point encore prononcé.

Pour plus de certitude dans les résultats, on peut faire concurremment des injections d'eau simple en même quantité, du côté opposé.

Le procédé des injections a pour avantages non seulement de donner sûrement la notion de l'idiosyncrasie, alors que le thermomètre est resté lui-même muet, mais de la donner plus vite et de permettre de l'obtenir parfois en un seul jour par la multiplication des piqûres sur divers points, tandis que, par le procédé des applications externes, plusieurs jours sont nécessaires. En outre, tout l'appareil instrumental peut, à la rigueur, ici, se réduire à la seringue de Pravaz, qui fait déjà partie de l'arsenal que tout médecin a en sa possession, de petits flacons remplis de solutions titrées des différents métaux, malléables ou non, et d'une aiguille ordinaire.

Procédés métallothérapiques. — Il y a ceux qui ont trait à la métallothérapie externe et ceux qui sont pour la métallothérapie interne.

Parlant des premiers, voici encore ce que disait M. le professeur Charcot, dans sa leçon de 1877 :

« Autrefois, dans ses premières études, voici comment M. le docteur Burq traitait l'hystérie. Après avoir reconnu qu'une malade était sensible à un métal donné, il appliquait tous les jours des armatures faites avec ce métal sur les différentes parties du corps, de manière que la malade ressemblait aux chevaliers du moyen âge, bardés de cuirasses et de brassards.

« On s'est amusé, dans le temps, de ce traitement, je ne sais pas pourquoi, car il en est certainement de beaucoup plus singuliers et auxquels on passe condamnation ; quoi qu'il en soit, cette application métallique avait pour effet de ramener tout d'abord un peu de sensibilité. Mais lorsque le métal restait appliqué, cette sensibilité disparaissait bientôt et les phénomènes morbides s'exagéraient momentanément. Les malades éprouvaient une sorte de malaise, d'engourdissement, de somnolence, comme dans les cas auxquels je faisais allusion tout à l'heure. Puis on remarquait, au bout d'une quinzaine de jours, que la plupart des phénomènes permanents de l'hystérie s'atténuaient ou même disparaissaient. Il y avait là une guérison temporaire. Au bout d'un certain temps les phénomènes se reproduisaient, et il fallait recommencer un certain nombre de fois pour arriver à une guérison complète.

« Cela pouvait durer plusieurs mois. Voilà en quoi consistait la métallothérapie externe. Je ne connais pas bien cette méthode, ne l'ayant pas appliquée moi-même et n'ayant pas eu occasion d'en constater les effets thérapeutiques. »

« Voici maintenant en quoi consiste la métallothérapie interne. Vous avez pratiqué la métalloscopie et vous avez reconnu la sensibilité des malades à un métal déterminé, fer, or, cuivre, zinc, etc... La métallothérapie interne consiste tout simplement à administrer aux malades ces métaux à l'intérieur, le plus souvent sous la for-

me soluble (1). Ainsi, par exemple, pour l'or, nous nous sommes servi d'une solution de chlorure d'or et de sodium, renfermant un centigramme de médicament par vingt-cinq gouttes. C'est une solution d'une belle couleur jaune, transparente, qui n'a pas mauvais goût et que les malades acceptent très bien. Nous en faisons prendre dix gouttes avant chaque repas dans un quart de verre d'eau distillée. Et l'on augmente progressivement les doses.

« Nous ne donnons pas d'autre médicament.

« Si la malade a été reconnue sensible au cuivre, c'est à l'acétate de cuivre en solution, par gouttes dans l'eau distillée, qu'on a recours, ou bien à l'eau de Saint-Christau, qui, comme vous savez, contient du cuivre. Si elle est sensible au zinc, vous lui administrez de la même manière du sulfate de zinc, ou une des nombreuses préparations de fer que vous connaissez, si elle est sensible au fer. »

Depuis l'époque dont il est parlé ci-dessus par M. Charcot, les armatures ont été modifiées maintes fois de forme. Nous efforçant toujours de simplifier les choses de plus en plus, nous en sommes arrivé aujourd'hui à adopter de simples disques minces, de 3 centimètres environ de diamètre, sertis sur les bords comme un bouton, afin de ne pas léser la peau, et emboutis au centre de manière à présenter une queue propre au passage d'un lacet élastique qui sert à les réunir et à les fixer sur les organes en tel nombre que l'on veut. Pour quelques francs (5 francs) (2), on peut se procurer une boîte contenant plusieurs douzaines des métaux vulgaires, acier, cuivre, zinc et étain et le lacet nécessaire pour les monter en armatures.

En résumé : Des faits métalloscopiques multiples, tous ou presque tous inconnus hier encore, d'un intérêt assez grand pour émouvoir le monde savant et susciter partout des expériences et des travaux d'un ordre tout nouveau, parmi lesquels on compte deux rapports qui resteront comme un modèle à suivre par tous ceux qui ont à cœur de concilier les intérêts de la science avec les droits de la justice ;

La séméiotique enrichie d'un nouveau symptôme, l'amyosthénie, et affermie dans la possession de l'anesthésie ou de son diminutif, l'analgésie, dont l'avaient précédemment dotée les écoles de Gendrin et de Beau ;

Une doctrine des névroses, avec anesthésie et amyosthénie, l'hystérie en tête, qui donne leur raison d'être à tous les troubles contraires (*hypernerviques*), psychiques comme physiques, ainsi qu'aux désordres de la nutrition et de la circulation, qui imprime une sorte de logique à toutes ces affections et les rend aussi intelligibles dans leurs différentes manifestations protéiques qu'elles avaient semblé jusqu'alors indéchiffrables aux yeux du plus grand nombre ;

Une connexion intime établie entre les névroses de cet ordre et la chlorose ou la chloro-anémie, et celle-ci cessant d'être une entité morbide pour devenir un simple symptôme, un effet et non une cause ;

Un traitement rationnel des maladies en question, basé sur la prédominance des troubles hyponerviques par des agents esthésiogènes et dynamogènes, les uns complètement ignorés encore, dont il n'est plus permis aujourd'hui à personne de contester l'efficacité, les autres plus ou moins oubliés, et la thérapeutique illuminée soudain de clartés inespérées pour l'emploi de tous ces agents, aussi bien que de ceux que l'avenir lui tient en réserve, par cette double découverte : la révélation de l'idiosyncrasie par la notion de la sensibilité métallique individuelle, d'une part, et, de l'autre, la connaissance anticipée de l'action interne des divers agents dont s'agit, métaux et autres, par leur action externe, quand ils se prêtent à des applications externes, et réciproquement ;

La notion de l'action véritable du fer dans la chlorose, et la théorie esthésiogène et dynamogène, mise expérimentalement à la place de la vieille théorie chimiatrique, qui n'était qu'une hypothèse toute gratuite de l'action directement reconstituante de ce métal sur les globules du sang ;

La découverte de succédanés nombreux du fer, tels que le cuivre, l'or, l'argent, le platine, etc., qui agissent comme lui et de la même façon dans les mêmes cas pathologiques, en attendant ceux que pourront y ajouter plus tard l'*anthomoscopie*, la *phylloscopie*, la *lithoscopie*, etc., ainsi que l'a déjà fait la *xyloscopie*, née de la métalloscopie ;

La démonstration expérimentale du rôle que jouent les métaux dans les eaux minérales qui en contiennent, et de l'utilité d'en ajouter à celles qui en manquent, pour augmenter les effets de quelques-unes ou corriger ceux de quelques autres ;

Différents procédés, entre autres la dynamoscopie du système musculaire, qui est devenu maintenant un procédé usuel, l'esthésiométrie entrée plus avant dans la pratique courante, la thermo-métalloscopie, une extension spéciale donnée aux injections de solutions de métaux ou de métalloïdes, soit pour découvrir l'idiosyncrasie thérapeutique, soit pour les faire pénétrer dans l'organisme par une autre voie que la voie stomacale, etc., et tout un arsenal nouveau, esthésiomètre, dynamomètre, thermomètre circulaire, pulmomètre, armatures, solutions titrées, etc., pour l'exécution de ces procédés ;

La démonstration, par l'esthésiométrie, la dynamométrie et la thermométrie, des effets curatifs de l'hydrothérapie sous toutes ses formes, de la gymnastique, des stimulants, des rubéfiants, des vésicants, de l'électricité, etc., etc. ;

La découverte des propriétés anticholériques et antiseptiques du cuivre ;

Enfin la réalisation, plus ou moins prochaine, des espérances que nous formulions en ces termes, il y a déjà une vingtaine d'années :

« Un jour viendra où l'idée nouvelle ayant fait son chemin, non seulement tous les métaux auront pris dans la thérapeutique la place qui leur revient, mais aussi la médecine possédera, en quelque sorte, ses tables de logarithmes sous la forme d'un catalogue où seront classés tous les agents thérapeutiques et peut-être hygiéniques des trois règnes, de façon qu'une maladie (non spécifique) et l'idiosyncrasie métallique étant connues, l'on n'ait plus qu'à y chercher quel est le remède ou l'agent qui correspond à l'une comme à l'autre. »

Voilà le chemin parcouru depuis le jour où, il y a trente-cinq années de cela, l'action d'un simple bouton de cuivre sur un sujet qui était en état de somnambulisme magnétique, vint, en nous révélant des effets inconnus, nous jeter dans la voie que nous avons toujours suivie, malgré tout ce qui aurait pu nous en détourner si, à chaque pas que nous faisions, notre foi ne se fût trouvée affermie par la découverte de quelque filon nouveau.

Voilà ce que la science et la pratique médicale doivent déjà au magnétisme animal. Sans lui, disons-le très haut, sans les études suivies dont il fut le point de départ, la métallothérapie n'aurait point vu le jour, au moins encore, et continueraient à dormir dans les cabinets de physique les agents divers qu'on s'est plu à lui opposer, les aimants et l'électricité statique surtout, où ils étaient restés relégués depuis si longtemps, malgré le remarquable rapport d'Andry et Thouret. Ce rapport s'était borné à cataloguer les faits sans les systématiser, sans tracer des règles pour leur emploi comme l'a fait la métalloscopie pour la métallothérapie.

La métallothérapie ne fut point ingrate, nous avons commencé à le faire voir, mais nous allons achever de le démontrer.

---

(1) M. le professeur Lépine et son chef de clinique, M. le docteur Garel (de Lyon), ont eu recours, même pour les métaux peu oxydables, comme l'or, à de simples feuilles battues. Bien que le succès ait paru justifier cette pratique, nous pensons que, pour l'or, le platine et l'argent, il est préférable, de beaucoup, de les donner sous une forme qui laisse moins à faire à l'organisme pour en bénéficier. Quant aux autres métaux, le fer, le cuivre, le zinc et même l'étain, de la limaille peut suffire très bien, pourvu qu'elle soit bien divisée.

(2) On trouve tous nos instruments, esthésiomètre, dynamomètre, thermomètre circulaire, pulmomètre, armatures, etc., chez notre constructeur, M. Dupré, successeur de M. Andriveau, rue Campagne-Première, 5, Paris.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 décembre 1882. — Présidence de M. DUJARDIN-BEAUMETZ.

COMMUNICATIONS

Blépharite tuberculeuse. — M. GÉRIN-ROZE rapporte l'observation d'un malade atteint de blépharite granulo-ulcéreuse qu'il croyait être d'origine tuberculeuse. Cependant il avait été fait des réserves sur la nature tuberculeuse de cette lésion. Le malade étant mort, ses paupières ont été examinées et on y a trouvé le type des granulations tuberculeuses.

Affections de la moelle et du cerveau. — M. DAMASCHINO lit un travail intitulé : *Des affections associées de la moelle et du cerveau et notamment des lésions combinées des cordons postérieurs et latéraux* (sclérose spinale postéro-latérale). (*Sera publié.*)

De la syphilis chez le singe. — M. MARTINEAU fait sur ce sujet la communication suivante :

Le 16 novembre 1882, dit-il, nous pratiquons trois inoculations sur la peau du fourreau de la verge d'un singe, à l'aide d'une aiguille à vaccin dont l'extrémité cannelée est chargée de sérosité recueillie sur un chancre syphilitique existant sur le bord antérieur de la petite lèvre droite d'une malade couchée au n° 37 de la salle Natalis Guillot, entrée à l'hôpital de Lourcine le 14 novembre.

En même temps que nous pratiquons cette inoculation, nous procédons chez la malade à une inoculation semblable sur la face interne de la cuisse droite, afin qu'il ne puisse exister aucun doute sur la réalité du chancre syphilitique, du chancre infectant dont elle est atteinte. Disons de suite que cette inoculation a été négative.

L'inoculation a été pratiquée sur le singe, préalablement endormi par le chloroforme, à la face interne et près de l'extrémité du prépuce dans trois points différents, deux latéraux et un antérieur.

Jusqu'au 14 décembre nous n'observons aucun phénomène morbide général ou local. Ce jour-là (vingt-huit jours après l'inoculation), le matin, nous constatons sur le prépuce, au niveau des deux points latéraux inoculés, deux chancres infectants, du volume d'une petite lentille, caractérisés par une érosion superficielle, à fond lisse, uni, plutôt grisâtre que rougeâtre, à bords légèrement élevés, aplatis, non taillés à pic, non décollés, se confondant d'une part avec le centre de l'érosion, et d'autre part avec les tissus environnants. Ces érosions reposent sur une base indurée, donnant la sensation parcheminée ; cette induration est exactement limitée à l'érosion. Elle constitue un corps étranger qui a servi à caractériser chez l'homme le chancre syphilitique induré. Le chancre situé à gauche est un peu plus volumineux que celui de droite.

Le 16 décembre, même aspect des chancres. Développement dans l'aine gauche d'un ganglion du volume d'une noisette, mobile, ne paraissant pas douloureux. La peau qui le recouvre est mobile à sa surface et ne présente aucune altération dans sa coloration. L'état général de l'animal est excellent. La température axillaire est de 36° environ ; elle est très difficile à prendre, vu l'indocilité de l'animal.

Le 17, même état local et général ; température : 37°.

Le 18, idem ; température : 37°,3.

Le 19, l'animal a une diarrhée assez abondante ; température : 37°,3. Même état local.

Le 20, la diarrhée persiste ; température : 38°,2. Appétit excellent. Même état local.

Le 21, la diarrhée a disparu ; température : 38°. Développement dans l'aine droite d'un ganglion aussi volumineux que celui situé à gauche et ayant le même caractère de mobilité et d'indolence. Soif vive ; pattes chaudes (évidemment fièvre). La température de l'animal, avant l'inoculation, n'a pas été prise ; il est donc difficile d'affirmer que 38°, chez lui, révèle une augmentation de la chaleur normale ; toutefois nous dirons que ce singe est très âgé, qu'habituellement les pattes étaient froides, qu'il recherchait la chaleur du poêle de la chambre où il est enfermé.

RAPPORT

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL lit un rapport sur les travaux de la Société pendant l'année qui vient de s'écouler.

Cette lecture est accueillie par de nombreuses marques d'approbation.

ÉLECTION

La Société procède à l'élection des membres du bureau pour l'année 1883.

Le bureau est ainsi constitué :

Président, M. Millard ; vice-président, M. Bucquoy ; secrétaire général, M. Desnos ; secrétaires des séances, MM. Duguet et Troisier. Comité de publication : MM. Kiéner, Cuffer, Desnos, Duguet et Troisier. Conseil d'administration : MM. Cadet de Gassicourt, Legroux, Lereboullet, Hallopeau et du Cazal. Conseil de famille : MM. Dujardin-Beaumetz, Labric, Feréol et Gingeot.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 décembre 1882. — Présidence de M. L. LABBÉ.

COMMUNICATIONS

Ablation des polypes nasaux et naso-pharyngiens. — M. TRÉLAT, à l'occasion du malade qu'il a présenté dans la dernière séance et auquel il a pratiqué l'ablation d'un polype muqueux enflammé de la fosse nasale gauche par un procédé opératoire dont il a donné la description, a reçu une lettre de M. Desprès (de Saint-Quentin). M. Desprès rappelle avoir eu recours à ce même procédé en 1857, et en avoir fait l'objet d'un travail qu'il a offert à la Société de chirurgie en 1860.

M. Trélat fait ressortir les différences et les analogies qui existent entre ces deux procédés.

M. DESPRÈS fait remarquer que ce procédé se trouve dans le livre de M. Alphonse Guérin.

RAPPORTS

Extraction de la cataracte sans iridectomie. — M. TERRIER fait un rapport sur une communication de M. Galezowski, relative à l'extraction de la cataracte sans iridectomie. (Voir *Gazette des hôpitaux*, 1882, page 1086.)

M. Terrier ne pense pas que les résultats obtenus par M. Galezowski soient de nature à entraîner la conviction des partisans de la méthode de Graefe ou de la méthode à petit lambeau.

M. DESPRÈS fait observer que Desmarres et Nélaton avaient déjà fait ressortir les avantages de la méthode de Daviel.

Taille périnéale latéralisée. — M. CHAUVEL fait un rapport sur une observation de M. Cauvy (de Béziers), ayant pour titre : Contracture de la portion musculeuse de l'urètre, calcul vésical, taille périnéale latéralisée ; guérison. La contracture de la portion musculeuse de l'urètre rendant l'introduction d'une sonde impossible, M. Cauvy pratiqua la taille périnéale latéralisée qui lui permit d'extraire un calcul présentant la forme, le volume et les aspérités d'une grosse noix. Il y eut une hémorragie facilement arrêtée par une injection d'eau froide additionnée d'eau de Léchelle. Le malade a très bien guéri.

ÉLECTIONS

La Société procède à l'élection des membres du bureau pour l'année 1883.

Sont élus : Président, M. Guéniot ; vice-président, M. Marc Sée ;

premier secrétaire annuel, M. Périer; deuxième secrétaire annuel, M. Lucas-Championnière; trésorier, M. Berger; archiviste, M. Terrier.

A cinq heures la Société se forme en comité secret.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1882.

372. M. Pujos. Phlegmatia alba dolens. — 373. M. Bernard. Du catgut considéré au point de vue de la ligature des vaisseaux. — 374. M. Guilliot. Des vésicules séminales (anatomie et pathologie). — 375. M. Forfer. Étude sur les déviations utérines, sur les troubles réflexes consécutifs à ces déviations et de leur traitement. — 376. M. Brocq. Étude critique et clinique sur la dermatie exfoliatrice généralisée, ou mieux, maladie d'Erasmus Wilson. — 377. M. Putnam. Recherches sur les troubles fonctionnels des nerfs vaso-moteurs dans l'évolution du tabes sensitif. — 378. M. Thebeault. Étude clinique sur le tremblement sénile. — 379. M. Dèche. Plaies par projectiles de petit calibre, dangers de leur extraction. — 380. M. Defontaine. De la syphilis articulaire. — 381. M. Pimbet. De la hernie obturatrice. — 382. M. Pichancourt. De la pathogénie des abcès fétides. — 383. M. Ferrand. Les épileptiques considérés au point de vue médico-légal. — 384. M. Veret. Des troubles de la sécrétion urinaire consécutifs aux contusions lombaires et abdominales. — 385. M. d'Albuquerque. Passions tristes, le libertinage et la syphilis considérés comme cause de phtisie. — 386. M. Pasturaud. Du diagnostic différentiel de la grossesse au début et de la métrite chronique parenchymateuse. — 387. M. Petit. De la balanoposthite chancrelleuse. — 388. M. Fabre. Les eaux minérales de Capvern (Hautes-Pyrénées). — 389. M. Bourdeau d'Antony. Des sueurs chez les phtisiques et de leur traitement par l'acide salicylique. — 390. M. Lécuyé. Alcoolisme et strychnine. — 391. M. Quantin. Contribution à l'étude anatomique et pathologique de la bourse séreuse sous-tricipitale (triceps crural). — 392. M. Bottez. Contribution à l'étude clinique des tumeurs de la région temporale. — 393. M. Corneau. Des verrues plantaires. Leur traitement. — 394. M. Gaultier. De la tuberculose rénale primitive. — 395. M. Guelliot. Essai sur la syphilis. — 396. M. Bolognési. Étude sur les tumeurs des gaines synoviales du poignet. — 397. M. Rabec. De la suppuration générale et des parotidites suppurées, en particulier au point de vue de l'évolution de certaines maladies mentales. — 398. M. Longbois. De l'influence des affections du rein sur l'endocarde. — 399. M. Olivier. De la conduite à tenir dans la présentation de l'extrémité pelvienne décomplétée, mode des fesses, c'est-à-dire avec relèvement des membres inférieurs sur le plan antérieur du fœtus. — 400. M. Lehmann. Des kystes hydatiques du poumon ouverts dans la plèvre. — 401. M. Zanellis. Arthropathies tuberculeuses. — 402. M. Lesigne. Contribution à l'étude des phlegmons de la paroi antérieure de l'aisselle. — 403. M. Poirault. Contusion du rein et rupture du rein. — 404. M. Debrand. Traitement de la péritonite aiguë. — 405. M. Bressot. De la pleurésie rhumatismale. — 406. M. Massay. Contribution à l'étude du traitement des teignes, et en particulier du traitement par le cosmétique à l'huile de croton. — 407. M. Girard. De la fièvre typhoïde à début pneumonique. — 408. M. Davy. Herpès du larynx. — 409. M. Tourtoulis. Contribution à l'étude des fièvres paludéennes à symptômes cérébraux graves. — 410. M. Potiquet. De l'albuminurie dans la cirrhose atrophique. — 411. M. Métaxas. Des troubles oculaires dans la grossesse et l'accouchement.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 18 décembre 1882, M. David de Lestrade (Léonard), médecin principal de première classe de l'armée active, retraité dans les conditions de la loi du 22 juin 1878, a été nommé au grade de médecin principal de première classe dans le cadre des officiers de l'armée territoriale. (Emploi vacant par organisation.)

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Lesage, candidat au doctorat en médecine, boursier près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, est transféré, en la même qualité, à la Faculté de Paris.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Lavocat est maintenu, pendant l'année scolaire 1882-1883, dans les fonctions de préparateur du laboratoire de clinique médicale.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Dauvergne (Ange-Édouard-Prosper) est nommé pour deux ans aide des travaux pratiques d'histoire naturelle, en remplacement de M. Paumès, dont le temps d'exercice est expiré.

M. Jeannel (Sidoine) est nommé pour deux ans aide préparateur du laboratoire d'hygiène, en remplacement de M. Bentkonski, dont le temps d'exercice est expiré.

M. Chapu, ancien aide d'anatomie, est chargé provisoirement des fonctions de préparateur du laboratoire d'anatomie pathologique et d'histologie, en remplacement de M. François, appelé à d'autres fonctions.

— *École de Médecine d'Alger.* — M. Sézary, suppléant de chaire de pathologie et clinique interne, est chargé du cours d'hygiène et de médecine légale, en remplacement de M. George, décédé.

— *École de Médecine de Rennes.* — M. Robiou du Pont, ancien professeur, est nommé professeur honoraire.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. Joyeux-Laffuie est maintenu, pendant l'année 1882-1883, dans les fonctions de préparateur de zoologie (laboratoire de Roscoff), en remplacement de M. Delage, appelé à d'autres fonctions.

M. Fernbach, licencié ès sciences physiques, est nommé préparateur du cours de chimie biologique, en remplacement de M. Noel, démissionnaire.

Une indemnité de 1,200 francs, payable mensuellement d'avance par douzième, est accordée à Mlle Fanny Bignon, qui devra suivre, pendant l'année scolaire 1882-1883, les cours préparatoires à la licence ès sciences naturelles.

— *Hôpital civil de Mustapha Alger.* — Les concours pour l'internat et l'externat se sont terminés par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Lafosse, Mauduit et Guérin. — *Internes provisoires* : MM. Fourchauld, Combes et Abdel-Kader ben Taïeb ben Zarah. — *Externes* : MM. Pellerin, Ghegre, Bérard, Villers, Martin, Benoît et Hanoune.

— M. Paul Bert, membre de l'Institut, député, est nommé membre de la commission des voyages et missions scientifiques et littéraires.

— M. le docteur Hallez, médecin-adjoint au lycée de Lille, est nommé médecin audit lycée, en remplacement de M. Houzé de l'Aulnoit, décédé.

M. le docteur Dubar est nommé médecin-adjoint au lycée de Lille en remplacement de M. le docteur Hallez, appelé à d'autres fonctions.

— La Société d'hydrologie médicale de Paris vient de constituer, de la manière suivante, son bureau pour l'année 1883 :

Président, M. Tillot; vice-présidents, MM. Caulet et Danjoy; secrétaire général, M. Leudet; trésorier, M. Byasson; archiviste, M. Japhet; secrétaires des séances, MM. Cazaux et Paul Bénard.

— M. le professeur Debray commencera son cours de chimie, à la Faculté des sciences de Paris, le vendredi 5 janvier 1883, à midi, et le continuera les mercredis et les vendredis suivants à la même heure. Il traitera des métaux et de leurs principales combinaisons.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 13862.

TABLE DES MATIÈRES

1882

A

B

C

D

E

I

J

K

L

M

N

Q

R

S

T

U

V

X

NOMS DES AUTEURS

DONT LES TRAVAUX ONT ÉTÉ PUBLIÉS DANS LA GAZETTE DES HOPITAUX

EN 1882

PARIS. — TYPOGRAPHIE GEORGES CHAMEROT, 19, RUE DES SAINTS-PÈRES. — 13862.

